

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA PASCA STROKE
NON HEMOROGIK PADA NY.O (*KATZ INDEKS D*) DENGAN
PEMBERIAN TERAPI ROM (*RANGE OF MOTION*)
DI KAMPUNG BABAKAN JAKSI RT 03 RW 11
DESA JATI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS TAROGONG**

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

**LIA YULIANTI, S.Kep
KHGD24049**



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

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA PASCA
STROKE NON HEMOROGIK PADA NY.O (*KATZ INDEKS D*)
DENGAN PEMBERIAN TERAPI ROM (*RANGE OF MOTION*)
DI KAMPUNG BABAKAN JAKSI RT 03 RW 11 DESA JATI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS TAROGONG**

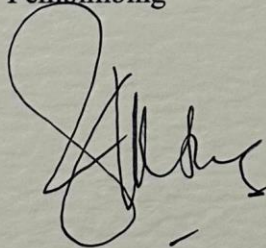
NAMA : LIA YULIANTI, S.Kep

NIM : KHGD24049

Garut, Oktober 2025

Menyetujui,

Pembimbing

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Susan Susyanti', written over a horizontal line.

Susan Susyanti, S.Kp.,M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA PASCA
STROKE NON HEMOROGIK PADA NY.O (KATZ INDEKS D)
DENGAN PEMBERIAN TERAPI ROM (RANGE OF MOTION)
DI KAMPUNG BABAKAN JAKSI RT 03 RW 11 DESA JATI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS TAROGONG**

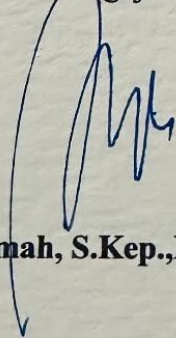
NAMA : LIA YULIANTI, S.Kep

NIM : KHGD24049

Garut, Oktober 2025

Menyetujui,

Penguji I



Iin Patimah, S.Kep.,Ners.,M.Kep

Penguji II



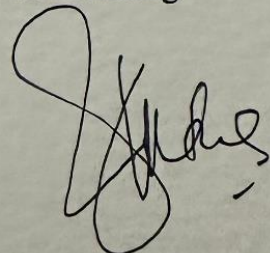
Sulastini, S.Kep.,Ners.,M.Kep

Mengetahui,
Ketua Program Studi Profesi Ners
STIKes Karsa Husada Garut



Sri Yekti Widadi, M.Kep

Mengesahkan,
Pembimbing



Susan Susyanti, S.Kp.,M.Kep

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

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

Garut, Oktober 2025

Pembuat Pernyataan

Lia Yulianti, S.Kep

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA PASCA STROKE NON HEMOROGIK PADA NY.O (KATZ INDEKS D) DENGAN PEMBERIAN TERAPI ROM (RANGE OF MOTION) DI KAMPUNG BABAKAN JAKSI RT 03 RW 11 DESA JATI WILAYAH KERJA PUSKESMAS TAROGONG

Lia Yulianti

ABSTRAK

Latar Belakang: Lansia (lanjut usia) adalah seseorang yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupan. Stroke Non Hemorogik merupakan kondisi yang disebabkan oleh penyumbatan pembuluh darah otak yang mengurangi aliran darah dan oksigen ke otak yang mengakibatkan kerusakan jaringan otak. *Range Of Motion* (ROM) merupakan latihan yang digunakan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan untuk menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot. **Tujuan :** Tujuan dari Karya Ilmiah Akhir ini adalah mengaplikasikan pemberian terapi ROM (*Range Of Motion*) untuk meningkatkan kekakuan pada otot pada lansia pasca stroke non hemoragik di wilayah kerja puskesmas tarogong garut serta menerapkan asuhan keperawatan dan EBP. **Metode :** Metode penelitian yang digunakan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini yaitu dengan menggunakan laporan studi kasus dengan EBP. Pada penulisan metode ilmiah sesuai dengan kaidah dari proses keperawatan yang meliputi : Pengkajian, Analisa data, Intervensi, Implementasi, Evaluasi, EBP serta Dokumentasi. **Hasil Asuhan Keperawatan :** Hasil analisis kasus pada klien Ny.O Pasca Stroke non hemoragik didapatkan bahwa pemberian peningkatan kekuatan otot selama 7 hari dapat meningkatkan kekuatan otot setelah dilakukan intervensi sesuai EBP yaitu kekuatan otot meningkat dari 3 menjadi 4. **Rekomendasi :** Rekomendasi dari penelitian ini yaitu untuk melakukan intervensi lebih mendalam terkait pemberian terapi ROM (*Range Of Motion*).

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan lansia, Stroke non hemoragik, ROM

**ANALYSIS OF NURSING CARE FOR ELDERLY POST NON-
HEMORRHAGIC STROKE IN MRS.O (KATZ INDEX D) WITH THE
PROVISION OF ROM THERAPY IN KAMPUNG BABAKAN JAKSI RT 03
RW 11 JATI VILLAGE, WORKING AREA OF TAROGONG PUBLIC
HEALTH CENTER**

Lia Yulianti

ABSTRACT

Background: An elderly person is someone who has entered the final stages of life. Non-Hemorrhagic Stroke is a condition caused by blockage of blood vessels in the brain that reduces blood flow and oxygen to the brain, resulting in brain tissue damage. Range of Motion (ROM) is an exercise used to maintain or improve the level of perfection of the ability to move joints normally and completely to increase muscle mass and muscle tone.. **Method:** The research method used in compiling this Final Scientific Paper is a case study report with EBP. The scientific method is written in accordance with the principles of the nursing process, which include: Assessment, Data Analysis, Intervention, Implementation, Evaluation, EBP, and Documentation. **Nursing Care Results;** The results of the case analysis on client Mrs. O, who had a post-hemorrhagic stroke, showed that providing increased muscle strength for 7 days could increase muscle strength after intervention according to EBP, namely muscle strength increased from 3 to 4.. **Recommendation:** The recommendation from this study is to carry out more in-depth interventions related to the provision of ROM (Range Of Motion) therapy.

Keywords : Nursing care for the elderly, non-hemorrhagic stroke, ROM

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 Lansia Pasca Stroke Non Hemorogik Pada Ny.O (*Katz Indeks D*) Dengan Pemberian Terapi ROM (*Range Of Motion*) Di Kampung Babakan Jaksi RT 03 RW 11 Desa Jati Wilayah Kerja Puskesmas Tarogong**”. Pembuatan Karya Imiah 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 Drs. H. Suryadi M.Si selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak Dr.Iwan Wahyudi, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu Sri Yekti Widadi, M.Kep selaku Ketua Prodi Program Studi Profesi Ners STIKes Karsa Husada Garut.

5. Ibu Susan Susyanti, S.Kp.,M.Kep selaku pembimbing yang telah menyediakan waktu, arahan, masukan, motivasi dan bimbingan bagi penyusun.
6. Ibu Iin Patimah, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku penguji I KIA yang telah memberikan motivasi serta arahan sehingga memperlancar dalam penyelesaian KIA ini
7. Ibu Sulastini, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku penguji II KIA yang telah memberikan motivasi serta arahan sehingga memperlancar dalam penyelesaian KIA ini
8. 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).
9. Terimakasih Keluarga besar Ny. O yang bersedia menjadi klien sehingga dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
10. Kedua orang tua tercinta, terimakasih untuk do'a, pengorbanan dan kasih sayangnya yang tidak akan bisa terbalaskan hingga kapanpun, semoga Allah SWT Selalu memberikan kesehatan, perlindungan dan selalu di lancarkan dalam segala urusan.
11. Teruntuk Sahabatku dan teman-teman yang telah menemani saya selama ini yang bersedia menemani dalam keadaan apapun, yang telah menjadi support system terbaik, membantu memberikan ide, dan yang selalu perhatian dalam menemani pembuatan KIA ini.

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 baik bagi penulis maupun pembaca.

Garut, Oktober 2025

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG.....	i
LEMBAR PENGESAHAN.....	ii
LEMBAR PERNYATAAN.....	iv
ABSTRAK.....	v
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR BAGAN.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
11.1 Latar Belakang.....	1
11.2 Tujuan Penulisan.....	6
11.2.1	Tujuan
Umum.....	6
11.2.2	Tujuan
Khusus	7
11.3 Manfaat Penulisan.....	7
11.3.1	Manfaat
Teoritis	7
11.3.2	Manfaat
Praktis	8
11.4 Sistematika Penulisan	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Konsep Lansia.....	9
2.1.1 Pengertian Lansia.....	9
2.1.2 Proses Menua.....	9
2.1.3 Batasan Lansia	10
2.2 Konsep Teori Stroke	10
2.2.1 Definisi Stroke	10
2.2.2 Klasifikasi	10

2.2.3 Etiologi.....	11
---------------------	----

x

2.2.4 Patofisiologi	14
2.2.5 Pathway Stroke	16
2.2.6 Manifestasi Klinis	17
2.2.7 Komplikasi.....	17
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Stroke.....	18
2.3.1 Pengkajian.....	18
2.3.2 Analisa Data.....	37
2.3.3 Diagnosa Keperawatan	45
2.3.4 Intervensi Keperawatan.....	46
2.3.5 Implementasi Keperawatan.....	72
2.3.6 Evaluasi Keperawatan.....	72
2.4 Konsep Evidence Based Practice (EBP)	72
2.4.1 Pengertian Evidence Based Practice (EBP).....	72
2.4.2 Tujuan Evidence Based Practice (EBP)	73
2.4.3 Langkah dalam Pembuatan EBP	73
2.5 Konsep Latihan Gerak Range Of Motion (Rom).....	74
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	77
3.1 Tinjauan Kasus	77
3.1.1 Pengkajian	77
3.1.2 Analisa Data	102
3.1.3 Diagnosa Keperawatan	104
3.1.4 Intervensi Keperawatan	105
3.1.5 Implementasi keperawatan	108
3.1.6 Catatan Perkembangan	111
3.2 Evidence Based Practice	128
3.3 Pembahasan.....	132
3.3.1 Tahap Pengkajian	132
3.3.2 Tahap Diagnosa Keperawatan	134
3.3.3 Tahap Perencanaan Keperawatan	136
3.3.4 Tahap Implementasi Keperawatan	139

3.3.5 Tahap Evaluasi	140
----------------------------	-----

3.3.6 Pembahasan EBP ROM	141
--------------------------------	-----

3.3.7 Tahap Dokumentasi Keperawatan	144
---	-----

BAB IV PENUTUP	145
-----------------------------	------------

4.1 Kesimpulan	145
----------------------	-----

4.2 Saran	146
-----------------	-----

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Penilaian GCS	24
Tabel 2.2 Skala Coma Glasgow	24
Tabel 2.3 Skala (kekuatan otot).....	27
Tabel 2.4 Pengkajian Fungsional Klien Dengan Menggunakan Katz Indeks	32
Tabel 2.5 Pengkajian Fungsi Kognitif Short Portable Mental Status Questioner (SPSMQ)	33
Tabel 2.6 Format Pengkajian (Mini Mental Status Exam) MMSE.....	34
Tabel 2.7 Pengkajian TUG Test	35
Tabel 2.8 Pengkajian Skala Depresi.....	36
Tabel 2.9 Analisa Data	37
Tabel 2.10 Intervensi Keperawatan	48
Tabel 3.1 Nutrisi dan Metabolik Ny.O.....	81
Tabel 3.2 Pola Eliminasi Ny.O.....	82
Tabel 3.3 Pola Aktivitas sehari-hari Ny.O	82
Tabel 3.4 Pola Istirahat Tidur Ny.O	84
Tabel 3.5 APGAR Keluarga Ny.O	93
Tabel 3.6 Pengkajian Fungsi Kognitif (SPMSQ) Ny.O	94
Tabel 3.7 Format pengkajian MMSE Ny.O	95
Tabel 3.8 Pengkajian KATZ Indeks Ny.O	97
Tabel 3.9 Screening fall fungsional reach (FR) test Ny.O	100
Tabel 3.10 <i>The Timed Up And Go</i> (TUG) test Ny.O.....	100
Tabel 3.11 Skala Depresi Ny.O	101
Tabel 3.12 Analisa Data Ny.O	102
Tabel 3.13 Intervensi Keperawatan Ny.O	105
Tabel 3.14 Implementasi Keperawatan Ny.O	108
Tabel 3.15 Catatan Perkembangan	111
Tabel 3.16 Evidence Based Practice	128

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Genogram Keluarga Ny.O	80
---	----

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Stroke.....	16
-------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Dokumentasi

Lampiran 2 Kesbangpol

Lampiran 3 Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

Lampiran 3 Lembar Bimbingan

Lampiran 4 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Lansia (lanjut usia) adalah seseorang yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupan. Kelompok yang dikategorikan lansia ini akan mengalami suatu proses yang disebut *Aging Process* atau proses penuaan. Penuaan merupakan perubahan kumulatif pada makhluk hidup, termasuk tubuh, jaringan dan sel, yang mengalami perubahan kapasitas fungsional (Kholifah, 2016).

Lansia merupakan kelompok usia yang rentan mengalami masalah kesehatan. Masalah tersebut semakin bertambah ketika seseorang bertambah dalam usianya. Pertambahan usia yang dialami lansia mengakibatkan semua sistem dan fungsi mengalami penurunan. Salah satu fungsi yang mengalami penurunan adalah fungsi fisiologis. Penurunan fungsi tersebut memunculkan penyakit tidak menular. Penyakit tidak menular yang dialami oleh lansia beberapa diantaranya adalah hipertensi, artritis, stroke, dan diabetes mellitus. Penyakit hipertensi menempati urutan pertama dalam masalah kesehatan bagi lansia.

Stroke merupakan penyakit *neurocerebravaskular* yang disebabkan oleh gangguan suplai darah ke otak karena adanya sumbatan (*ischemic*) atau pecahnya pembuluh darah otak (*hemoragic*) yang terjadi secara mendadak dengan gejala klinik baik fokal maupun global yang berlangsung selama 24 jam atau lebih. Tersumbatnya pembuluh darah menyebabkan suplai oksigen dan nutrisi ke otak terhambat sehingga mengakibatkan terjadinya kerusakan pada jaringan otak.

Apabila tidak segera ditangani maka akan menyebabkan kematian (*World Health Organization*, 2021).

Stroke merupakan cedera otak yang berkaitan dengan obstruksi aliran darah otak terjadi akibat pembentukan thrombus di arteri cerebrum atau embolis yang mengalir ke otak yang disebabkan oleh suatu gangguan peredaran darah otak berupa obstruksi atau sumbatan yang menyebabkan hipoksia pada otak. Stroke infark adalah stroke yang disebabkan karena terdapat sumbatan yang disebabkan oleh thrombus yang terbentuk di dalam pembuluh otak (Mutiasari, 2021).

Prevalensi penyakit stroke di Indonesia meningkat seiring dengan bertambahnya umur. Kasus stroke tertinggi yang terdiagnosis tenaga kesehatan adalah usia 75 tahun keatas 50,2% dan terendah pada kelompok usia 15-24 tahun yaitu sekitar 0,6%. Berdasarkan data 10 besar penyakit terbanyak di Indonesia tahun 2023, prevalensi kasus stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 10,9 orang permil dan 14,7 orang permil, dari hasil prevalensi tersebut sudah menggambarkan bahwa penyakit stroke masih menjadi masalah yang belum terselesaikan. (Kemenkes RI, 2021).

Provinsi Jawa Barat memiliki prevalensi stroke sebesar 11,4%, atau diperkirakan sebanyak 131.846 orang. Jumlah penderita stroke terbanyak pada tahun 2018 adalah pasien berusia 75 tahun keatas sebanyak 50,2% dan terendah pada rentang umur 15-24 tahun yaitu setara dengan 0,6%. Berdasarkan angka kejadian pasien laki-laki lebih banyak dibandingkan pasien perempuan yaitu sebesar 11% dan 10,9% (Risikesdas, 2023).

Stroke ini diklasifikasikan menjadi dua kelompok, yaitu stroke non hemoragik dan stroke hemoragik. Stroke non hemoragik terjadi ketika suplai darah ke otak berkurang atau berhenti karena adanya sumbatan. Sedangkan stroke hemoragik disebabkan karena pembuluh darah di otak. Stroke Non Hemoragik (SNH) merupakan jenis stroke yang dominan diderita oleh masyarakat Indonesia yang menyebabkan kecacatan sementara maupun permanen. SNH merupakan masalah serius baik di Indonesia maupun di dunia (Tilong, 2024).

Proses keperawatan adalah suatu metode yang sistematis dan terorganisasi dalam pemberian asuhan keperawatan, yang difokuskan pada reaksi dan respons unik individu pada suatu kelompok atau perorangan terhadap gangguan kesehatan yang dialami, baik actual maupun potensial. Proses keperawatan terdiri atas lima tahap, yaitu : pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Setiap tahap dari proses keperawatan saling terkait dan ketergantungan satu sama lain. Jika dari proses keperawatan langkah-langkah nya tidak dilaksanakan secara keseluruhan maka proses keperawatan tidak akan berjalan dengan baik, karena jika satu saja langkah atau tahap itu tidak dilakukan maka akan mempengaruhi tahap yang lain karena mereka saling berkaitan dan tidak dapat dipisahkan (Deswani, 2021).

Pada saat melakukan proses asuhan keperawatan perawat akan melakukan penegakan diagnosa keperawatan atau masalah keperawatan. Salah satu masalah keperawatan yang mungkin muncul pada pasien stroke ialah gangguan mobilitas fisik.

Pada tahap proses intervensi keperawatan, salah satu intervensi keperawatan yang dapat dilakukan pada masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik ialah melakukan pemberian intervensi terapeutik yang salah satunya ialah pemberian teknik *range of motion* (ROM) (Fina Hidayatun, 2020).

Salah satu tindakan keperawatan untuk pasien stroke yaitu pasien dibantu untuk bergerak atau tubuh klien digerak-gerakkan secara sistematis yang biasa disebut rentang gerak atau *Range Of Motion* (ROM) dimana *Range of motion* atau ROM merupakan latihan gerakan sendi yang memungkinkan terjadinya kontraksi dan pergerakan otot, dimana klien menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal baik secara aktif ataupun pasif. Latihan *Range Of Motion* (ROM) adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot (Mussardo, 2019).

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016) Sehingga dapat menyebabkan kelumpuhan di berbagai bagian tubuh, mulai dari wajah, tangan, kaki, dan lidah. Hasil penelitian menunjukkan bahwa gangguan neuromuskular merupakan faktor yang berhubungan (etiologi) yang paling banyak muncul pada pasien SNH dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik, yaitu sebanyak 80,8% (Sari, Harum et al., 2023) .

Range Of Motion (ROM) merupakan latihan yang digunakan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan untuk

menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot (Oliviani, Mahdalena & Rahmawati 2017).

Latihan ROM terbagi menjadi dua yaitu latihan ROM pasif adalah latihan ROM yang di lakukan pasien dengan bantuan perawat pada setiap-setiap gerakan. Indikasi latihan pasif adalah pasien semikoma dan tidak sadar, pasien dengan keterbatasan mobilisasi tidak mampu melakukan beberapa atau semua latihan rentang gerak dengan mandiri, pasien tirah baring total atau pasien dengan paralisis ekstermitas total. Latihan ROM aktif adalah Perawat memberikan motivasi, dan membimbing klien dalam melaksanakan pergerakan sendi secara mandiri sesuai dengan rentang gerak sendi normal. Hal ini untuk melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan cara menggunakan otot-ototnya secara aktif . Sendi yang digerakkan pada ROM aktif adalah sendi di seluruh tubuh dari kepala sampai ujung jari kaki oleh klien sendiri secara aktif .

Latihan ROM sangat efektif dilakukan untuk meningkatkan kekuatan otot, dimana latihan ini dapat dilakukan 3-4 kali sehari oleh perawat atau keluarga pasien tanpa harus disediakan tempat khusus atau tambahan biaya bagi pasien. Latihan mobilisasi dini berupa latihan ROM yang dapat meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot. *Latihan Range Of Motion* (ROM) dapat menimbulkan rangsangan sehingga meningkatkan aktivitas dari kimiawi neuromuskuler dan muskuler (Astrid dalam Syarim W, 2019).

Menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh (Astri Pradesti dan Puji Indriyani, 2024). Memberikan latihan *Range of motion* (ROM) pasif kepada pasien dengan stroke non hemoragik selama 15-20 menit dalam 2x sehari dapat

memperbaiki atau meningkatkan kekuatan otot pada pasien, hasil peningkatan atau perbaikan kekuatan otot dapat dilihat setelah 7 hari pemberian *latihan range of motion* (ROM) pasif. dan sejalan dengan asuhan keperawatan oleh Tita Ajeng (2023) tentang “ asuhan keperawatan dengan intervensi ROM (*Range of motion*) “. Terbukti dapat mengalami peningkatan kekuatan otot, mengalami peningkatan dalam kemampuan aktivitas pasien stroke, serta menstabilkan fleksibilitas sendi setelah dilakukan intervensi ROM (*Range of motion*).

Berdasarkan fenomena tersebut, maka penulis tertarik untuk melakukan penerapan terapi ROM (*Range of motion*) sebagai salah satu intervensi untuk meningkatkan kemampuan aktivitas secara cepat dan tepat. Sehingga penulis tertarik mengambil kasus dengan judul “Analisis Asuhan Keperawatan Lansia Pasca Stroke Non Hemorogik Pada Ny.O (*Katz Indeks D*) Dengan Pemberian Terapi Rom (*Range Of Motion*) Di Kampung Babakan Jaksi Rt 03 Rw 11 Desa Jati Wilayah Kerja Puskesmas Tarogong”. Dengan harapan dapat bermanfaat dalam memberikan asuhan keperawatan secara umum dan khusus pada pasien pasca stroke non hemorogik.

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

Mampu melakukan dan mengelola pemberian asuhan keperawatan dan menganalisis penerapan terapi ROM (*Range Of Motion*) pada Lansia pasca stroke non hemororik di wilayah kerja Puskesmas Tarogong Garut.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada Ny.O pasca Stroke Non Hemoragik di Desa Jati Wilayah Kerja UPT Puskesmas Tarogong Kabupaten Garut.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny.O pasca Stroke Non Hemoragik di Desa Jati Wilayah Kerja UPT Puskesmas Tarogong Kabupaten Garut.
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada Ny.O pasca Stroke Non Hemoragik di Desa Sirnajaya Wilayah Kerja UPT Puskesmas Tarogong Kabupaten Garut.
4. Melakukan tindakan keperawatan pada Ny.O pasca Stroke Non Hemoragik di Desa Jati Wilayah Kerja UPT Puskesmas Tarogong Kabupaten Garut.
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada Ny.O pasca Stroke Non Hemoragik sesuai rencana Keperawatan di Desa Jati Wilayah Kerja UPT Puskesmas Tarogong Kabupaten Garut.
6. Melakukan *Evidence Based Practice* (EBP) Terapi ROM (*Range Of Motion*) pada klien pasca Stroke Non Hemoragik
7. Melakukan dokumentasi keperawatan pada Ny.O pasca Stroke Non Hemoragik di Desa Jati Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kabupaten Garut.

1.3 Manfaat Penulisan

1.3.1 Manfaat Teoritis

Untuk mengembangkan ilmu keperawatan lansia / gerontik dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien pasca stroke non hemoragik di

kampung babakan jaksi Rt 03 Rw 11 Desa Jati Wilayah Kerja Puskesmas Tarogong Garut

1.3.2 Manfaat Praktis

Penulisan Karya Ilmiah Akhir (KIA) ini diharapkan dapat menjadi referensi tambahan bagi tenaga kesehatan khususnya perawat mengenai Asuhan Keperawatan dan Terapi ROM pada pasien pasca Stroke non hemoragik.

1.4 Sistematika Penulisan

Untuk mendapatkan gambaran yang jelas mengenai penyusunan Karya Ilmiah akhir ini, maka penulis menggunakan sistematika penulisan yang terdiri dari 4 bab yaitu Bab I : Pendahuluan menjelaskan tentang latar belakang, tujuan, manfaat dan sistematika penulisan. Bab II : Tinjauan teori menjelaskan tentang konsep dasar lansia, konsep dasar penyakit Stroke Non Hemoragik, konsep dasar asuhan keperawatan pada lansia dengan Stroke Non Hemoragik. Bab III : Tinjauan kasus dan pembahasan, Tinjauan kasus yang berisi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan juga pembahasan jurnal. Pembahasan menjelaskan tentang kesenjangan antara teori dan fakta penulis temukan serta dicari pemecahannya dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan Bab IV : Kesimpulan dan saran berisi kesimpulan dari pelaksanaan asuhan keperawatan gerontik pada lansia.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Lansia

2.1.1 Pengertian Lansia

Menurut organisasi kesehatan dunia, WHO (*World Health Organization*) seorang disebut lansia jika berumur lebih dari 60 tahun. Berdasarkan pengertian lanjut usia secara umum, seseorang dapat dikatakan lanjut usia apabila usianya telah mencapai 60 tahun keatas (Effendi dan Makhfudli, 2009 dalam Zulfiana 2021).

Lanjut usia merupakan orang yang telah tua yang menunjukkan ciri fisik seperti kerutan kulit, hilangnya gigi, dan rambut beruban. Perubahan-perubahan yang terjadi pada usia lanjut pada umumnya mengarah pada kemunduruan kesehatan fisik dan psikis yang akhirnya akan berpengaruh juga pada aktivitas ekonomi dan sosial mereka. (Stanley dan Beare, 2020 dalam Stela Involata Dehe, Adisti A.Rumayar, 2020).

Dari beberapa teori diatas penulis menyimpulkan bahwa lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia diatas 60 tahun. Lanjut usia bukanlah merupakan suatu penyakit tetapi merupakan proses lanjutan yang pasti akan dijalani setiap individu, yang ditandai dengan penurunan fungsi kemampuan tubuh.

2.1.2 Proses Menua

Proses menua (*aging*) adalah suatu proses alami yang disertai adanya penurunan kondisi fisik, psikologi maupun sosial yang saling berinteraksi satu sama

lain (Sudaryanto, 2019). Lansia akan mengalami penurunan fisik, yaitu ditandai dengan adanya penurunan fungsi organ tubuh individu. Penurunan fungsi tubuh juga diikuti dengan perubahan emosi seorang individu secara psikologis, kognitif, sosial dan kondisi biologis, yang saling berkaitan sehingga dapat memunculkan berbagai macam gangguan. Pada umumnya perubahan-perubahan tersebut mengarah pada kemunduran kesehatan fisik dan psikis yang akan menimbulkan pengaruh pada aktivitas ekonomi dan sosialnya (Setiawan, 2009 dalam Zulfiana 2019).

2.1.3 Batasan Lansia

Menurut *World Health Organisation* (WHO), ada empat tahap lansia meliputi:

- a. Usia pertengahan (*Middle Age*)= usia 45-59 tahun
- b. Lanjut usia (*Eldery*) = antara 60-74 tahun
- c. Lanjut usia tua (*Old*) = antara 75-90 tahun
- d. Lansia sangat tua (*Very Old*) = diatas 90 tahun

2.2 Konsep Teori Stroke

2.2.1 Definisi Stroke Non Hemorogik

Stroke Non Hemorogik merupakan kondisi yang disebabkan oleh penyumbatan pembuluh darah otak yang mengurangi aliran darah dan oksigen ke otak yang mengakibatkan kerusakan jaringan otak. (Kemenkes, 2020).

2.2.2 Klasifikasi

Stroke non hemoragik dapat berupa Iskemia atau Emboli dan Thrombosis Serebri, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru

bangun tidur atau di pagi hari. Tidak terjadi perdarahan namun terjadi Iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat menimbulkan edema sekunder. Pada saat otak hipoksia, tubuh berusaha memenuhi O₂ melalui proses metabolic anaerob, yang dapat menimbulkan dilatasi pembuluh darah Otak.

2.2.3 Etiologi

Stroke non hemoragik terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti.

Berikut faktor-faktor yang berkaitan dengan stroke antara lain:

2.2.3.1 Faktor risiko tidak dapat dikendalikan

- a. Umur semakin bertambah tua usia, semakin tinggi risikonya. Setelah berusia 55 tahun, risikonya berlipat ganda setiap kurun waktu sepuluh tahun. Dua pertiga dari semua serangan stroke terjadi pada orang yang berusia di atas 65 tahun. Tetapi, itu tidak berarti bahwa stroke hanya terjadi pada orang lanjut usia karena stroke dapat menyerang semua kelompok dewasa muda dan tidak memandang jenis kelamin.
- b. Jenis kelamin pria lebih berisiko terkena stroke daripada wanita, tetapi penelitian menyimpulkan bahwa justru lebih banyak wanita yang meninggal karena stroke. Risiko stroke pria 1,25 lebih tinggi dari pada wanita, tetapi serangan stroke pada pria terjadi di usia lebih muda sehingga tingkat kelangsungan hidup juga lebih tinggi. Dengan perkataan lain, walau lebih jarang terkena stroke, pada umumnya wanita terserang pada usia lebih tua, sehingga kemungkinan meninggal lebih besar.

- c. Ras ada variasi yang cukup besar dalam insiden stroke antara kelompok etnis yang berbeda. Orang-orang dari ras Afrika memiliki risiko lebih tinggi untuk semua jenis stroke dibandingkan dengan orang-orang dari ras kaukasia. Risiko ini setidaknya .1,2 kali lebih tinggi dan bahkan lebih tinggi untuk jenis stroke ICH (*Intracerebral Hemorrhage*).
- d. Faktor genetik Terdapat dugaan bahwa stroke dengan garis keturunan saling berkaitan. Dalam hal ini hipertensi, diabetes, dan cacat pada pembuluh darah menjadi faktor genetik yang berperan. Selain itu, gaya hidup dan kebiasaan makan dalam keluarga yang sudah menjadi kebiasaan yang sulit diubah juga meningkatkan risiko stroke.

2.2.3.2 Faktor risiko dapat dikendalikan

- a. Hipertensi (tekanan darah tinggi) merupakan faktor risiko utama yang menyebabkan pengerasan dan penyumbatan arteri. Penderita hipertensi memiliki faktor risiko stroke empat hingga enam kali lipat dibandingkan orang yang tanpa hipertensi dan sekitar 40 hingga 90 persen pasien stroke ternyata menderita hipertensi sebelum terkena stroke.
- b. Diabetes Mellitus Pada penderita DM, khususnya *Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (NIDDM) terdapat faktor risiko multiple stroke. Penderita diabetes cenderung menderita aterosklerosis dan meningkatkan terjadinya hipertensi, kegemukan dan kenaikan lemak darah. Kombinasi hipertensi dan diabetes sangat menaikkan komplikasi diabetes, termasuk stroke. Pengendalian diabetes sangat menurunkan terjadinya stroke (Yulianto, 2021).

- c. Kenaikan kadar kolesterol/lemak darah Kenaikan *level Low Density Lipoprotein* (LDL) merupakan faktor risiko penting terjadinya aterosklerosis yang diikuti penurunan elastisitas pembuluh darah. Penelitian menunjukkan angka stroke meningkat pada pasien dengan kadar kolestrol di atas 240 mg%. Setiap kenaikan 38,7 mg% menaikkan angka stroke 25%. Kenaikan HDL 1 m mol (38,7 mg%) menurunkan terjadinya stroke setinggi 47%. Demikian juga kenaikan trigliserid menaikkan jumlah terjadinya stroke (Yulianto, 2011).
- d. Obesitas dapat meningkatkan risiko stroke baik perdarahan maupun sumbatan, tergantung pada faktor risiko lainnya yang ikut menyertainya (Dourman, 2013). Fakta membuktikan bahwa stroke banyak dialami oleh mereka yang mengalami kelebihan berat badan dan bahkan sebagian kasus umumnya dialami oleh penderita obesitas (Lingga, 2013).
- e. Kebiasaan mengkonsumsi alkohol memiliki efek sekunder terhadap peningkatan tekanan darah, peningkatan osmolaritas plasma, peningkatan plasma homosistein, kardiomiopati dan aritmia yang semuanya dapat meningkatkan risiko stroke. Konsumsi alkohol yang sedang dapat menguntungkan , karena alkohol dapat menghambat thrombosis sehingga dapat menurunkan kadar fibrinogen dan agregasi platelet, menurunkan lipoprotein, meningkatkan HDL, serta meningkatkan sensitivitas insulin (Misbach, 2013).
- f. Aktifitas fisik Kurang olahraga merupakan faktor risiko independen untuk terjadinya stroke dan penyakit jantung. Olahraga secara cukup rata-

rata 30 menit/hari dapat menurunkan risiko stroke (Yulianto, 2011). Kurang gerak menyebabkan kekakuan otot serta pembuluh darah. Selain itu orang yang kurang gerak akan menjadi kegemukan yang menyebabkan timbunan dalam lemak yang berakibat pada tersumbatnya aliran darah oleh lemak (*aterosklerosis*). Akibatnya terjadi kemacetan aliran darah yang bisa menyebabkan stroke (Dourman, 2013).

- g) Merokok merupakan faktor risiko stroke yang sebenarnya paling mudah diubah. Perokok berat menghadapi risiko lebih besar dibandingkan perokok ringan. Merokok hampir melipat gandakan risiko stroke iskemik, terlepas dari faktor risiko yang lain, dan dapat juga meningkatkan risiko subarahnoid hemoragik hingga 3,5 persen. Merokok adalah penyebab nyata kejadian stroke, yang lebih banyak terjadi pada usia dewasa muda ketimbang usia tengah baya atau lebih tua. Sesungguhnya, risiko stroke menurun dengan seketika setelah berhenti merokok dan terlihat jelas dalam periode 2-4 tahun setelah berhenti merokok. Perlu diketahui bahwa merokok memicu produksi fibrinogen (faktor penggumpal darah) lebih banyak sehingga merangsang timbulnya aterosklerosis.

2.2.4 Patofisiologi

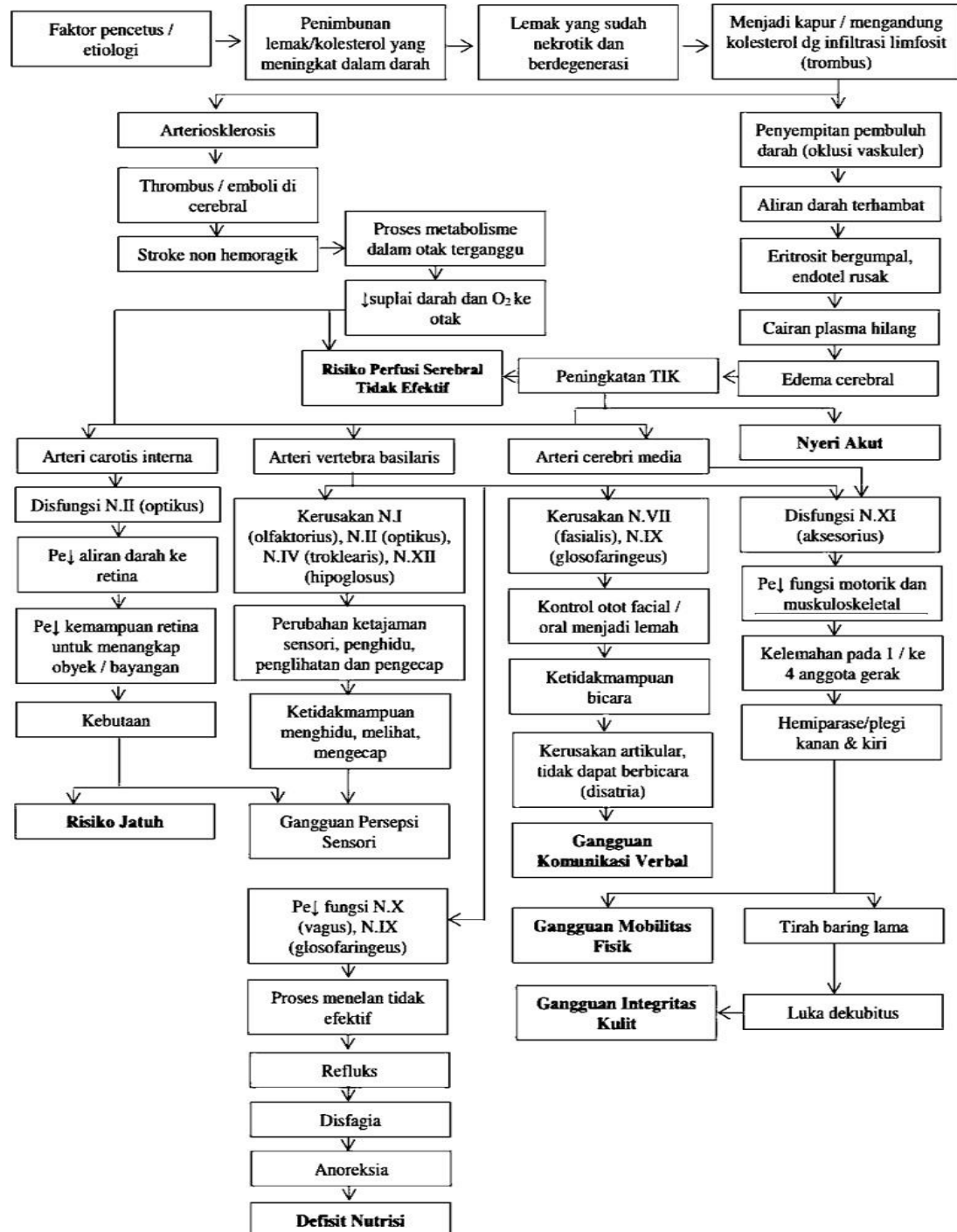
Stroke non hemoragik disebabkan oleh trombosis akibat plak aterosklerosis yang memberi vaskularisasi pada otak atau oleh emboli dari pembuluh darah diluar otak yang tersangkut di arteri otak. Saat terbentuknya plak fibrosis (ateroma) dilokasi yang terbatas seperti di melekat pada tempat percabangan arteri. Trombosit

selanjutnya melekat pada permukaan plak bersama dengan fibrin, perlekatan trombosit secara perlahan akan memperbesar ukuran plak sehingga terbentuk thrombus.

Trombus dan emboli di dalam pembuluh darah akan terlepas dan terbawa hingga terperangkap dalam pembuluh darah distal, lalu menyebabkan pengurangan aliran darah yang menuju ke otak sehingga sel otak akan mengalami kekurangan nutrisi dan juga oksigen, sel otak yang mengalami kekurangan oksigen dan glukosa akan menyebabkan asidosis atau tingginya kadar asam di dalam tubuh lalu asidosis akan mengakibatkan natrium klorida, dan air masuk ke dalam sel otak dan kalium meninggalkan sel otak sehingga terjadi edema setempat. Kemudian kalium akan masuk dan memicu serangkaian radikal bebas sehingga terjadi kerusakan membran sel lalu mengkerut dan tubuh mengalami deficit neurologis lalu mati (Esther, 2020).

Infark iskemik serebri sangat erat hubungannya dengan aterosklerosis dan arteriosklerosis. Arterosklerosis sering/cenderung sebagai faktor penting terhadap otak. Thrombus dapat berasal dari plak arteriosklerotik atau darah dapat beku pada area yang stenosis, dimana aliran darah akan lambat atau terjadi turbulensi. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan oedema dan nekrosis diikuti thrombosis dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan menyebabkan kematian dibandingkan dari keseluruhan penyakit cerebrovaskuler. Anoksia serebral dapat reversibel untuk jangka waktu 4- 6 menit. Perubahan irreversible dapat anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi, salah satunya *cardiac arrest*.

2.2.5 Pathway Stroke



Bagan 2.1 Pathway Stroke

Sumber : (Nurarif Huda, 2016) dengan menggunakan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia dalam (PPNI, 2017)

2.2.6 Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala neurologis yang timbul pada stroke tergantung berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasinya, tanda dan gejala stroke Non Hemoragik yang dialami oleh setiap orang berbeda dan bervariasi, tergantung pada daerah otak mana yang terganggu. Beberapa tanda dan gejala stroke menurut Gofir (2021), diantaranya:

- a. Kelumpuhan wajah atau anggota badan (biasanya hemiparesis) yang timbul mendadak.
- b. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan (gangguan hemisensorik).
- c. Perubahan mendadak status mental (konvusi, delirium. Letargi, stupor, atau koma)
- d. Afasia (bicara tidak lancar, kurangnya ucapan, atau kesulitan memahami ucapan).
- e. Disartria (bicara pelo atau cadel).
- f. Gangguan penglihatan (hemianopia atau monokuler) atau diplopia.
- g. Ataksia (gangguan koordinasi gerakan tubuh).
- h. Vertigo, mual dan muntah, atau nyeri kepala.

2.2.7 Komplikasi

Stroke merupakan penyakit yang mempunyai risiko tinggi terjadinya komplikasi medis, adanya kerusakan jaringan saraf pusat yang terjadi secara dini pada stroke, Komplikasi stroke meliputi hipoksia serebral, penurunan aliran darah serebral dan luasnya area cedera yang mengakibatkan perubahan pada aliran darah

serebral sehingga ketersediaan oksigen ke otak menjadi berkurang dan akan menimbulkan kematian jaringan otak (Bararah, & Jauhar, 2023).

Komplikasi Stroke Non Hemorogik Menurut Pudiastuti, (2011) pada pasien yang berbaring lama dapat terjadi masalah fisik dan emosional diantaranya:

- 1) Bekuan darah (*Trombosis*) Mudah terbentuk pada kaki yang lumpuh menyebabkan penimbunan cairan, pembengkakan (edema) selain itu juga dapat menyebabkan embolisme paru yaitu sebuah bekuan yang terbentuk dalam satu arteri yang mengalirkan darah ke paru.
- 2) Dekubitus bagian tubuh yang sering mengalami memar adalah pinggul, pantat, sendi kaki dan tumit. Bila memar ini tidak pengaruh dirawat dengan baik maka akan terjadi ulkus dekubitus dan infeksi.
- 3) Pneumonia pasien stroke tidak bisa batuk dan menelan dengan sempurna hal ini menyebabkan cairan terkumpul di paru-paru dan selanjutnya menimbulkan pneumoni.
- 4) Atrofi dan kekakuan sendi (Kontraktur) Hal ini disebabkan karena kurang gerak dan immobilisasi.
- 5) Depresi dan kecemasan, gangguan perasaan sering terjadi pada stroke dan menyebabkan reaksi emosional dan fisik yang tidak diinginkan karena terjadi perubahan dan kehilangan fungsi tubuh harus segera dilakukan (Imaligy,2022)

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Pasca Stroke

2.3.1 Pengkajian

2.3.1.2 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan upaya untuk pengumpulan data secara lengkap dan sistematis mulai dari pengumpulan data, identitas dan evaluasi status kesehatan klien (Tarwoto, 2013). Hal-hal yang perlu dikaji antara lain:

a. Identitas Klien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa

b. Keluhan utama

Sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi dan penurunan tingkat kesadaran.

c. Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke sering kali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar., selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intrakranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi , tidak responsif dan koma. Serta faktor pemicu, kualitas, lokasi yang menjalar, skala nyeri (bila ada nyeri) dan waktu yang terjadi ketika klien mengalami serangan.

d. Riwayat penyakit dahulu.

Biasanya klien dengan kasus pasca stroke mengalami berbagai masalah yang tersisa antara lain gangguan fisik, gangguan berbicara serta komplikasi lanjutan. Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif dan kegemukan. Pengkajian pemakaian obat-obat yang sering digunakan klien, seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya.

e. Riwayat penyakit keluarga.

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

f. Pengkajian psikososiospiritual.

Pengkajian psikologis klien stroke meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif dan perilaku klien. Pengkajian mekanisme koping yang digunakan klien juga penting untuk menilai respons emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran klien dalam

keluarga dan masyarakat serta respons atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya, baik dalam keluarga ataupun dalam masyarakat.

g. Pemeriksaan Fisik

1) Kesadaran

Kesadaran klien dengan pasca stroke tidak selalu menurun banyak pasien dengan pasca stroke yang sadar penuh, tetapi hanya mengalami gangguan motoric, bicara, atau kognitif. Namun pada umumnya biasanya pada pasien stroke mengalami tingkat kesadaran pasien mengantuk namun dapat sadar saat dirangsang (sammolen), pasien acuh tak acuh terhadap lingkungan (apati), mengantuk yang dalam (sopor), spoor coma, hingga penurunan kesadaran (coma), dengan GCS < 12 pada awal terserang stroke Sedangkan pada saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan compos mentis dengan GCS 13-15.

2) Tanda-tanda Vital

- a) Tekanan darah Biasanya pasien dengan stroke non hemoragik memiliki riwayat tekanan darah tinggi dengan tekanan systole >140 dan diastole > 80. Tekanan darah akan meningkat dan menurun secara spontan. Perubahan tekanan darah akibat stroke akan kembali stabil dalam 2-3 hari pertama.
- b) Nadi biasanya normal 60-100 x/menit
- c) Suhu biasanya tidak ada masalah suhu pada pasien dengan stroke non hemoragik

3) Pemeriksaan Fisik Persistem a) Sistem pernafasan

Inspeksi didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas dan peningkatan frekuensi pernapasan. Auskultasi bunyi napas tambahan seperti ronchi pada pasien dengan peningkatan produksi sputum dan sesak napas, penggunaan otot bantu napas dan peningkatan frekuensi pernapasan. Auskultasi bunyi napas tambahan seperti ronchi pada pasien dengan peningkatan produksi sputum dan kemampuan batuk menurun yang sering didapat pada pasien stroke dengan penurunan kesadaran koma. Pada klien dengan tingkat kesadaran composmentis pada pengkajian inspeksi pernapasan tidak ada kelainan. Palpasi thoraks didapatkan taktil premitus seimbang kanan dan kiri. Auskultasi tidak didapatkan bunyi napas tambahan.

a Sistem Kardiovaskuler

Pada klien dengan pasca stroke pengkajian pada sistem kardiovaskuler biasanya didapatkan renjatan (syok) hipovolemik yang sering terjadi. Tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan bisa terdapat adanya hipertensi massif TD>200 mmHg.

a Sistem Persyarafan

Stroke menyebabkan berbagai deficit neurologis, bergantung pada kondisi lokasi lesi (pembuluh mana yang tersumbat), ukuran area yang berfungsinya tidak adekuat, dan aliran darah

kolateral (sekunder dan aksesori). Lesi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya. Pengkajian ini merupakan pemeriksaan terfokus dan lebih lengkap dibandingkan dengan pengkajian pada sistem lainya.

1. Tingkat kesadaran

- a) Composmentis : kondisi seseorang yang sadar sepenuhnya. Baik terhadap dirinya maupun terhadap lingkungan dan dapat menjawab pertanyaan yang dinyatakan pemeriksa dengan baik.
- b) Apatitis : kondisi seseorang yang tampak segan dan acuh terhadap lingkungan.
- c) Delirium : kondisi dimana seseorang mengalami kekacauan gerakan, siklus tidur bangun yang mengganggu dan tampak gaduh gelisah, kacau disorientasi serta meronta ronta.
- d) Somnolen : kondisi seseorang yang mengantuk namun masih sadar bila dirangsang, tetapi bila rangsangan berhenti maka akan tidur kembali.
- e) Sopor : kondisi seseorang mengantuk yang dalam, namun masih dapat dibangunkan dengan rangsangan yang kuat, misal dirangsang nyeri namun tidak terbangun dengan sempurna dan tidak dapat menjawab pertanyaan dengan baik.

- f) Semi coma : penurunan kesadaran yang tidak memberikan respon terhadap pertanyaan, tidak dapat dibangunkan sama sekali, respon terhadap rangsangan nyeri hanya sedikit, tetapi reflex kornea dan pupil masih dalam keadaan baik.
- g) Coma : penurunan kesadaran yang sangat dalam, memberikan respon terhadap pertanyaan, tidak ada gerakan dan tidak ada respon nyeri sama sekali.

Berikut tingkat kesadaran berdasarkan skala nilai dari skor yang dapat dari penilaian GCS klien :

Tabel 2.1 Penilaian GCS

Kesadaran	Skor
Composmentis	14 – 15
Apatis	13 – 12
Delirium	11 – 10
Somnolen	9 – 7
Semi coma	4
Coma	3

Tabel 2.2 Skala Coma Glasgow

Respon Membuka Mata	Nilai
Spontan	4
Terhadap bicara	3
Terhadap nyeri	2
Tidak ada respon	1
Respon verbal	Nilai
Terorientasi	5
Percakapan yang membingungkan	4
Perkataan kata yang tidak sesuai	3
Suara yang menggumam	2
Tidak ada respon	1
Respon motoric	Nilai
Mengikuti perintah	6

Menunjukkan tempat rangsangan	5
Menghindar dari stimulus	4
Fleksi abnormal (dekortikasi)	3
Ekstensi abnormal (Desrebrasi)	2
Tidak ada respon	1

2. Fungsi serebri1

- a) Status mental : Observasi penampilan, tingkah laku, gaya bicara, ekspresi wajah dan aktifitas motoric pasien.
- b) Fungsi intelektual : dapat menjadi penurunan daya ingat dan memori baik jangnan pendek maupun jangka panjang, penurunan menghitung dan kalkulasi.
- c) Kemampuan Bahasa : tergantung daerah lesi, lesi pada daerah hemisfer yang dominan pada daerah posterior dari girus temporalis superior (area wernick) didapatkan disfasia resertif yaitu pasien tidak dapat memahami Bahasa lisan ataupun tulisan. sedangkan lesi pada bagia posterior dari girus prontalis inerior (area borca) didapatkan disfasia ekspresif yaitu pasien dapat mengerti tetapi tidak dapat menjawab dengan tepat dan bicara tidak lancar.
- d) Lobus frontal : kerusakan fungsi kongitif dan afekpsikologis didapatkan bila kerusakan telah terjadi pada lobus prontal kapasitas, memori atau fungsi intelektual kortikal yang lebih tinggi mungkin rusak.
- e) Hemisfer : stroke hemisfer kanan dapat menyebabkan hemiparise tubuh sebelah kiri, penilaian buruk dan

mempunyai kerentanan terhadap sisi kolateral. Stroke pada hemisper kiri, mengalami hemiparise tubuh sebelah kanan, perilaku lambat dan sangat berhati-Hati, kelainan lapang pandang sebelah kanan, disfagia global, afasia dan mudah frustrasi.

3. Pemeriksaan saraf kranial

- a) Saraf kranial I : biasanya ada kelainan pada fungsi penciuman.
- b) Saraf kranial II : disfungsi persepsi visual karena gangguan jarak sensori primer diantara mata dan korteks visual.
- c) Saraf kranial III, IV dan VI : apabila akibat stroke mengalami paralisis sisi otot-otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjungatuni lateral disisi yang sakit.
- d) Saraf kranial V: penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah.
- e). Saraf kranial VII : persepsi pengecapn dalam batas normal, wajah asimetris, otot wajah tertarik sebagian sisi yang sehat.
- f) Saraf kranial VIII :tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi.

- g) Saraf kranial IX dan X : kemampuan menelan kurang baik, kesukaran membuka mulut.
- h) Saraf kranial XI : tidak ada atropi otot sternokleidomastoideus dan trapizeus.
- i) Saraf kranial XII : lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi (Nursalam, 2013).

4. Pengkajian sistem motrik

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

Tabel 2.3 Penilaian Skala kekuatan otot

Nilai	Keterangan
0	Paralisis, tidak ada kontraksi otot sama sekali
1	Terlihat atau teraba ada getaran kontraksi otot tapi tidak ada getaran sama sekali

2	Dapat menggerakkan anggota gerak tanpa gravitasi
3	Dapat menggerakkan anggota gerak untuk menahan berat (gravitasi)
4	Dapat menggerakkan sendi yang aktif dan melawan tahanan
5	Kekuatan normal

5. Pemeriksaan reflex

- a) Pemeriksaan reflex dalam, penketukan pada tendon, ligamentum atau perosteumderajat reflex pada respon normal, kekuatan dan regangan yang normal, reflex terjadi jika stimulasi sensorik menimbulkan respon motorik.
- b) Pemeriksaan reflek patologis, pada fase akut reflek patologis sisi yang lumpuh akan menghilang.setela beberapa hari reflek fisiologis akan muncul kembali didahului dengan reflek patologis.

6. Pengkajian sistem sensorik

Dapat terjadi hemipestes. Persepsi adalah ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi.disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensorik diantara mata dan korteks visual.

a). Perubahan pupil

Pupil harus dapat dinilai ukuran dan bentuk (sebaiknya dibuat dalam millimeter). Suruh pasien berfokus pada titik yang jauh dalam ruangan. Pemeriksa harus meletakkan jari dari salah satu tanganya sejajar dengan hidung pasien. Arahkan cahaya yang terang kedalam salah satu mata dan perhatikan adanya kontriksi pupil yang cepat (respon langsung) perhatikan bahwa pupil yang lainya juga harus ikut kontriksi (respon konsensual), anisokor (pupil yang tidak sama).

b). Sistem perkemihan

Setelah stroke mungkin pasien mengalami inkontinensia urine Karena konfusi, ketidakmampuan berkomunikasi dan ketidakmampuan menggunakan urinal karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang kadang kontrol sfingter urinarius eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermiten dengan teknik steril, inkontinensia urine yang berkelanjutan menunjukkan kerusakan neurologis yang luas.

c) Sistem pencernaan

Pada klien dengan pasca stroke didapatkan keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual dan muntah pada fase akut. Mual sampe muntah dihubungkan

dengan peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan kebutuhan nutrisi. Pola defekasi terjadi kondtipasi karena penurunan peristaltic usus. Adanya ikontinensia alvi yang berlanjut menunjukan kerusakan neurologis luas. Gangguan ini dapat menyebabkan sembelit, diare, atau inkontinensia usus. Penangananya meliputi hidrasi dan serat yang cukup, mobilisasi secara bertahap, manajemen stress, dan penyesuaian tekstur makanan sesuai kemampuan menelan.

7. Pengkajian Psikososial

Menurut (Donge, 2019) yang perlu dikaji pada pasien dengan pasca stroke adalah riwayat perubahan keperibadian, ansietas, depresi, atau marah kronis

- a) Aspek social
- b) Jelaskan kemampuan sosialisasi klien pada saat sekarang, sikap klien terhadap orang lain, harapan klien dalam melakukan sosialisasi, kepuasan dan sosialisasi
- c) Identifikasi masalah emosional

Pertanyaan tahap I :

- 1) Apakah klien mengalami sukar tidur?
- 2) Apakah klien sering merasakan gelisah?
- 3) Apakah klien sering murung?
- 4) Apakah klien khawatir? Lanjut pertanyaan tahap dua

jika jawaban “ya” lebih dari satu atau sama dengan satu.

Pertanyaan tahap II :

- 1) Adakah keluhan lebih dari 3 bulan dalam 1 bulan terakhir?
- 2) Adakah keluhan lebih dari 1 kali dalam satu bulan terakhir?
- 3) Adakah masalah atau keluhan
- 4) Adakah gangguan / masalah dengan anggota keluarga?
- 5) Apakah klien menggunakan obat tidur atau penenang Atas anjuran dokter?
- 6) Apakah klien cenderung mengurung diri? Bila Bila lebih dari satu sama dengan satu jawaban “ya” masalah emosional positif (+).

g) Pengkajian spiritual

Aspek spiritual yaitu tentang keyakinan nilai nilai ketuhanan yang dianut, keyakinan akan kematian, kegiatan keagamaan dan harapan klien.

h) Pengkajian Fungsional

a. Katz Indeks

Katz indeks adalah suatu instrument pengkajian dengan sistem penilaian yang didasarkan pada kemampuan seorang untuk melakukan aktifitas kehidupan seseorang untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Penentuan

kemandirian fungsional dapat mengedintifikasikan kemampuan dan keterbatasan klien sehingga memudahkan pemilihan intervensi yang tepat (Maryam dkk, 2012)

Tabel 2.4 Pengkajian Fungsional Klien Dengan Menggunakan Katz Indeks

No	Kegiatan	Mandiri	Bantuan Sebagian	Bantuan Penuh
1	Mandi			
2	Berpakaian			
3	Pergi ke toilet			
4	Berpindah			
5	BAB & BAK			
6	Makan			

Termasuk/kategori manakah klien?

- 1) KATZ Indeks A : Kemandirian dalam makan, kontinensia (BAB,BAK), berpindah, pergi ke toilet, berpakaian & mandi
- 2) KATZ Indeks B : Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali salah satu dari fungsi tersebut di atas
- 3) KATZ Indeks C : Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi dan salah satu fungsi yang lain seperti tersebut di atas
- 4) KATZ Indeks D : Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian dan salah satu fungsi yang lain seperti tersebut di atas
- 5) KATZ Indeks E : Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ketoilet dan salah satu fungsi lain seperti tersebut di atas

- 6) KATZ Indeks F : Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ketoilet, berpindah dan salah satu fungsi yang lain seperti tersebut di atas
- 7) KATZ Indeks G : Ketergantungan untuk semua (enam) fungsi yang tersebut di atas

i) Pengkajian Status Mental

Ada dua pengkajian status mental identifikasi tingkat kerusakan intelektual yang pertama dengan menggunakan *Short Portable Status Quesioner* (SPSMO) dan yang kedua dengan menggunakan *Mini Mental Status Exam* (MMSE). Intruksi : ajukan pertanyaan 1-10 pada daftar ini dan catat semua jawaban.

Catatan jumlah kesalahan total berdasarkan 10 pertanyaan dengan SPSMQ

Tabel 2.5 Pengkajian Fungsi Kognitif Short Portable Mental Status Quesioner (SPSMQ)

No	Item pertanyaan	Benar	Salah
1	jam berapa sekarang ?		
2	Tahun berapa sekarang?		
3	Kapan Bapak/Ibu lahir?		
4	Berapa umur Bapak/Ibu sekarang?		
5	Dimana alamat Bapak/Ibu sekarang?		
6	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu ?		
7	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu?		
8	Tahun berapa hari kemerdekaan Indonesia?		

9	Siapa naa presiden republik Indonesia sekarang?		
10	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke 1?		

Analisis Hasil:

Skore Salah :0-2 : Fungsi Intelektual utuh

Skore Salah :3-4 : Kerusakan intelektual ringan

Skore Salah :5-7 : Kerusakan intelektual sedang

Skore Salah :8-10 : Kerusakan intelektual berat

j) Pengkajian Aspek Kognitif dan fungsi Mental

Tabel 2.6 Format Pengkajian (Mini Mental Status Exam) MMSE

No	Item Pertanyaan	Benar	Salah
1	ORIENTASI		
	Tahun berapa sekarang?		
	Musim apa sekarang?		
	Tanggal berapa sekarang?		
	Hari apa sekarang?		
	Bulan apa sekarang?		
	Dinegara mana anda tinggal?		
	Di Provinsi mana anda tinggal?		
	Di kabupaten mana anda tinggal?		
	Di kecamatan mana anda tinggal?		
	Di desa mana anda tinggal?		
2	REGISTRASI		
	Minta klien menyebutkan tiga obyek		
	1. Apel		
	2. Uang		
	3. Meja		
3	PERHATIAN DAN KALKULASI		
	Minta klien mengeja 5 kata dari belakang missal “WAHYU”		
	U		
	Y		
	H		

	A		
	W		
4	MENGINGAT		
	Minta klien untuk mengulang tiga obyek di atas		
	1. Apel		
	2. Uang		
	3. Meja		
5	BAHASA		
	Penamaan		
	Tunjukan 2 benda minta klien menyebutkan :		
	1. jam tangan		
	2. pensil		
	Pengulangan		

	Minta klien mengukangi tiga kalimat berikut “taka da jika, dan, atau tetapi”		
	Perintah tiga langkah		
	1. Ambil kertas!		
	2. Lipat dua!		
	3. Taruh di lantai!		
	Turuti hal berikut		
	1. Tutup mata		
	2. Tulis satu kalimat		
	3. Salin gambar		
	Jumlah		

Analisis Hasil: Tidak terdapat kerusakan kognitif Nilai <21

1. Pengkajian TUG Test

Tabel 2.7 Pengkajian TUG Test

No	Langkah
1	Posisi pasien duduk di kursi
2	Minta pasien berdiri di kursi, berjalan 10 langkah (3 meter) kembali ke kursi, ukur waktu dalam detik

Interpretasi:

Score:

<10 detik : *low risk of falling*

11-19 detik : *low to moderate risk for falling*

20-29 detik : *moderate to high risk for falling*

>30 detik : *impaired mobility and is at high risk of falling*

k) Pengkajian Skala Depresi

Tabel 2.8 Pengkajian Skala Depresi

No	Pertanyaan	Jawaban	
1	Apakah anda sebenarnya puas dengan kehidupan anda?	Ya	Tidak
2	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat tau kesenangan anda?	Ya	Tidak
3	Apakah anda merasa hidup anda kosong?	Ya	Tidak
4	Apakah anda sering merasa bosan?	Ya	Tidak
5	Apakah anda dala keadaan semangat yang baik setiap saat?	Ya	Tidak
6	Apakah anda takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda?	Ya	Tidak
7	Apakah anda merasa gembira hamper setiap waktu?	Ya	Tidak
8	apakah anda sering merasa tidak terbantu/tidak berdaya?	Ya	Tidak
9	Apakah anda lebih senang tinggal dirumah dari pada pergi keluar untuk melakukan hal baru?	Ya	Tidak
10	Apakah anda merasa mempunyai masalh dengan daya ingat/konsentrasi anda?	Ya	Tidak
11	Apakah anda fikir bahwa hidup anak sekarang ini menyenangkan?	Ya	Tidak
12	Apakah anda merasa tidak berharga dengan kondisi sekarang?	Ya	Tidak
13	Apkah anda merasa penuh semangat?	Ya	Tidak
14	Apakah anda merasa tidak ada harapan dengan kondisi sekarang?	Ya	Tidak
15	Apakah anda fikir bahwa orang lain lebih baik keadaannya dari anda?	Ya	Tidak

Skor: hitung jumlah jawaban yang bercetak tebal

<5 : normal

5-9 : kemungkinan besar depresi

10 : lebih menunjukkan depresi

2.3.2 Analisa Data

Tabel 2.9 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	Tanda gejala mayor - Tanda gejala minor -	Faktor usia ↓ Terbentuknya thrombus arterial dan emboli ↓ Penyumbatan pembuluh darah otak ↓ Suplai O2 ke otak menurun ↓ Iskemik jaringan pada otak ↓ Syok neurologi ↓ Resiko perfusi serebral tidak efektif	Resiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017).

2	Tanda gejala mayor Subjektif : 1. Mengeluh nyeri Objektif : 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis : waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur Tanda gejala minor Subjektif : 1. – Objektif : 1. Tekanan darah 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses fikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaporesis	Hipertensi ↓ Terbentuknya thrombus arterial dan emboli ↓ Penyumbatan pembuluh darah otak ↓ Suplai O₂ ke otak menurun ↓ Iskemik jaringan pada otak ↓ Syok neurologi ↓ Metabolism anaerob meningkat ↓ Penumpukan asam laktat TIK meningkat ↓ Nyeri akut	Nyeri akut (D.0077).
---	---	---	----------------------

3	Tanda gejala mayor Subjektif : 1. – Objektif : 1. Berat badan minimal 10 % dibawah rentang ideal Tanda gejala minor Subjektif : 1. Cepat kenyang setelah makan 2. Kram/nyeri abdomen 3. Nafsu makan Objektif : 1. Bising usus hiperaktif 2. Otot mengunyah lemah 3. Otot menelan lemah 4. Membrane mukosa pucat 5. Sariawan 6. Serum albumin 7. Rambut rontok berlebihan 8. Diare	Perubahan fungsi Nervus X (Vagus), ↓ Nervus IX (Glossofaringeus) ↓ Proses menelan tidak efektif ↓ Dispagia (kesulitan menelan) ↓ Anoreksia (Gangguan makan) ↓ Defisit Nutrisi	Defisit nutrisi (D.0019).
---	--	--	----------------------------------

4	Tanda gejala mayor Subjektif : 1. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan 2. Merasakan sesuatu melalui indra perabaan, penciuman, penglihatan dan pengecapan. Objektif : 1. Distorsi sensori 2. Respon tdk sesuai 3. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau mencium sesuatu 4. Disorientasi waktu, orang , dan tempat	Stroke non hemoragik Iskemik pada arteri serebral posterior ↓ Gangguan visual area ↓ Diplopia (penglihatan ganda) ↓ Gangguan penglihatan atau penggerakan bola ↓ Gangguan persepsi sensori	Gangguan persepsi sensori (D.0085).
---	--	---	--

5	Tanda gejala mayor Subjektif : 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas Objektif : 1. Kekuatan otot 2. Rentang gerak ROM Tanda gejala minor Subjektif : 1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan penggerakan 3. Merasa cemas saat bergerak Objektif : 1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah	Stroke non hemoragik Iskemik pada arteri serebral anterior ↓ Gangguan premotor area ↓ Disfungsi N.XI (Aksesorius) ↓ Kerusakan neuromuscular ↓ Kelemahan pada 1 / ke 4 anggota gerak ↓ Hemiprase/plegi kakan atau kiri ↓ Gangguan mobilitas fisik	Gangguan mobilitas fisik (D.0054).
---	---	--	---

6	Tanda gejala mayor Subjektif : 1. - Objektif : 1. Kerusakan jaringan dan lapisan kulit Tanda gejala minor Subjektif : 1. - Objektif : 1. Nyeri 2. Perdarahan 3. Kemerahan 4. Hematoma	Stroke non hemoragik ↓ Iskemik pada arteri serebral anterior ↓ Gangguan premotor area ↓ Disfungsi N.XI (Aksesorius) kerusakan neuromuskular kelemahan pada 1 / ke 4 anggota gerak ↓ hemiprase/plegi kanan atau kiri ↓ tirah baring terlalu lama ↓ Risiko gangguan integritas kulit dan jaringan	Resiko gangguan integritas kulit/ jaringan (D.0129)
---	--	---	--

7	Tanda gejala mayor Subjektif : - Objektif : - Tanda gejala minor Subjektif : - Objektif : -	Stroke non hemoragik ↓ Proses metabolisme dalam otak terganggu ↓ Suplai darah dan O₂ ke otak ↓ Arteri karotis interna ↓ Disfungsi N.II (Optikus) ↓ Penurunan aliran darah ke retina ↓ Penurunan kemampuan retina untuk menangkap objek/bayangan kebutaan ↓ Risiko jatuh	Risiko jatuh (D.0147)
---	--	---	-----------------------

8	Tanda gejala mayor Subjektif : - Objektif : 1. Tidak mampu berbicara atau mendengar 2. Menunjukkan respon tidak sesuai Tanda gejala minor Subjektif : - Objektif : 1. Afasia 2. Disfasia 3. Apraksia 4. Disleksia 5. Distartria 6. Afonia 7. Dislalia 8. Pelo 9. Gagap 10. Tdk ada kontak mata 11. Sulit memahami komunikasi	Stroke non hemoragik ↓ Arteri vertebra basilaris ↓ Kerusakan nervus VII (facial), nervus XI (glossofarigeus) ↓ kontrol otot facial/oral menjadi lemah ↓ Ketidakmampuan berbicara ↓ Kerusakan articular, tdk dapat berbicara (disatria) ↓ Gangguan komunikasi verbal	Gangguan komunikasi verbal (D.0119).
---	---	--	---

12. Sulit mempertahankan komunikasi		
13. Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh		
14. Tdk mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh		
15. Sulit menyusun kalimat		
16. Verbalisasi tdk tepat		
17. Sulit mengungkapkan kata kata		
18. Disorientasi orang, waktu dan ruang		
19. Deficit penglihatan		
20. delusi		

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian khusus mengenai respon pasien terhadap masalah-masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami baik yang berlangsung secara aktual maupun secara. Diagnosa keperawatan dalam penelitian ini yaitu diagnosa actual. Diagnosa aktual terdiri dari tiga komponen yaitu masalah (*problem*), penyebab (*etiologi*), tanda (*sign*), dan gejala (*symptom*) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Diagnosa-diagnosa keperawatan yang sering muncul pada kasus Appendiktomi antara lain sebagai berikut :

1. Resiko perfusi serebral tidak efektif b/d penurunan kinerja ventrikel kiri, tumor otak, cedera kepala, infark miokard akut, hipertensi dan hiperkolesteronemia. (D.0017).
2. Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis (D.0077).
3. Defisit nutrisi b/d ketidak mampuan menelan makanan (D.0019).
4. Gangguan persepsi sensori b/d gangguan penglihatan, pendengaran, penghiduan, dan hipoksia serebral (D.0085).
5. Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler dan kelemahan anggota gerak (D.0054).
6. Resiko gangguan integritas kulit/ jaringan b/d penurunan mobilitas (D.0129)
7. Risiko jatuh b/d > gangguan penglihatan (D.0147)
8. Gangguan komunikasi verbal b/d penurunan sirkulasi serebral, dan gangguan neuromuskuler (D.0119). (SDKI, Edisi 1, 2015).

2.3.4 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan terdiri dari intervensi utama dan pendukung. Intervensi utama dari diagnosa keperawatan nyeri akut adalah manajemen nyeri dan pemberian analgesik. Intervensi pendukung diantaranya edukasi efek samping obat, edukasi manajemen nyeri, edukasi teknik napas dalam, kompres dingin, kompres hangat, latihan pernapasan dan teknik distraksi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Hasil akhir intervensi keperawatan yang terdiri dari indikator- indikator atau kriteria hasil pemulihan masalah. Terdapat dua jenis luaran keperawatan yaitu luaran positif (perlu ditingkatkan) dan luaran negatif (perlu diturunkan) (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018). Ekspektasi luaran keperawatan terdiri dari ekspektasi meningkat

yang artinya bertambah baik dalam ukuran, jumlah, maupun derajat atau tingkatan, menurun artinya berkurang, baik dalam ukuran, jumlah maupun derajat atau tingkatan, membaik artinya menimbulkan efek yang lebih baik, adekuat, atau efektif (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Tabel 2.10 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1.	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif dibuktikan dengan Embolisme (D.0017). Tanda gejala mayor - Tanda gejala minor -	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selamax. jam diharapkan perfusi serebral (L.02014) dapat adekuat/meningkat dengan Kriteria hasil : 1) Tingkat kesadaran meningkat 2) Tekanan IntraKranial (TIK) Menurun 3) TTV membaik	Manajemen Peningkatan tekanan intrakranial (I.06194) Observasi 1.1 Identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial 1.2 Monitor tanda gejala peningkatan Tekanan intrakranial (TIK) 1.3 Monitor status pernafasan pasien 1.4 Monitor MAP, CPV, PAWP, PAP ICP, CPP jika perlu Terapeutik 1.5 Berikan posisi semifowler 1.6 Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi 1.7 Kolaborasi pemberian obat deuretik osmosis

2.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia) (D.0077). Tanda gejala mayor Subjektif : 1. Mengeluh nyeri Objektif : 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis : waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi 5. Sulit tidur Tanda gejala minor Subjektif : 1. – Objektif : 1. Tekanan darah 2. Pola napas berubah Tergangg	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x... jam diharapkan tingkat nyeri (L.08066) menurun dengan Kriteria Hasil : 1) Keluhan nyerimenurun. 2) Meringis menurun 3) Sikap protektif menurun 4) Gelisah menurun. 5) TTV membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 2.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2.2 Identifikasi skala nyeri 2.3 Identifikasi respon nyeri non verbal 2.4 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 2.5 Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 2.6 Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 2.7 Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 2.8 Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 2.9 Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 2.10 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain) 2.11 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 2.12 Fasilitasi istirahat dan tidur 2.13 Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri 2.14 Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri 2.15 Jelaskan strategi meredakan nyeri
----	---	---	--

	3. Nafsu makan berubah		Kolaborasi
	4. Proses fikir		2.15 Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

3.	Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (D.0019). Tanda gejala mayor Subjektif : 1. – Objektif : 1. Berat badan minimal 10 % dibawah rentang ideal Tanda gejala minor Subjektif : 1. Cepat kenyang setelah makan 2. Kram/nyeri abdomen 3. Nafsu makan Objektif : 1. Bising usus hiperaktif 2. Otot mengunyah lemah 3. Otot menelan lemah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x.... jam diharapkan ststus nutrisi (L.03030) adekuat/membaik dengan kriteria hasil: 1) Porsi makan dihabiskan/meningkat 2) Berat badan membaik 3) Frekuensi makan membaik 4) Nafsu makan membaik 5) Bising usus membaik 6) Membran mukosa membaik	Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi 3.1 Identifikasi status nutrisi 3.2 Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3.3 Identifikasi makanan yang disukai 3.4 Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 3.5 Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 3.6 Monitor asupan makanan 3.7 Monitor berat badan 3.8 Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik 3.9 Lakukan oral hygienis sebelum makan, jika perlu 3.10 Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis piramida makanan) 3.11 Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 3.12 Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 3.13 Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 3.14 Berikan suplemen makanan, jika perlu 3.15 Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi 3.16 Anjurkan posisi duduk, jika mampu 3.17 Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi 3.18 Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antilemetik), jika perlu
----	--	---	--

	4. Membrane mukosa pucat 5. Sariawan 6. Serum albumin 7. Rambut rontok		3.19 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu 3.20 Ajarkan diit sesuai yang diprogramkan 3.21 Kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian diit yang tepat
4	Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan ketidakmampuan menghidup dan melihat (D.0085). Tanda gejala mayor Subjektif : 1. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan 2. Merasakan sesuatu melalui indra perabaan, penciuman, penglihatan dan pengecapan. Objektif : 1. Distorsi sensori 2. Respons tidak sesuai	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x..... jam diharapkan persepsi sensori (L.09083) membaik dengan kriteria hasil: 1) Menunjukkan tanda dan gejala persepsi dan sensori baik: penglihatan, pendengaran, makan dan minum baik. 2) Mampu mengungkapkan fungsi persepsi dan sensori dengan tepat	4.1 Monitor fungsi sensori dan persepsi: penglihatan, pendengaran dan pengecapan 4.2 Monitor tanda dan gejala penurunan neurologis klien 4.3 Monitor tanda-tanda vital klien

	Subjektif : 1. Menyatakan kesal Objektif : 1. Menyendiri 2. Melamun 3. Konsentrasi buruk 4. Disorientasi waktu orang , tempat dan situasi. 5. Curiga 6. Melihat ke satu arah 7. Mondar mandir 8. Bicara sendiri		
--	--	--	--

5	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D.0054). Tanda gejala mayor Subjektif : 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas Objektif : 1.3 Kekuatan otot 2.3 Rentang gerak ROM Tanda gejala minor Subjektif : 1. Nyeri saat bergerak	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... jam diharapkan mobilitas fisik (L.05042) klien meningkat dengan kriteria hasil: 1) Pergerakan ekstremitas meningkat 2) Kekuatan otot meningkat 3) Rentang gerak (ROM) meningkat 4) Kelemahan fisik menurun	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi 5.1 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 5.2 Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 5.3 Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 5.4 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 5.5 Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal. pagar tempat tidur) 5.6 Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu 5.7 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 5.8 Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 5.9 Anjurkan melakukan mobilisasi dini
---	--	---	---

	2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak Objektif : 1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah		5.10 Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
--	---	--	---

6	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas (D.0129). Tanda gejala mayor Subjektif : 1. - Objektif : 1. Kerusakan jaringan dan lapisan kulit Tanda gejala minor Subjektif : 1. - Objektif : 1. Nyeri 2. Perdarahan 3. Kemerahan 4. Hematoma	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x. jam diharapkan integritas kulit/jaringan (L.14125) meningkat dengan kriteria hasil : 1) Perfusi jaringan meningkat 2) Tidak ada tanda tandainfeksi 3) Kerusakan jaringanmenurun 4) Kerusakan lapisankulit 5) Menunjukkan terjadinya proses penyembuhan luka	Perawatan integritas kulit (I.11353) Observasi 6.1 Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penggunaan mobilitas) Terapeutik 6.2 Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring 6.3 Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu 6.4 Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare 6.5 Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 6.6 Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif 6.7 Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering Edukasi 6.8 Anjurkan menggunakan pelembab (mis. lotion, serum) 6.9 Anjurkan minum air yang cukup 6.10 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6.11 Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur
---	--	---	--

			6.12 Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem 6.13 Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah 6.14 Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya
--	--	--	--

7	Risiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun (D.0143). Tanda gejala mayor Subjektif : - Objektif : - Tanda gejala minor Subjektif : - Objektif : -	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... jam diharapkan tingkat jatuh (L.14138) menurun dengan kriteria hasil: 1) Klien tidak terjatuh dari tempat tidur 2) Tidak terjatuh saat dipindahkan 3) Tidak terjatuh saat duduk	Pencegahan jatuh (L.14540) Observasi 7.1 Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 7.2 Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 7.3 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. lantai licin, penerangan kurang) 7.4 Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. Fall Morse Scale, Humpty Dumpty Scale), jika perlu 7.5 Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Terapeutik 7.6 Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 7.7 Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 7.8 Pasang handrall tempat tidur 7.9 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 7.10 Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station
---	--	---	--

			7.11 Gunakan alat bantu berjalan (mis. kursi roda, walker) 7.12 Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien Edukasi 7.13 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 7.14 Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 7.15 Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 7.16 Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 7.17 Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat
--	--	--	---

8	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral (D.0119). Tanda gejala mayor Subjektif : - Objektif : 1. Tidak mampu berbicara atau mendengar 2. Menunjukkan respon tidak sesuai Tanda gejala minor Subjektif : - Objektif : 1. Afasia 2. Disfasia	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x jam diharapkan komunikasi verbal (L.13118) meningkat dengan kriteria hasil: 1) Kemampuan bicara meningkat 2) Kemampuan mendengar dan memahami kesesuaian ekspresi wajah / tubuh meningkat 3) Respon perilaku pemahaman komunikasi membaik 4) Pelo menurun	Promosi komunikasi: defisit bicara (I.13492) Observasi 8.1 Monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume, dan diksi bicara 8.2 Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran, dan bahasa) 8.3 Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara 8.4 Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik 8.5 Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer) 8.6 Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)
---	--	--	---

	5. Distartria 6. Afonia 7. Dislalia 8. Pelo 9. Gagap 10. Tdk ada kontak mata 11. Sulit memahami komunikasi 12. Sulit mempertahankan- 13. kan komunikasi 14. Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh 15. Tdk mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh 16. Sulit menyusun kalimat 17. Verbalisasi tdk tepat 18. Sulit mengungkapkan kata kata		8.7 Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan 8.8 Ulangi apa yang disampaikan pasien 8.9 Berikan dukungan psikologis 8.10 Gunakan juru bicara, jika perlu Edukasi 8.11 Anjurkan berbicara perlahan 8.12 Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara Kolaborasi 8.13 Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
--	--	--	--

2.3.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi yang merupakan komponen dari proses keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tindakan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Implementasi mencakup melakukan, membantu atau mengarahkan kinerja aktivitas kehidupan sehari-hari, memberikan arahan perawatan untuk mencapai tujuan yang berpusat pada klien dan mengevaluasi kerja anggota staf dan mencatat serta melakukan pertukaran informasi yang relevan dengan perawatan kesehatan berkelanjutan dari klien. Implementasi meluangkan rencana asuhan ke dalam tindakan. Setelah rencana di kembangkan, sesuai dengan kebutuhan dan prioritas klien, perawat melakukan intervensi keperawatan spesitik, yang mencakup tindakan perawat dan tindakan (Potter & Perry, 2019)

2.3.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses keperawatan mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien kearah pencapaian tujuan. Tahap akhir yang bertujuan untuk mencapai kemampuan klien dan tujuan dengan melihat perkembangan klien. Evaluasi klien stoke dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya pada tujuan (Potter & Perry, 2019).

2.4 Konsep *Evidence Based Practice* (EBP)

2.4.1 Pengertian *Evidence Based Practice* (EBP)

Evidence Based Practice (EBP) adalah sebuah proses yang akan membantu tenaga kesehatan agar mampu update atau cara agar mampu memperoleh informasi terbaru yang dapat menjadi bahan untuk membuat keputusan klinis yang

efektif dan efisien sehingga dapat memberikan perawatan terbaik kepada pasien. Pentingnya *Evidence Based Practice* dalam kurikulum *undergraduate* juga dijelaskan didalam (Sin & Bleques, 2017 dalam novi 2019) menyatakan bahwa pembelajaran *Evidence Based Practice* pada *undergraduate* student merupakan tahap awal dalam menyiapkan peran mereka sebagai registered nurses (RN).

2.4.2 Tujuan *Evidence Based Practice* (EBP)

Tujuan utama di implementasikannya *evidence based practice* di dalam praktek keperawatan adalah untuk meningkatkan kualitas perawatan dan memberikan hasil yang terbaik dari asuhan keperawatan yang diberikan. Selain itu juga, dengan dimaksimalkannya kualitas perawatan tingkat kesembuhan pasien bisa lebih tepat dan lama perawatan bisa lebih pendek serta biaya perawatan bisa ditekan (Madarshahian et al., 2012 dalam nofi 2019).

2.4.3 Langkah dalam Pembuatan EBP

- 1) Menumbuhkan semangat menyelidiki
- 2) Menanyakan pertanyaan klinik dengan menggunakan PICOPICOT format
- 3) Mencari dan mengumpulkan bukti-bukti (artikel penelitian) yang paling relevan dengan PICOT/PICOT.
- 4) Melakukan penilaian kritis terhadap bukti-bukti (artikel penelitian)
- 5) Mengintegrasikan bukti-bukti (artikel penelitian) terbaik dengan salah satu ahli di klinik serta memperhatikan keinginan dan manfaatnya bagi pasien dalam membuat keputusan atau perubahan.
- 6) Mengevaluasi outcome dari perubahan yang telah diputuskan berdasarkan bukti-bukti.

- 7) Menyebar luaskan hasil dari *Evidence Based Practice* (EBP).

2.5 Konsep Latihan Gerak *Range Of Motion* (Rom)

2.5.1. Definisi

Latihan *Range Of Motion* (ROM) adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan masa otot dan tonus otot (Potter & Perry, 2020).

2.5.2 Efektifitas

Latihan *Range Of Motion* (ROM) memiliki banyak tujuan diantaranya yaitu memelihara fleksibilitas dan kemampuan gerak sendi, mengurangi rasa nyeri, mengembalikan kemampuan klien menggerakkan otot melancarkan peredaran darah.

2.5.3 Prosedur Pelaksanaan

Menurut Standar Prosedur Operasional (SPO), 2021 :

Tahap Persiapan

1. Justifikasi Identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)
2. Siapkan alat dan bahan jika diperlukan
3. Lakukan cuci tangan

Komunikasi Terapeutik:

1. Perkenalkan diri
2. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan
3. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien
4. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin

Tahap Kerja

1. Atur tinggi tempat tidur yang sesuai dan nyaman
2. Berdiri di sisi tempat tidur di posisi ekstremitas klien yang akan dilatih
3. Lakukan latihan dengan:
 - a. Lakukan gerakan perlahan dan lembut
 - b. Menyokong dengan memegang area proksimal dan distal sendi
 - c. Ulangi setiap gerakan 5-10 kali setiap sendi
 - d. Hentikan gerakan jika kesakitan atau ada tahanan
4. Latihan pada siku:
 - a. Fleksi-ekstensi: Gerakkan tangan hingga jari-jari menyentuh bahu, lalu kembali seperti semula
 - b. Supinasi-pronasi: Putar lengan bawah ke arah luar sehingga telapak tangan menghadap ke atas, lalu putar ke arah dalam sehingga telapak tangan menghadap ke bawah
5. Latihan pada pergelangan tangan:
 - a. Fleksi-ekstensi-hiperekstensi: tekuk telapak tangan ke bawah, luruskan. Lalu tekuk ke atas
 - b. Fleksi radial-fleksi ulnar: Tekuk telapak tangan ke samping ke arah ibu jari dan ke arah kelingking
 - c. Sirkumduksi: Putar tangan pada poros pergelangan tangan
6. Latihan pada jari-jari tangan:
 - a. Fleksi-ekstensi: Kepalkan jari dan luruskan seperti semula
 - b. Abduksi-adduksi: Renggangkan jari-jari dan rapat kembali
5. Latihan pada pelvis dan lutut:
 - a. Fleksi-ekstensi: Angkat kaki lurus lalu tekuk lutut. Gerakkan lutut ke arah dada, turunkan kaki, luruskan lalu ke posisi semula

- b. Abduksi-adduksi: gerakkan kaki ke samping menjauhi sumbu tubuh lalu gerakkan ke arah sebaliknya sehingga melewati sumbu tubuh menyilang ke kaki lainnya
 - c. Rotasi internal-rotasi eksternal: Putar kaki ke arah dalam lalu ke samping tubuh
- 6. Latihan pada pergelangan kaki:
 - a. Dorso fleksi-plantar fleksi: Dorong telapak kaki ke atas, ke posisi semula, lalu dorong ke atas
 - b. Eversi-inversi: Putar telapak kaki keluar, lalu ke dalam
 - c. Sirkumduksi: Putar telapak kaki pada poros pergelangan kaki
- 7. Latihan pada jari-jari kaki:
 - a. Fleksi-ekstensi: Dorong jari-jari ke arah atas dan ke bawah
 - b. Abduksi-adduksi: Renggangkan jari-jari kaki, lalu rapatkan seperti semula

Tahap Terminasi

1. Lakukan cuci tangan
2. Lakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan

Dokumentasi

1. Catat hasil tindakan yang telah dilakukan
2. Catat respon klien
3. Sampaikan hasil pemeriksaan pada klien
4. Lakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Tinjauan Kasus

3.1.1 Pengkajian

a. Identitas Klien

Nama	: Ny.O
Tempat tanggal lahir	: Garut, 30-12-1958
Jenis kelamin	: Perempuan
Status perkawinan	: Janda (ditinggal meninggal)
Agama	: Islam
Suku	: Sunda

b. Riwayat pekerjaan dan status ekonomi

Pekerjaan saat ini	: Sudah tidak bekerja
Pekerjaan sebelumnya	: Pedagang
Warung Pendapatan	: Dari
anaknyanya Kecukupan Pendapatan	:
Cukup	

c. Lingkungan tempat tinggal

Ruangan di rumah klien bersih dan rapi karena anaknya selalu membersihkannya, penerangan cukup baik karena banyaknya jendela

dan lampu selalu dinyalakan dimalam hari. Sirkulasi udara baik karena setiap pagi pintunya selalu dibuka agar udara masuk. Keadaana kamar mandi bersih, namun sedikit licin. Sumber air minum dari air galon, sumber pembuangan sampah ke TPSU setempat. Tidak ada sumber pencemaran udara, sampah, maupun air karena jauh dari industri dan jalan raya.

d. Riwayat kesehatan

Status Kesehatan saat ini

1. Keluhan utama dalam 1 tahun terakhir :

Nyeri kepala, nyeri pinggang, nyeri ekstremitas atas & bawah

2. Gejala yang dirasakan :

Nyeri seperti ditusuk dan ditekan

3. Faktor Pencetus : Hipertensi dan stroke

4. Timbulnya keluhan : (✓) mendadak () bertahap

5. Upaya mengatasi : Beristirahat

c. Riwayat kesehatan masa lalu

1. Penyakit yang pernah di derita klien : Hipertensi

2. Riwayat alergi (obat, makananan) : tidak ada

3. Riwayat kecelakaan :

Klien pernah jatuh ketika sedang jarrah pada tahun 2017

4. Riwayat pernah di rawat di RS :

Klien pernah dirawat sejak tahun 2017 dan masuk ruang ICU

5. Riwayat pemakaian obat :

Klien selalu mengkonsumsi obat yang dijual di warung.

e. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala, pinggang hingga ekstremitas atas dan bawah

2) Riwayat penyakit sekarang

a) Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 14 Juli 2025 jam 11.00 WIB, klien mengatakan sering nyeri kepala, nyeri dirasakan ketika sedang terdiam dan beraktivitas, nyeri dirasakan pada bagian kepala, nyeri dirasakan seperti ditimpa benda berat nyeri menurun ketika diistirahatkan skala yang dirasakan 5 (0 – 10), nyeri sering timbul secara mendadak (sewaktu – waktu)

b) Klien juga mengatakan tidak bisa menggerakkan ekstremitas atas dan bawah sebelah kanannya, klien mengatakan seperti ada sesuatu yang menekan pada ekstremitasnya.

3) Riwayat penyakit dahulu

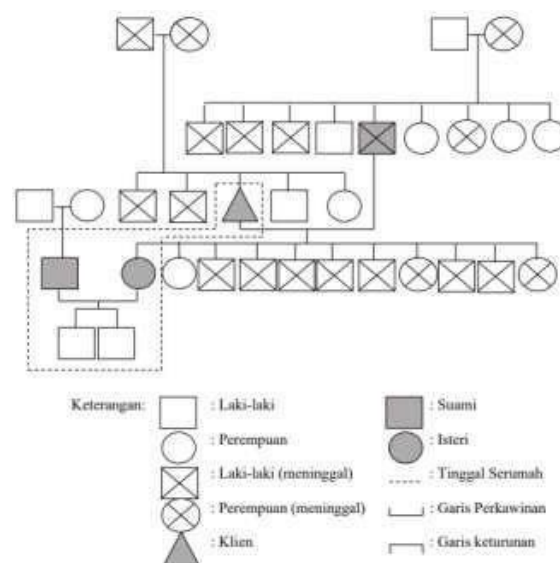
Klien dan keluarga mengatakan bahwa dahulu pernah mengalami penyakit yang berat seperti jantung, tetapi klien dan keluarga mengatakan bahwa pada tahun 2017 klien pernah dirawat di RS karena hipertensi akibat terjatuh ketika sedang jajah kemudian mengalami stroke, klien dan keluarga juga mengatakan bahwa klien

sempat dilarikan ke ruang ICU selama 5 hari karena mengalami penurunan kesadaran.

4) Riwayat penyakit keluarga

Klien dan keluarga mengatakan bahwa di dalam keluarganya tidak terdapat penyakit yang sama seperti yang dialaminya, klien dan keluarga juga mengatakan bahwa di dalam keluarganya tidak ada yang mengidap penyakit menular seperti HIV, TBC, Hepatitis ataupun penyakit turunan seperti diabetes.

Genogram



Gambar 3.1 Genogram Keluarga Ny.O

f. Pola kesehatan fungsional (Gordon)

1) Pemeliharaan kesehatan

Klien dan keluarga mengatakan jika klien sedang sakit klien jarang diperiksa ke dokter ataupun ke puskesmas, jika klien sedang sakit klien hanya membeli obat diwarung ataupun di apotik saja.\

2) Nutrisi dan metabolik

Tabel 3.1 Nutrisi dan Metabolik Ny.O

No	Jenis	Sehat	Sakit
1.	POLA MAKAN		
	Jenis	Nasi,Ikan,Daging, sayuran	Nasi,Ikan,Daging, sayuran
	Porsi	½ porsi	½ porsi
	Frekuensi	3x/hari	2x/hari
	Diet khusus	Tidak ada	Tidak ada
	Makanan disukai	Nasi goreng	Bubur
	Kesulitan menelan	Tidak ada	Tidak ada
	Gigi palsu	Tidak ada	Tidak ada
	Nafsu makan	Baik	Sedikit menurun
	keluhan	Tidak ada	Tidak ada
2.	POLA MINUM		
	Jenis	Air putih	Air putih
	Frekuensi	7-8 gelas	6-7 gelas
	Jumlah	Tidak ada	Tidak ada
	Pantangan	Tidak ada	Tidak ada
	Minuman yang disukai	Air putih hangat	Air putih hangat
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada

3) Pola eliminasi

Tabel 3.2 Pola Eliminasi Ny.O

No	Jenis	Sehat	Sakit
1.	BAB Frekuensi Warna Masalah	1x sehari Kuning Khas feses Tidak ada	1x sehari Kuning Khas feses Tidak ada
2.	BAK Frekuensi Jumlah Warna Masalah	5-6x/hari - Kuning jernih Tidak ada	5-6x/hari - Kuning jernih Tidak ada

4) Pola aktivitas sehari – hari

Tabel 3.3 Pola Aktivitas sehari-hari Ny.O

NO	JENIS	Sehat					Sakit				
		0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1.	Mandi	✓							✓		
2.	Berpakaian	✓							✓		
3.	Eliminasi	✓					✓				
4.	Mobilitas ditempat tidur	✓					✓				
5.	Berpindah	✓							✓		
6.	Berjalan	✓							✓		
7.	Memasak	✓									✓
8.	Naik tangga	✓									✓
9.	Pemeliharaan rumah	✓									✓
10.	Berbelanja	✓									✓

Keterangan:

0 : Mandiri

1: alat bantu

2: di bantu orang lain

3: dibantu orang lain – alat

4: tergantung/tidak mampu

NO	JENIS	SEHARI HARI
1.	Mandi	Frekuensi : 1x sehari Jenis : mandi setiap sore dibantu oleh anaknya
2.	Berpakaian	Frekuensi : 2x sehari Jenis : -
3.	Mobilitas ditempat tidur	Frekuensi : 2x sehari Jenis : -

5) Pola Persepsi Kognitif

Klien mempunyai persepsi yang baik namun ada beberapa yang kadang lupa, penglihatannya sedikit menurun dan sudah tidak bisa membaca. Klien mengatakan perasaannya saat ini baik-baik saja. Pendengaran klien masih baik dan tidak menggunakan alat bantu dengar, indra penciuman klien baik ketika mencium bau-bauan yang khas klien mampu mengetahuinya.

6) Untuk kognitif klien memiliki daya ingat yang masih baik tentang kehidupan pribadinya , kejadian lampau pun masih diingatnya walaupun hanya sebagian, klien sudah tidak mengetahui orientasi waktu, tempat dan nama.

a) Berbicara

Klien berbicara jelas tapi jarang menatap lawan bicaranya.

b) Bahasa

Klien berbicara menggunakan bahasa daerah, yaitu sunda.

c) Kemampuan membaca

Klien sudah tidak mampu membaca tulisan.

d) Tingkat ansietas

Tingkat ansietas kurang terlihat, karena klien terlihat menyerahkan hidupnya kepada yang maha kuasa.

e) Kemampuan berinteraksi

Klien memiliki kemampuan berinteraksi yang baik.

7) Pola istirahat tidur

Tabel 3.4 Pola Istirahat Tidur Ny.O

No	JENIS	2 HARI SEBELUMNYA	1 HARI SEBELUMNYA
1.	Tidur siang Lama tidur Keluhan	± 2 jam Tidak ada	± 2 jam Tidak ada
2.	Tidur malam Lama tidur Keluhan	4-5 jam Kadang sulit tidur	4-5 jam Kadang sulit tidur

8) Pola konsep diri

1) Gambaran diri

Klien mengatakan menyukai tubuhnya meskipun sudah sulit dalam melakukan aktivitas sehari-hari

2) Ideal diri

Klien berharap dapat sembuh dari sakitnya, dan organ tubuhnya dapat berfungsi seperti dulu. Klien berharap keluarganya dapat menerima kondisinya saat ini, dan klien berharap sembuh seperti dahulu

3) Identitas diri

Klien mengatakan bahwa dirinya adalah seorang ibu dari anaknya dan seorang nenek dari cucu-cucunya.

4) Harga diri

Klien mengatakan bahwa dengan kondisinya saat ini klien merasa tetap percaya diri untuk menjalani kehidupannya.

5) Peran diri

Klien mengatakan bahwa dengan kondisinya saat ini, peran sebagai seorang ibu ataupun seorang nenek sedikit terhambat karena tidak bisa melakukan apa-apa.

9) Pola peran dan hubungan

Hubungan klien dengan anggota keluarganya sangat baik, meskipun selama sakit peran klien sebagai ibu dan nenek tidak terpenuhi, anggota keluarganya tetap memahami kondisi nya dan tidak mempermasalahkannya.

10) Pola reproduksi dan seksual

Klien mengatakan sudah tidak ada kemauan untuk melakukan hubungan seksualitas karena suaminya sudah meninggal dan faktor usia. Klien sudah menopause seorang.

11) Pola pertahanan diri atau koping

Klien mengatakan jika merasa sedih, klien lebih baik tidur atau berdoa untuk menghindari stress nya. Setiap ada permasalahan yang

terjadi pada dirinya, klien selalu membicarakannya kepada anaknya untuk mendapatkan pemecahan masalahnya.

12) Pola keyakinan dan Nilai

Klien beragama islam, klien mengatakan dahulu klien selalu mengikuti kegiatan keagamaan di lingkungan sekitar tempat tinggalnya. Klien selalu berdoa dan melaksanakan sholat 5 waktu dengan cara duduk.

13) Pemeriksaan status mental dan spiritual

- Kondiri emosi/perasaan klien

(a) Apa suasana hati yang menonjol pada klien (sedih/gembira)

Suasana yang menonjol pada klien adalah sedih

(b) Apakah emosinya sesuai dengan ekspresi wajahnya (ya/tidak)

Emosi klien sesuai dengan ekspresi wajah klien.

- Kebutuhan spiritual klien

(a) Kebutuhan untuk beribadah (terpenuhi/tidak terpenuhi)

Kebutuhan ibadah klien terpenuhi

(b) Masalah-masalah dalam pemenuhan kebutuhan spiritual

Kadang adzan tidak terdengar dan klien sudah lama tidak mengikuti pengajian rutin di masjid dekat rumahnya

(c) Upaya untuk mengatasi masalah pemenuhan kebutuhan spiritual

Keluarga selalu mengingatkan klien waktunya beribadah terutama shalat 5 waktu walaupun sambil duduk

14) Pemeriksaan Fisik

1) Keadan umum

Postur tubuh : badan klien terlihat miring saat berjalan

Kesadaran : *Compos Mentis* dengan GCS = 15

Penampilan : klien terlihat sedikit kotor

2) Pemeriksaan TTV

Tekanan darah : 180/90 mmHg

Nadi : 89x/menit

Respirasi : 21x/menit

Suhu : 36,5 °C

3) Aspek biologis

a) Kepala dan leher

(1) Kepala : bentuk kepala bulat, warna rambut hitam dan putih, tidak ada lesi pada kulit kepala, tidak ada benjolan terdapat nyeri tekan.

(2) Leher : bersih, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, pergerakan leher baik, tidak ada lesi maupun nyeri tekan.

b) Sistem integumen

(1) Kulit : saat di inspeksi warna kulit klien sawo matang, kulit klien tampak keriput, warna sawo matang, tidak

ada lesi. Pada saat di palpasi tidak ada nyeri tekan, tidak ada oedema, saat dicubit kulit tampak kembali dengan waktu >2 detik.

(2) Kuku : tampak bersih, tidak terdapat lesi disekitar kuku, CRT <2 detik

c) Sistem penglihatan

Saat di inspeksi bentuk mata simetris kanan dan kiri, sklera putih, konjungtiva merah muda, pupil isokor terbukti saat diberi rangsangan cahaya, fungsi penglihatan baik terbukti tetapi klien tidak bisa membaca tulisan dan tidak dapat membaca.

d) Sistem pendengaran

Pada saat di inspeksi telinga simetris antara kanan dan kiri, tekstur halus, tidak tampak adanya serumen, tidak ada lesi maupun nyeri tekan, fungsi pendengaran baik ditandai dengan klien dapat menjawab pertanyaan dengan baik

e) Sistem penciuman

Letak lubang hidung simetris antara lubang hidung kiri dan kanan, kebersihan baik tidak sekret, tidak ada pernafasan cuping hidung, pada saat dipalpasi tidak ada nyeri tekan, fungsi penciuman baik terbukti klien dapat membedakan bau kayu putih dan parfum.

f) Sistem Pengecapan

Warna lidah klien merah muda, tidak terdapat stomatitis, fungsi pengecapan baik terbukti klien bisa membedakan rasa manis pada gula dan rasa asin pada garam.

g) Sistem Pernafasan

(1) Hidung : lubang hidung simetris antara kanan kiri, tidak ada pernafasan cuping hidung, tampak bersih, tidak ada nyeri tekan di daerah hidung fungsi penciuman baik, saat diberi rangsangan bau-bauan klien mampu membedakan kayu putih dan parfum.

(2) Paru-paru : bunyi paru sonor, bunyi nafas vesikuler, irama teratur, frekuensi 21x/menit

h) Sistem Kardiovaskuler

(1) Jantung : bentuk dada simetris kanan dan kiri, tidak ada peningkatan JVP, irama jantung regular, bunyi jantung lup dup (S1, S2), tidak ada bunyi jantung tambahan

(2) Pembuluh darah : CRT <2 detik, tidak ada sianosis

i) Sistem Gastrointestinal

Pada saat di inspeksi Mukosa bibir lembab, keadaan bibir bersih, warna bibir hitam kecoklatan, gigi tidak lengkap, gigi tampak kekuningan, tidak ada karang gigi, fungsi menelan baik, fungsi pengecapan baik. Bentuk perut datar,

saat di auskultasi bunyi perut tympani, bising usus 11x/menit. Dan saat di palpasi tidak ada nyeri tekan.

Sistem Saraf Kranial dan pemeriksaan refleks meningeal

Pemeriksaan refleks meningeal

- Kaku kuduk : Tidak ada
- Kerning sign : Tidak ada
- Brudzinki I : Tidak ada
- Brudzinki II : Tidak ada

Pemeriksaan saraf kranial

i. Nervus Olfaktorius (Penciuman)

Klien dapat mencium klien baik, klien dapat menyebutkan aroma minyak kayu putih.

ii. Nervus Optik (Ketajaman Penglihatan)

Klien dapat melihat dengan baik, hanya saja sudak tidak jelas, lapang pandang pendek.

iii. Nervus Okulomotorius (Mengukur Pupil)

Pupil isokor, bulat dan mengecil saat terkena cahaya.

iv. Nervus Trokhlearis (Gerakan Mata)

Klien dapat menggerakkan mata sesuai perintah.

v. Nervus Trigemini (Saraf sensori dan motorik, membuka mulut)

Klien dapat membuka mulut namun tidak maksimal dan klien dapat merasakan sentuhan pada wajah

- vi. Nervus Abdusen (Mengontrol gerakan mata)
Klien dapat menggerakkan mata dan dapat terkontrol
- vii. Nervus Fasialis (Mengerutkan dahi, menutup mata, memperlihatkan gigi, bersiul)
Wajah klien simetris, dapat mengangkat alis sebelah, dan pada saat bicara sedikit pelo, otot wajah tertarik ke satu sisi, bibir pasien tampak merot.
- viii. Nervus Vestibulokoklearis (Pendengaran)
Klien dapat mendengar dengan baik, terbukti pada saat diajak komunikasi dapat berespon dengan baik.
- ix. Nervus Glossofaringeal (Daya mengecap dan reflex reflek muntah)
Daya pengecapan klien baik, ada reflek muntah dan reflex menelan baik.
- x. Nervus Vagus (Bersuara dan menelan)
Klien berbicara sedikit pelo bicara tidak jelas, namun klien dapat menelan dengan baik dan klien ada kesukaran untuk membuka mulut
- xi. Nervus Aksesorius (Kekuatan otot)
Klien mengalami kelemahan otot pada tubuh sebelah kiri, namun klien mampu menggerakkan kepala ke kiri dan ke kanan.
- xii. Nervus Hipoglosus (Menjulurkan Lidah)

Lidah pasien asimetris, lebih condong/mencong.

j) Sistem perkemihan

Tidak ada pembesaran ginjal, saat dipalpasi klien tidak ada nyeri tekan, tidak ada distensi pada kandung kemih, tidak terdapat keluhan pada sistem perkemihan, buang air kecil normal, tidak ada nyeri pada saat BAK, warna urine kuning jernih.

k) Sistem Endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak mempunyai riwayat penyakit berat atau menular.

l) Sistem muskuloskeletal

(1) Ekstremitas atas :

Letak tangan simetris antara kanan dan kiri, tidak ada lesi, benjolan, oedema, maupun nyeri tekan di ekstremitas atas klien, kekuatan otot 3 pada ekstremitas sebelah kiri pergerakan terbatas serta terdapat kekakuan pada sendi peluru dan sendi engsel

(2) Ekstremitas bawah :

Letak simetris antara kanan dan kiri, tidak terdapat lesi, benjolan, oedema maupun nyeri tekan di ekstremitas klien, kekuatan otot 3 pada ekstremitas sebelah kiri, pergerakan terbatas serta terdapat kekakuan pada sendi peluru dan sendi engsel

Kekuatan otot:

Tangan kanan 5	Kaki kanan 3
Kaki kanan 5	Kaki kiri 3

Keterangan :

1. Ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan menunjukkan kekuatan otot klien 5 yaitu pergerakan normal
2. Ekstremitas atas dan bawah sebelah kiri menunjukkan kekuatan otot klien 3 yaitu dapat menggerakkan anggota gerak untuk menahan berat (gravitasi)

m) Sistem Reproduksi

(1) Vagina : tidak terkaji

n) Pengkajian APGAR KELUARGA

Tabel 3.5 APGAR Keluarga Ny.O

NO	ITEM PENILAIAN	SELALU	KADANG KADANG	TIDAK PERNAH
		(2)	(1)	(0)
1.	A : ADAPTASI Saya puas karna saya dapat kembali ke keluarga (teman teman) saya untuk membantu pada sesuatu mengusahakan saya	✓		
2.	P : PARTHNERSHIP Saya puas karna saya dapat kembali ke keluarga (teman teman) membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah saya	✓		

3.	G : GROWTH Saya puas bahwa keluarga teman teman menerima mendukung keinginan saya untuk aktifitas dan keinginan yang baru.		✓	
4.	A : AFEK Saya puas dengan cara keluarga 9 teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi emosi saya seperti marah sedih dan mencintai		✓	
5.	R : RESOLVE Saya puas dengan cara teman teman saya dan saya menyediakan waktu bersama sama mengekspresikan afek dan berespon	✓		
JUMLAH		8		

Hasil: jumlah pada Ny.O didapatkan 7

Penilaian: 0-3 : disfungsi keluarga sangat tinggi

4-6 : disfungsi keluarga sedang

>6 : tidak terjadi disfungsi keluarga

o) Pengkajian Fungsi Kognitif (Spmsq)

Tabel 3.6 Pengkajian Fungsi Kognitif (SPMSQ) Ny.O

NO	ITEM PERTANYAAN	BENER	SALAH
1.	Jam berapa sekarang? Jawab : Tidak tahu		✓
2.	Tahun Berapa Sekarang ? Jawab : Lupa lagi		✓
3.	Kapan ibu lahir? Jawab : Lupa lagi		✓
4.	Berapa umur ibu jawab : Lupa lagi		✓

5.	Berapa jumlah anggota yang tinggal bersama ibu ? Jawab : 4 orang	✓	
6.	Dimana alamat ibu ? Jawab: babakan jaksi	✓	
7.	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama ibu? Jawab : anak , menantu dan cucu	✓	
8.	Tahun berapa hari kemerdekaan RI ? Jawab : Tidak tahu	✓	
9.	Siapakah presiden indonesia sekarang? Jawab : Tidak tahu	✓	
10.	Coba hitung terbalik dari angka 20-1 Jawab : Pusing dan tidak dapat mengikuti perintah		✓

Hasil: Pada Ny.O didapatkan Hasil skor salah 5

Skor salah : 0-2 : fungsi intelektual utuh

3-4 : kerusakan intelektual Ringan

5-7 : kerusakan intelektual sedang

8-10: kerusakan intelektual berat

p) Pengkajian Mmse

Tabel 3.7 format pengkajian MMSE Ny.O

NO	ITEM PENILAIAN	BENAR (1)	SALAH (0)
1	ORIENTASI		
	1. Tahun berapa sekarang ? Lupa lagi		✓
	2. Musin apa sekarang ? Panas	✓	
	3. Tanggal berapa sekarang ? Lupa lagi		✓
	4. Hari apa sekarang ? Senin	✓	
	5. Bulan apa sekarang ? Februari	✓	

	6. Di negara mana anda tinggal ? Indonesia	✓	
	7. Di provinsi mana anda tinggal ? Lupa lagi		✓
	8. Di kabupaten mana anda tinggal ? ? Garut	✓	
	9. Di kecamatan mana anda tinggal ? ? Tarogong	✓	
	10. Di desa mana anda tinggal ? Jati	✓	
2	REGISTRASI		
	Minta klien menyebutkan tiga objek		
	11. Pintu	✓	
	12. Lemari	✓	
	13. Meja	✓	
3	PERHARIAN DAN KALKULASI		
	Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, missal "BAPAK"		
	14. K		✓
	15. A		✓
	16. P		✓
	17. A		✓
	18. B		✓
4	MENGINAT		
	Minta klien untuk mengulang 3 objek Diatas		
	19. Lampu		✓
	20. Kabel		✓
	21. Jam		✓
5	BAHASA		
	a. Penamaan		
	Tunjukkan 2 benda minta klien menyebutkan :		

	22. Jam tangan	✓	
	23. Pensil	✓	
	b. Pengulangan Minta klien mengulangi 3 kalimat berikut		
	24. “Taka da jika, dan, atau tetapi”		
	c. Perintah tiga langkah		
	25. Ambil kertas !	✓	
	26. Lipat kertas !	✓	
	27. Taruh dilantai !	✓	
	d. Turuti hal berikut		
	28. Tutup mata	✓	
	29. Tulis satu kalimat		✓
	30. Salin gambar		✓
	JUMLAH	16	13

Hasil: pada Ny.O didapatkan jumlah 16

Nilai ≤ 21 : kerusakan kognitif

>21: tidak terjadi kerusakan kognitif

q) Pengkajian Status Fungsional (Indeks Kemandirian Katz)

Tabel 3.8 KATZ indeks Ny.O

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1	Mandi Mandiri : Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya Tergantung :		✓

	Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri		
2	Berpakaian : Mandiri ; Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian. Tergantung : Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian		✓
3	Ke Kamar Kecil Mandiri : Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genetalia sendiri Tergantung : Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot		✓
4	Berpindah Mandiri : Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri Bergantung : Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan	✓	

5	Kontinen Mandiri : BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri Tergantung : Inkontinesia persial atau total : penggunaan	✓	
6	Makan Mandiri : Menngambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri Bergantung ;; Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan	✓	

Keterangan :

Beri tanda (✓) pada poin yang sesuai kondisi klien

Analisis hasil

Nilai A: Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAB atau BAK), berpindah, ke kamar kecil mandi dan berpakaian.

Nilai B: Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut.

Nilai C: Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan.

Nilai D: Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan.

Nilai E: Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan.

Nilai F: Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan.

Nilai G: Ketergantungan pada ke enam fungsi tersebut.

Tabel 3.9 Screening Fall Fungsional Reach (FR) test Ny.O

NO	LANGKAH
1.	Meminta klien berdiri di sisi tembok dan merentangkan tangan kedepan
2.	Beri tanda letak tangan I
3.	Meminta klien condong kedepan tanpa melangkah selama 1-2 menit dengan Tangan di rentangkan kedepan
4.	Beri tangan di letak II pada posisi condong
5.	Ukur jarak antara tangan ke I dan ke II

Interpretas :

Usia lebih dari 70 tahun : kurang 6 inchi (15 cm) = resiko jatuh

Hasil pemeriksaan :

Saat klien disuruh berdiri, klien terlihat sedikit kesulitan dan harus berpegang pada anaknya ketika saat akan berdiri dan berjalan, dan didapat hasil kurang dari 6 inchi(15 cm), sehingga resiko jatuh

THE TIMED UP AND GO (TUG) TEST

Tabel 3.10 The Timed Up And Go (TUG) test Ny.O

NO	L
1.	Posisi pasien duduk di kursi
2.	Minta pasien berdiri dari kursi, berjalan

INTERPRETASI:

Score: ≤ 10 detik : low risk of falling

11-19 detik : low to moderate risk for falling

20-29 detik : moderate to high risk for falling

≥30 detik : ompaired mobility and is at high risk of falling

Hasil pemeriksaan:

Saat melakukan tindakan, klien membutuhkan waktu lebih dari 30 detik, sehingga resiko tinggi jatuh.

r) Pengkajian Geriatrice Depression Scale (SKALA DEPRESI)

Tabel 3.11 Skala Depresi Ny.O

NO	PERTANYAAN	Ya	Tidak	Score
1.	Apa kah anda sebenarnya puas dengan kehidupan anda	Ya	Tidak	0
2.	Apakah anda telah meninggalmkan kegiatan dan kesenangan anda	Ya	Tidak	1
3.	Apakah anda merasa kehidupan kosong	Ya	Tidak	0
4.	Apakah anda sering merasa bosan	Ya	Tidak	0
5.	Apakah anda mempuyai rasa semangat setiap hari	Ya	Tidak	0
6.	Apakah anda merasa takut sesuatu yang terjadi pada kehidupan anda	Ya	Tidak	0
7.	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup anda	Ya	Tidak	0
8.	Apakah sering anda tidak berdaya	Ya	Tidak	1
9.	Apakah anda sering erada di rumah dari pda and keluar dan mengajarkan	Ya	Tidak	1
10	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang ?	Ya	Tidak	0
11.	Apakah anda berpikir bahwa kehidupan anda menggencangkan	Ya	Tidak	0
12.	Apakah anda merasa tidak berharga seperti saat ini	Ya	Tidak	0

13/	Apakah anda merasa penuh semangat	Ya	Tidak	0
14.	Apakah anda merasa bahwa kehidupan anda tidak ada harapan	Ya	Tidak	0
15.	Apakah anda pikir bahwa orang lain baik di bandingkan anda	Ya	Tidak	0

INTERPRETASI:

Skor: hitung jumlah jawaban yang bercetak tebal

Setiap jawaban bercetak tebal mempunyai nilai 1

Skor <5: normal

Skor 5-9: kemungkinan depresi

Skor ≥ 10 : depresi

Hasil pemeriksaan: total skor : 4 (normal)

3.1.2 Analisa Data

Tabel 3.12 Analisa Data Ny.O

No	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	DS : - Klien mengatakan sering nyeri di bagian kepala dan kadang kesulitan tidur yang sudah berangsur lebih dari 5 bulan DO : - Skala nyeri 5 (0 – 5) - Terdapat nyeri tekan - TD : 180 / 90 MmHg	Usia ↓ Hipertensi ↓ Terbentuknya thrombus arterial dan emboli ↓ Adanya penyumbatan pada pembuluh darah otak ↓ Suplai O ₂ ke otak menurun ↓ Iskemik jaringan pada otak ↓ Syok neurologi ↓ Metabolism anaerob meningkat ↓	Nyeri Kronis (D.0077).

		Nyeri akut	
2	DS : Klien mengatakan tidak bisa menggerakkan ekstremitas atas dan bawah sebelah kanannya, klien mengatakan seperti ada sesuatu yang menekan pada ekstremitasnya. DO : - Kekuatan otot 3 - Terdapat kekakuan pada sendi peluru sendi engsel - Pergerakan ekstremitas klien terbatas	Stroke non hemoragik Iskemik pada arteri serebral anterior ↓ Gangguan premotor area ↓ Disfungsi N.XI (Aksesorius) ↓ Kerusakan neuromuscular ↓ Gangguan mobilitas fisik	Gangguan mobilitas fisik (D.0054).
3	DS : - Klien mengatakan pernah terjatuh ketika sedang jarah DO : - Klien dibantu oleh anaknya ketika mau berdiri dan berjalan - Usia klien 65 tahun - Terdapat penurunan kekuatan otot yaitu 3	Stroke non hemoragik ↓ Proses metabolisme dalam otak terganggu ↓ Suplai darah dan O₂ ke otak ↓ Arteri karotis interna ↓	Risiko Jatuh (D.0147)

	- Klien dibantu oleh anaknya ketika beraktivitas - Penglihatan klien sudah buram	Kerusaka neuromuscular ↓ Kelemahan pada anggota gerak sebelah kiri ↓ Risiko Jatuh	
--	---	--	--

3.1.3 Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri Kronis berhubungan dengan adanya peningkatan tekanan veskuler cerebral (D.0077).
2. Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler dan kelemahan anggota gerak (D.0054).
3. Resiko Jatuh berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot (D.0147)

3.1.4 Intervensi Keperawatan

Nama : Ny.O

Umur : 65 Tahun

Dx : Stroke Non Hemoragik

Tabel 3.13 Intervensi Keperawatan Ny.O

No	Diagnosa	Luaran / Tujuan	Perencanaan
1	Nyeri Kronis berhubungan dengan adanya peningkatan tekanan vaskuler cerebral ditandai dengan : DS : Klien mengatakan nyeri di bagian kepala dan kadang kesulitan tidur yang sudah berangsur lebih dari 5 bulan DO : 1. Skala nyeri 5 (0 – 5) 2. Terdapat nyeri tekan 3. TD : 180 / 90 MmHg	Setelah dilakukan Kunjungan selama 7x30 menit diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Nyeri menurun. 2. Skala nyeri menurun menjadi 3 3. Tekanan darah dalam batas normal (140/90)	Manajemen Nyeri Observasi: 1. Identifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapi: 3. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri. (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Edukasi: 4. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.
2	Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler dan	Setelah dilakukan kunjungan selama 7 x 30 menit diharapkan mobilitas diharapkan mobilitas	Dukungan mobilisasi Observasi : 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.

	kelemahan anggota gerak ditandai dengan : DS : Klien mengatakan tidak bisa menggerakkan ekstremitas atas dan bawah sebelah kanannya, klien mengatakan seperti ada sesuatu yang menekan pada ekstremitasnya. DO : 1. Kekuatan otot 3 2. Terdapat kekakuan pada sendi peluru dan engsel 3. Pergerakan ekstremitas klien terbatas 4. ROM kaku	fisik meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat menjadi 4 3. Rentang gerak (ROM) meningkat menjadi 4	2. Identifikasi toleransi fisik melakukan Penggerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ROM. 4. Monitor kondisi umum selama pelaksanaan ROM. Terapeutik 5. Fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: duduk diatas tempat tidur atau kursi) 6. Fasilitasi melakukan penggerakan. 7. Libatkan keluarga dalam membantu pasien untuk meningkatkan penggerakan Edukasi 8. Jelaskan tujuan dan prosedur ROM 9. Anjurkan melakukan mobilisasi ROM dini 10. Ajarkan mobilisasi ROM
3	Resiko Jatuh berhubungan dengan Penurunan fungsi otot ekstremitas atas dan bawah sebelah kiri dibuktikan dengan : DS : 1. Klien mengatakan pernah terjatuh ketika sedang jarrah 2. Klien mengatakan sulit berjalan DO :	Setelah dilakukan Kunjungan selama 7x30 menit, diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil: 1. Resiko jatuh menurun	Pencegahan jatuh Observasi: 1. Identifikasi faktor resiko (mis: >65 tahun) 2. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis: lantai licin) Edukasi: 1. Anjurkan memakai alas kaki yang tidak licin. 2. Edukasi keselamatan rumah 3. Informasikan pentingnya penenrangan yang cukup didalam dan luar rumah

	1. Klien dibantu oleh anaknya ketika mau berdiri dan berjalan 2. Usia klien 67 tahun 3. Terdapat penurunan kekuatan otot 4. Klien dibantu oleh anaknya ketika beraktivitas 5. Penglihatan klien sudah buram 6. Klien memiliki gangguan dalam berjalan 7. Pada pemeriksaan Screening Faal Fungsional Reach (FR) test didapatkan hasil kurang dari 6 inci (15 cm) yang berarti resiko Jatuh Pada pemeriksaan The Timed Up and Go (TUG) test didapatkan hasil : Klien membutuhkan waktu lebih dari 30 detik sehingga resiko tinggi jatuh		4. Anjurkan barang pada area yang mudah dijangkau 5. Anjurkan memastikan alat-alat rumah tangga dalam keadaan baik 6. Anjurkan memastikan lantai kamar mandi tidak licin.
--	---	--	---

3.1.5 Implementasi keperawatan

Tabel 3.14 Implementasi Keperawatan Ny.O

No	Diagnosa	Hari/tanggal/Jam	Implementasi	Evaluasi
1	Nyeri Kronis berhubungan dengan adanya peningkatan tekanan veskuler cerebral	Senin, 14 Juli 2025 11.00 WIB 11.02 WIB 11.05 WIB 11.06 WIB 11.08 WIB	1. Mengidentifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Hasil: nyeri yang dirasakan pada bagian kepala 2. Identifikasi skala nyeri Hasil : skala nyeri yang dirasakan oleh pasien 5 (0 – 10) 3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Hasil : Nyeri dirasakan apabila klien banyak beraktivitas dan berkurang jika klien istirahat 4. Mengajarkan memonitor nyeri secara mandiri Hasil : Klien menerima anjuran dari perawat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Tarik nafas dalam) Hasil : klien dapat mengikuti	S : Klien mengeluh masih nyeri dan kesulitan tidur O : 1. Skala nyeri 5 (0 – 5) 2. Terdapat nyeri tekan 3. TD : 180 / 90 MmHg A : Masalah belum teratasi P : Melanjutkan intervensi
2	Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler dan kelemahan anggota gerak	Senin, 14 Juli 2025 11. 10 WIB 11. 13 WIB 11.15 WIB 11. 15 WIB	1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Hasil : Klien mengeluh ekstremitas kiri kaku dan sudah digerakan 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan Penggerakan Hasil : Klien disarankan untuk selalu melakukan toleransi aktifitas. 3. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ROM.	S : Klien mengatakan tidak bisa menggerakan ekstremitas atas dan bawah sebelah kanannya, klien mengatakan seperti ada sesuatu yang menekan pada ekstremitasnya. O : 1. Kekuatan otot 3 2. Terdapat kekakuan pada sendi 3. Pergerakan ekstremitas klien terbatas

		11.18 WIB 11.20 WIB 11. 22 WIB 11. 25 WIB 11.25 WIB 11.30 WIB	Hasil : TD : 189/90 mmHg. HR : 90 x/m 4. Memonitor kondisi umum selama pelaksanaan ROM. Hasil : Klien saat melakukan mobilisasi sadar penuh dengan GCS : 15 E4M6V5 5. Memfasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: duduk diatas tempat tidur atau kursi) Hasil : Klien melakukan mobilisasi secara bertahap dengan duduk diatas kursi 6. Memfasilitasi melakukan penggerakan. Hasil : Membantu klien melakukan gerakan ROM 7. Melibatkan keluarga dalam membantu pasien untuk meningkatkan penggerakan Hasil : Anak klien selalu mendampingi klien untuk melakukan mobilisasi 8. Menjelskan tujuan dan prosedur ROM Hasil : Pasien dan keluarga tampak memahaminya 9. Menganjurkan melakukan mobilisasi ROM dini Hasil : Pasien tampak melakukan mobilisasi mandiri 10. Mengajarkan ROM Hasil : Pasien tampak melakukan dan didampingi anaknya	4. ROM kaku A : Masalah belum teratasi P : Melanjutkan intervensi
3	Resiko Jatuh berhubungan dengan Penurunan	Senin, 14 Juli 2025 11. 30 WIB 11.32 WIB	1. Mengidentifikasi faktor resiko (mis: >65 tahun) Hasil : usia klien 67 tahun (>65 tahun) 2. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis: lantai licin)	S : 1. Klien mengatakan pernah terjatuh ketika sedang jarrah 2. Klien mengatakan sulit berjalan

fungsi otot ekstremitas atas dan bawah sebelah kiri	11. 35 WIB	Hasil : Lantai kamar mandi sedikit licin 3. Menganjurkan memakai alas kaki yang tidak licin. Hasil : Klien mengatakan melakukan anjuran dari perawat	O : 1. Klien dibantu oleh anaknya ketika mau berdiri dan berjalan 2. Usia klien 67 tahun 3. Terdapat penurunan kekuatan otot 4. Klien dibantu oleh anaknya ketika beraktivitas 5. Penglihatan klien sudah buram Klien memiliki gangguan dalam berjalan 6. Pada pemeriksaan Screening Faal Fungsional Reach (FR) test didapatkan hasil kurang dari 6 inci (15 cm) yang berarti resiko Jatuh Pada pemeriksaan The Timed Up and Go (TUG) test didapatkan hasil : Klien membutuhkan waktu lebih dari 30 detik sehingga resiko tinggi jatuh A : Masalah belum teratasi P : Melanjutkan intervensi
	11.36 WIB	4. Menginformasikan pentingnya penenrangan yang cukup didalam dan luar rumah Hasil : Klien dan keluarga mendengarkan informasi yang diberikan perawat	
	11.38 WIB	5. Menganjurkan barang pada area yang mudah dijangkau Hasil : Klien mengatakan akan melakukan anjuran dari perawat	
	11.40 WIB	6. Menganjurkan memastikan alat-alat rumah tangga dalam keadaan baik Hasil : Klien mengatakan akan melakukan anjuran dari perawat	
	11.40 WIB	7. Menganjurkan memastikan lantai kamar mandi tidak licin Hasil : Klien mengatakan akan melakukan anjuran dari perawat	

3.1.6 Catatan Perkembangan

Nama : Ny.O

Umur : 67 tahun

Dx : Stroke Non Hemoragik

Tabel 3.15 Catatan Perkembangan

Tanggal / Jam	Dx	Catatan Perkembangan	Evaluasi	Paraf
Selasa, 15 Februari 2025 12.00 WIB	I	S : Klien mengeluh masih nyeri dan kesulitan tidur O : 1. Skala nyeri 5 (0 – 5) 2. Terdapat nyeri tekan 3. TD : 180 / 90 MmHg A : Masalah belum teratasi P : Melanjutkan intervensi 1. Identifikasi skala nyeri 2. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 3. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri. (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 4. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. I : 1. Mengidentifikasi skala nyeri	S : Klien mengeluh masih nyeri dan kesulitan tidur O : 1. Skala nyeri 5 (0 – 5) 2. Terdapat nyeri tekan 3. TD : 180 / 90 MmHg A : Masalah belum teratasi P : Melanjutkan intervensi	 Lia Y

		2. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 3. Mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri. (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 4. Mengajarkan memonitor nyeri secara mandiri 5. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. E : Masalah belum teratasi		
Selasa, 15 Juli 2025 12.00 WIB	II	S : Klien mengatakan tidak bisa menggerakkan ekstremitas atas dan bawah sebelah kanannya, klien mengatakan seperti ada sesuatu yang menekan pada ekstremitasnya. O : 1. Kekuatan otot 3 2. Terdapat kekakuan pada sendi 3. Pergerakan ekstremitas klien terbatas 4. ROM kaku A : Masalah belum teratasi P : Melanjutkan intervensi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan penggerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ROM. Monitor	S : Klien mengatakan tidak bisa menggerakkan ekstremitas atas dan bawah sebelah kanannya, klien mengatakan seperti ada sesuatu yang menekan pada ekstremitasnya. O : 1. Kekuatan otot 3 2. Terdapat kekakuan pada sendi 3. Pergerakan ekstremitas klien terbatas 4. ROM kaku A : Masalah belum teratasi P : Melanjutkan intervensi	 Lia Y

		kondisi umum selama pelaksanaan ROM. 4. Fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: duduk diatas tempat tidur atau kursi) 5. Fasilitasi melakukan penggerakan. 6. Libatkan keluarga dalam membantu pasien untuk meningkatkan penggerakan 7. Jelskan tujuan dan prosedur ROM 8. Anjurkan melakukan mobilisasi ROM dini 9. Ajarkan mobilisasi ROM I : 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan penggerakan 3. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ROM. Monitor kondisi umum selama pelaksanaan ROM. 4. Memfasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: duduk diatas tempat tidur atau kursi) 5. Memfasilitasi melakukan penggerakan. 6. Melibatkan keluarga dalam membantu pasien untuk meningkatkan penggerakan 7. Menjelaskan tujuan dan prosedur ROM 8. Menganjurkan melakukan mobilisasi ROM dini 9. Mengajarkan mobilisasi ROM E :		
--	--	--	--	--

		Masalah belum teratasi		
Selasa, 15 Juli 2025 12.00 WIB	III	S : 1. Klien mengatakan pernah terjatuh ketika sedang jarrah 2. Klien mengatakan sulit berjalan O : 1. Klien dibantu oleh anaknya ketika mau berdiri dan berjalan 2. Usia klien 67 tahun 3. Terdapat penurunan kekuatan otot 4. Klien dibantu oleh anaknya ketika beraktivitas 5. Penglihatan klien sudah buram 6. Klien memiliki gangguan dalam berjalan 7. Pada pemeriksaan Screening Faal Fungsional Reach (FR) test didapatkan hasil kurang dari 6 inci (15 cm) yang berarti resiko Jatuh Pada pemeriksaan The Timed Up and Go (TUG) test didapatkan hasil : Klien membutuhkan waktu lebih dari 30 detik sehingga resiko tinggi jatuh A : Masalah belum teratasi P : Melanjutkan intervensi 1. Identifikasi faktor resiko (mis: >65 tahun) 2. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis: lantai licin) 3. Anjurkan memakai alas kaki yang tidak licin. 4. Informasikan pentingnya penenrangan yang cukup didalam dan luar rumah	S : 1. Klien mengatakan pernah terjatuh ketika sedang jarrah 2. Klien mengatakan sulit berjalan O : 1. Klien dibantu oleh anaknya ketika mau berdiri dan berjalan 2. Usia klien 67 tahun 3. Terdapat penurunan kekuatan otot 4. Klien dibantu oleh anaknya ketika beraktivitas 5. Penglihatan klien sudah buram 6. Klien memiliki gangguan dalam berjalan 7. Pada pemeriksaan Screening Faal Fungsional Reach (FR) test didapatkan hasil kurang dari 6 inci (15 cm) yang berarti resiko Jatuh Pada pemeriksaan The Timed Up and Go (TUG) test didapatkan hasil : Klien membutuhkan waktu lebih dari 30 detik sehingga resiko tinggi jatuh A : Masalah belum teratasi P : Melanjutkan intervensi	 Lia Y

		5. Anjurkan barang pada area yang mudah dijangkau 6. Anjurkan memastikan alat-alat rumah tangga dalam keadaan baik 7. Anjurkan memastikan lantai kamar mandi tidak licin. I : 1. Mengidentifikasi faktor resiko (mis: >65 tahun) 2. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis: lantai licin) 3. Menganjurkan memakai alas kaki yang tidak licin. 4. Menginformasikan pentingnya penenrangan yang cukup didalam dan luar rumah 5. Menganjurkan barang pada area yang mudah dijangkau 6. Menganjurkan memastikan alat-alat rumah tangga dalam keadaan baik 7. Menganjurkan memastikan lantai kamar mandi tidak licin. E : Masalah belum teratasi		
Rabu, 16 Juli 2025 15.00 WIB	I	S : Klien mengeluh masih nyeri tetapi kualitas tidur sedikit mengalami peningkatan O : 1. Skala nyeri 5 (0 – 5) 2. Terdapat nyeri tekan 3. TD : 160 / 80 MmHg A : Masalah belum teratasi P :	S : Klien mengeluh masih nyeri tetapi kualitas tidur sedikit mengalami peningkatan O : 1. Skala nyeri 5 (0 – 5) 2. Terdapat nyeri tekan 3. TD : 160 / 80 MmHg A : Masalah belum teratasi P : Melanjutkan intervensi	 Lia Y

		Melanjutkan intervensi 1. Identifikasi skala nyeri 2. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 3. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri. (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 4. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. I : 1. Mengidentifikasi skala nyeri 2. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 3. Mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri. (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 4. Mengajukan memonitor nyeri secara mandiri 5. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. E : Masalah belum teratasi		
Rabu, 16 Juli 2025 15.00 WIB	II	S : Klien mengatakan sudah bisa menggerakkan ekstremitas atas dan bawah sebelah kirinya sedikit demi sedikit O : 1. Kekuatan otot 4 2. Sendi sedikit – sedikit tidak kaku 3. Pergerakan ekstremitas klien sedikit demi sedikit tidak terbatas 4. ROM sedikit demi sedikit tidak kaku A :	S : Klien mengatakan sudah bisa menggerakkan ekstremitas atas dan bawah sebelah kirinya sedikit demi sedikit O : 1. Kekuatan otot 4 2. Sendi sedikit – sedikit tidak kaku 3. Pergerakan ekstremitas klien sedikit demi sedikit tidak terbatas 4. ROM sedikit demi sedikit tidak kaku A :	 Lia Y

		Masalah belum teratasi P : Melanjutkan intervensi 1. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ROM. Monitor kondisi umum selama pelaksanaan ROM. 2. Fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: duduk diatas tempat tidur atau kursi) 3. Fasilitasi melakukan penggerakan. 4. Libatkan keluarga dalam membantu pasien untuk meningkatkan penggerakan 5. Anjurkan melakukan mobilisasi ROM dini I : 1. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ROM. Monitor kondisi umum selama pelaksanaan ROM. 2. Memfasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: duduk diatas tempat tidur atau kursi) 3. Memfasilitasi melakukan penggerakan. 4. Melibatkan keluarga dalam membantu pasien untuk meningkatkan penggerakan 5. Menganjurkan melakukan mobilisasi ROM dini E : Masalah teratasi sebagian	Masalah belum teratasi P : Melanjutkan intervensi	
--	--	---	--	--

Rabu, 16 Juli 2025 15.00 WIB	III	S : 1. Klien mengatakan pernah terjatuh ketika sedang jarrah 2. Klien mengatakan sudah belajar berjalan O : 1. Klien dibantu oleh anaknya ketika mau berdiri dan berjalan 2. Usia klien 67 tahun 3. Klien dibantu oleh anaknya ketika beraktivitas 4. Penglihatan klien sudah buram 5. Klien memiliki gangguan dalam berjalan A : Masalah belum teratasi P : Melanjutkan intervensi 1. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis: lantai licin) 2. Anjurkan memakai alas kaki yang tidak licin. 3. Informasikan pentingnya penenrangan yang cukup didalam dan luar rumah 4. Anjurkan barang pada area yang mudah dijangkau 5. Anjurkan memastikan alat-alat rumah tangga dalam keadaan baik 6. Anjurkan memastikan lantai kamar mandi tidak licin. I : 1. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis: lantai licin) 2. Menganjurkan memakai alas kaki yang tidak licin. 3. Menginformasikan pentingnya penenrangan yang cukup didalam dan luar rumah	S : 1. Klien mengatakan pernah terjatuh ketika sedang jarrah 2. Klien mengatakan sudah belajar berjalan O : 1. Klien dibantu oleh anaknya ketika mau berdiri dan berjalan 2. Usia klien 67 tahun 3. Klien dibantu oleh anaknya ketika beraktivitas 4. Penglihatan klien sudah buram 5. Klien memiliki gangguan dalam berjalan A : Masalah belum teratasi P : Melanjutkan intervensi	 Lia Y
---	------------	--	--	---

		4. Menganjurkan barang pada area yang mudah dijangkau 5. Menganjurkan memastikan alat-alat rumah tangga dalam keadaan baik 6. Menganjurkan memastikan lantai kamar mandi tidak licin. E : Masalah teratasi sebagian		
Kamis, 17 Juli 2025 14.00 WIB	I	S : Klien mengatakan nyeri berangsur menurun dan kualitas tidur meningkat O : 1. Skala nyeri 3 (0 – 10) 2. Terdapat sedikit nyeri tekan 3. TD : 160 / 70 MmHg A : Masalah belum teratasi P : Melanjutkan intervensi 1. Identifikasi skala nyeri 2. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 3. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. I : 1. Mengidentifikasi skala nyeri 2. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri 3. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. E : Masalah teratasi sebagian	S : Klien mengatakan nyeri berangsur menurun dan kualitas tidur meningkat O : 1. Skala nyeri 3 (0 – 10) 2. Terdapat sedikit nyeri tekan 3. TD : 160 / 70 MmHg A : Masalah belum teratasi P : Melanjutkan intervensi	 Lia Y

Kamis, 17 Juli 2025 14.00 WIB	II	S : Klien mengatakan sudah bisa menggerakkan ekstremitas atas dan bawah sebelah kirinya sedikit demi sedikit O : 1. Kekuatan otot 4 2. Sendi sedikit – sedikit tidak kaku 3. Pergerakan ekstremitas klien sedikit demi sedikit tidak terbatas 4. ROM sedikit demi sedikit tidak kaku A : Masalah teratasi sebagian P : Melanjutkan intervensi 1. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ROM. Monitor kondisi umum selama pelaksanaan ROM. 2. Libatkan keluarga dalam membantu pasien untuk meningkatkan pergerakan 3. Anjurkan melakukan mobilisasi ROM dini I : 1. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ROM. Monitor kondisi umum selama pelaksanaan ROM. 2. Melibatkan keluarga dalam membantu pasien untuk meningkatkan pergerakan 3. Menganjurkan melakukan mobilisasi ROM dini	S : Klien mengatakan sudah bisa menggerakkan ekstremitas atas dan bawah sebelah kirinya sedikit demi sedikit O : 1. Kekuatan otot 4 2. Sendi sedikit – sedikit tidak kaku 3. Pergerakan ekstremitas klien sedikit demi sedikit tidak terbatas 4. ROM sedikit demi sedikit tidak kaku A : Masalah teratasi sebagian P : Melanjutkan intervensi	 Lia Y
--	-----------	--	--	---

		E : Masalah teratasi sebagian		
Kamis, 17 Juli 2025 14.00 WIB	III	S : Klien mengatakan sudah belajar berjalan perlahan O : 1. Klien dibantu oleh anaknya ketika mau berdiri dan berjalan 2. Usia klien 67 tahun 3. Klien dibantu oleh anaknya ketika beraktivitas 4. Penglihatan klien sudah buram A : Masalah belum teratasi P : Melanjutkan intervensi 1. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis: lantai licin) 2. Anjurkan memastikan lantai kamar mandi tidak licin. I : 1. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis: lantai licin) 2. Menganjurkan memastikan lantai kamar mandi tidak licin. E : - Masalah teratasi sebagian	S : Klien mengatakan sudah belajar berjalan perlahan O : 1. Klien dibantu oleh anaknya ketika mau berdiri dan berjalan 2. Usia klien 67 tahun 3. Klien dibantu oleh anaknya ketika beraktivitas 4. Penglihatan klien sudah buram A : Masalah belum teratasi P : Melanjutkan intervensi	 Lia Y
Jum'at, 18 Juli 2025 15.00 WIB	I	S : Klien mengatakan nyeri berangsur menurun dan kualitas tidur meningkat O : 1. Skala nyeri 3 (0 – 10)	S : Klien mengatakan nyeri berangsur menurun dan kualitas tidur meningkat O : 1. Skala nyeri 3 (0 – 10)	 Lia Y

		2. Terdapat sedikit nyeri tekan 3. TD : 165 / 75 MmHg A : Masalah belum teratasi P : Melanjutkan intervensi 1. Identifikasi skala nyeri 2. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 3. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. I : 1. Mengidentifikasi skala nyeri 2. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri 3. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. E : Masalah teratasi sebagian	2. Terdapat sedikit nyeri tekan 3. TD : 165 / 75 MmHg A : Masalah belum teratasi P : Melanjutkan intervensi	
Jum'at, 18 Juli 2025 15.00 WIB	II	S : Klien mengatakan sudah bisa menggerakkan ekstremitas atas dan bawah sebelah kirinya sedikit demi sedikit walaupun dengan bantuan O : 1. Kekuatan otot 4 2. Sendi sedikit – sedikit tidak kaku 3. Pergerakan ekstremitas klien sedikit demi sedikit tidak terbatas 4. ROM sedikit demi sedikit tidak kaku A : Masalah teratasi sebagian P :	S : Klien mengatakan sudah bisa menggerakkan ekstremitas atas dan bawah sebelah kirinya sedikit demi sedikit walaupun dengan bantuan O : 1. Kekuatan otot 4 2. Sendi sedikit – sedikit tidak kaku 3. Pergerakan ekstremitas klien sedikit demi sedikit tidak terbatas 4. ROM sedikit demi sedikit tidak kaku A : Masalah teratasi sebagian P :	 Lia Y

		Melanjutkan intervensi 1. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ROM. Monitor kondisi umum selama pelaksanaan ROM. 2. Libatkan keluarga dalam membantu pasien untuk meningkatkan pergerakan 3. Anjurkan melakukan mobilisasi ROM dini I : 1. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ROM. Monitor kondisi umum selama pelaksanaan ROM. 2. Melibatkan keluarga dalam membantu pasien untuk meningkatkan pergerakan 3. Menganjurkan melakukan mobilisasi ROM dini E : Masalah teratasi sebagian	Melanjutkan intervensi	
Jum'at, 18 Juli 2025 15.00 WIB	III	S : Klien mengatakan sudah belajar berjalan perlahan O : 1. Klien dibantu oleh anaknya ketika mau berdiri dan berjalan 2. Usia klien 67 tahun 3. Klien dibantu oleh anaknya ketika beraktivitas 4. Penglihatan klien sudah buram	S : Klien mengatakan sudah belajar berjalan perlahan O : 1. Klien dibantu oleh anaknya ketika mau berdiri dan berjalan 2. Usia klien 67 tahun 3. Klien dibantu oleh anaknya ketika beraktivitas 4. Penglihatan klien sudah buram A :	 Lia Y

		A : Masalah belum teratasi P : Melanjutkan intervensi 1. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis: lantai licin) 2. Anjurkan memastikan lantai kamar mandi tidak licin. I : 1. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis: lantai licin) 2. Menganjurkan memastikan lantai kamar mandi tidak licin. E : Masalah teratasi sebagian	Masalah belum teratasi P : Melanjutkan intervensi	
Sabtu, 19 Juli 2025 15.00 WIB	I	S : Klien mengatakan nyeri berangsur menurun dan kualitas tidur baik O : 1. Skala nyeri 3 (0 – 10) 2. Terdapat sedikit nyeri tekan 3. TD : 150 / 80 MmHg A : Masalah teratasi sebagian P : Menghentikan intervensi. I : - E :	S : Klien mengatakan nyeri berangsur menurun dan kualitas tidur baik O : 1. Skala nyeri 3 (0 – 10) 2. Terdapat sedikit nyeri tekan 3. TD : 150 / 80 MmHg A : Masalah teratasi sebagian P : Menghentikan intervensi.	 Lia Y

		Masalah teratasi sebagian		
Sabtu, 19 Juli 2025 15.00 WIB	II	S : Klien mengatakan sudah bisa menggerakkan ekstremitas atas dan bawah sebelah kirinya sedikit demi sedikit walaupun dengan bantuan keluarga O : 1. Kekuatan otot 4 2. Sendi sedikit – sedikit tidak kaku 3. Pergerakan ekstremitas klien sedikit demi sedikit tidak terbatas ROM sedikit demi sedikit tidak kaku A : Masalah teratasi sebagian P : Melanjutkan intervensi 1. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ROM. Monitor kondisi umum selama pelaksanaan ROM. 2. Libatkan keluarga dalam membantu pasien untuk meningkatkan pergerakan 3. Anjurkan melakukan mobilisasi ROM dini I : 1. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ROM. Monitor kondisi umum selama pelaksanaan ROM.	S : Klien mengatakan sudah bisa menggerakkan ekstremitas atas dan bawah sebelah kirinya sedikit demi sedikit walaupun dengan bantuan keluarga O : 1. Kekuatan otot 4 2. Sendi sedikit – sedikit tidak kaku 3. Pergerakan ekstremitas klien sedikit demi sedikit tidak terbatas ROM sedikit demi sedikit tidak kaku A : Masalah teratasi sebagian P : Melanjutkan intervensi	 Lia Y

		2. Melibatkan keluarga dalam membantu pasien untuk meningkatkan pergerakan 3. Menganjurkan melakukan mobilisasi ROM dini E : Masalah teratasi sebagian		
Sabtu, 19 Juli 2025 15.00 WIB	III	S : Klien mengatakan sudah belajar berjalan perlahan dengan pegangan O : 1. Klien dibantu oleh anak dan cucunya ketika mau berdiri dan berjalan 2. Usia klien 67 tahun 3. Klien dibantu oleh anak dan cucunya ketika beraktivitas 4. Penglihatan klien sudah buram A : Masalah teratasi sebagian P : Menghentikan intervensi I : - E : - Masalah teratasi sebagian	S : Klien mengatakan sudah belajar berjalan perlahan dengan pegangan O : 1. Klien dibantu oleh anak dan cucunya ketika mau berdiri dan berjalan 2. Usia klien 67 tahun 3. Klien dibantu oleh anak dan cucunya ketika beraktivitas 4. Penglihatan klien sudah buram A : Masalah teratasi sebagian P : Menghentikan intervensi	 Lia Y
Minggu, 20 Juli 2025 15.00 WIB	II	S : Klien mengatakan sudah bisa menggerakkan ekstremitas atas dan bawah sebelah kirinya	S : Klien mengatakan sudah bisa menggerakkan ekstremitas atas dan bawah sebelah kirinya sedikit demi sedikit walaupun dengan bantuan keluarga	

		sedikit demi sedikit walaupun dengan bantuan keluarga O : 1. Kekuatan otot 4 2. Sendi sedikit – sedikit tidak kaku 3. Pergerakan ekstremitas klien sedikit demi sedikit tidak terbatas ROM sedikit demi sedikit tidak kaku A : Masalah teratasi sebagian P : Menghentikan intervensi I : - E : Masalah teratasi sebagian	O : 1. Kekuatan otot 4 2. Sendi sedikit – sedikit tidak kaku 3. Pergerakan ekstremitas klien sedikit demi sedikit tidak terbatas ROM sedikit demi sedikit tidak kaku A : Masalah teratasi sebagian P : Menghentikan intervensi	Lia Y
--	--	---	---	-------

3.2 Evidence Based Practice

Tabel 3.16 Evidence Based Practice

No	Nama Peneliti	Judul	Metode	SOP	Hasil penelitian
1	Elsi Rahmadani & Handi Rustandi. (2019)	Peningkatan Kekuatan Otot Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Hemiparese Melalui Latihan Range Of Motion (ROM) Pasif	Penelitian ini menggunakan desain Quasi Eksperiment desain pre dan post test design. 20 pasien stroke.	Gerakan Rom 1. Leher Tekuk kepala kebawah dan keatas lalu menoleh kesamping kanan dan kiri 2. Lengan/Pundak Angkat tangan keatas lalu kembali ke bawah, setelah itu kesamping dan kebawah lagi. 3. Siku Dengan menekuk lengan, gerakan lengan keatas dan kebawah. 4. Pergelangan tangan Tekuk pergelangan tangan kedalam dan keluar lalu samping kiri dan kanan 5. Jari Tangan Tekuk keempat jari tangan kearah dalam lalu	Hasil penelitian ini menunjukkan nilai rata- rata kekuatan otot pre test dan post test ada peningkatan selama 7 hari, ada peningkatan pada kelompok intervensi. Simpulan, ada pengaruh latihan Range Of Motion terhadap kekuatan oto pasien stroke non hemoragik di Rumah sakit umum Curup ICU pada tahun 2019.

				renggangkan kembali. Kepalkan seluruh jari lalu buka. Tekuk tiap jari satu persatu. 6. Lutut Angkat kaki keatas lalu lutut ditekuk kemudian diturunkan lagi. Gerakkan kaki ke samping kanan dan kiri lalu putar kearah dalam dan luar. 7. Pergelangan kaki Tekuk pergelangan kaki keatas lalu luruskan. Tekuk jari kaki keatas dan kebawah 8. Jika mampu berdiri lakukan gerakan badan membungkuk kemudian putar pinggang ke samping kanan dan kiri.	
2	Deni Dwi Saputro, Ari Pebru Nurlaily. (2023)	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemarogik: Gangguan	Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan menggunakan metode pendekatan studi kasus. Subjek studi kasus ini merupakan satu pasien gangguan mobilitas fisik	1. Jelaskan prosedur dan waktu : tiap gerakan diulangi maksimal 5 kali atau tiap ekstremitas 5-7 menit (sesuai kondisi klien)	Implementasi keperawatan yang dilakukan adalah memberikan terapi Range Of Motion (ROM) dengan Didapatkan hasil sebelum dan sesudah pada hari pertama sampai hari terakhir diberikan

		Mobilitas Fisik Dengan Intervensi Range Of Motion (Rom)	Ekstremitas Atas yang mengalami kekakuan sendi dengan diberikan teknik <i>Range Of Motion</i> (ROM) selama 5 hari dengan durasi 15-35 menit sehari 2 kali pagi dan sore dilakukan 10 kali pengulangan setiap gerakan, dan pengukuran menggunakan Goniometer di Ruang Bougenville RS Panti Waluyo Surakarta Sampel : 20 responden	dan latihan dilakukan 2 kali sehari 2. Lindungi privasi klien, perhatikan hanya ekstremitas yang dilatih 3. Atur ketinggian tempat tidur senyaman mungkin 4. Rendahkan pelindung tempat tidur sisi kita bekerja 5. Mulai latihan ROM dari kepala hingga seluruh bagian tubuh 6. Lakukan gerakan perlahan-lahan maksimal 5 kali, sokong penuh gerakan dengan perlahan tapi jangan berbalik menjadi nyeri, lelah atau tertahan 7. Kepala : bila memungkinkan posisikan duduk dengan gerakan : - Rotasi : Palingkan kepala ke kanan dan ke kiri - Fleksi dan ekstensi : Gerakkan kepala menyentuh dada kemudian kepala sedikit didengarkan	teknik <i>Range Of Motion</i> (ROM) pasif mengalami peningkatan derajat sendi bahu, siku, pergelangan, adanya peningkatan rentang gerak bahu dari 144.2° menjadi 152,5°, adanya peningkatan rentang gerak siku dari 119.2° menjadi 128,4°, adanya peningkatan rentang gerak pergelangan dari 62.7° menjadi 69,6°. Tindakan <i>Range Of Motion</i> (ROM) ini efektif dilakukan untuk pasien Stroke Non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik, menggunakan alat ukur goniometer yang dilakukan dalam 5 hari berturut-turut pada tanggal 31 dimulai pada sampai tanggal 4 Januari 2023 terapi dilakukan setiap 2 kali sehari pada saat pagi pukul 09.00 WIB dan sore pukul 16.00 WIB selama 15-35 menit pemberian terapi <i>Range Of Motion</i> (ROM) pasif untuk meningkatkan rentang gerak sendi
--	--	--	---	---	--

				- Fleksi lateral : Gerakkan kepala ke samping kanan dan kiri hingga telinga dan bahu hampi bersentuhan 8. Leher : posisi duduk - Rotasi : Putar leher setengah lingkaran, kemudian berhenti dan lakukan pada arah yang berlawanan 9. Tubuh : posisi duduk - Fleksi dan ekstensi : Tundukkan tubuh ke depan, luruskan tubuh dan sedikit rentangkan ke belakang - Fleksi lateral : Rebahkan tubuh ke samping kiri, luruskan, lalu rebahkan ke samping kanan 10. Fleksi dan ekstensi pergelangan tangan - Atur posisi lengan pasien menjauhi sisi tubuh dengan siku menekuk dengan lengan	
--	--	--	--	--	--

				- Pegang tangan pasien dengan satu tangan dan tangan lain memegang pergelangan tangan klien - Tekuk tangan pasien ke depan sejauh yang memungkinkan 11. Fleksi dan ekstensi siku - Atur lengan pasien menjauhi sisi tubuh klien dengan telapak tangan mengarah ke tubuh klien - Letakkan tangan di atas siku klien dan pegang tangan klien dengan tangan lain - Tekuk siku klien sehingga klien mendekat ke bahu - Kembalikan ke posisi semula 12. Pronasi dan supinasi lengan bawah - Atur lengan bawah menjauhi tubuh pasien dengan siku menekuk	
--	--	--	--	--	--

				- Letakkan satu tangan pada pergelangan tangan dan pegang pergelangan pasien dengan tangan lain - Tekuk siku klien sehingga tangan klien mendekat ke bahu - Kembalikan ke posisi semula 13. Pronasi dan supinasi lengan bawah - Atur posisi lengan bawah menjauhi tubuh pasien dengan siku menekuk - Letakkan satu tangan pada pergelangan tangan dan pegang tangan lain dengan tangan satunya - Putar lengan bawah klien sehingga telapak klien menjauhi klien - Kembalikan ke posisi awal - Putar lengan bawah klien sehingga	
--	--	--	--	--	--

				telapak tangan klien menghadap ke arah klien - Kembali ke posisi semula 14. Fleksi bahu - Atur posisi tangan klien di sisi tubuhnya - Letakkan satu tangan di atas siku klien dan pegang tangan klien dengan tangan lainnya - Angkat lengan klien pada posisi awal - Abduksi dan aduksi bahu - Atur posisi lengan klien di samping badannya - Letakkan satu tangan di atas siku dan pegang tangan klien dengan tangan yang lainnya - Gerakkan tangan klien menjauhi dari tubuhnya ke arah perawat - Kembalikan ke posisi awal 15. Rotasi bahu	
--	--	--	--	---	--

				- Atur posisi lengan klien menjauhi dari tubuh dengan siku menekuk - Letakkan satu tangan atas klien dekat siku dan pegang tangan klien dengan tangan lainnya - Gerakkan lengan bawah sampai menyentuh tempat tidur, telapak tangan menghadap ke atas - Kembalikan ke posisi semula	
				16. Fleksi dan ekstensi jari-jari - Pegang jari-jari klien dengan satu tangan sementara tangan lain memegang kaki erat-erat - Bengkokkan jari-jari kaki ke bawah - Luruskan jari-jari kemudian dorong ke belakang - Kembalikan ke posisi awal	
				17. Inversi dan eversi kaki - Pegang seluruh bagian atas kaki	

				klien satu jari dan pegang pegang pergelangan kaki dengan tangan lainnya - Putar kaki ke dalam sehingga telapak kaki menghadap ke kaki yang lain - Kembalikan ke posisi semula - Putar kaki ke luar sehingga bagian telapak kaki menjauhi kaki lainnya - Kembalikan ke posisi semula 18. Fleksi dan ekstensi pergelangan kaki - Letakkan satu tangan pada telapak kaki klien dan satu tangan lainnya di atas pergelangan kaki, jaga kaki lurus dan rileks - Tekuk pergelangan kaki, arahkan jari kaki ke arah dada klien - Kembalikan ke posisi semula	
--	--	--	--	---	--

				- Tekuk pergelangan kaki menjauhi dada klien 19. Fleksi dan ekstensi lutut - Letakkan satu tangan di bawah lutut klien dan Evaluasi pegang tumit klien dengan tangan klien - Angkat kaki, tekuk lutut dan pangkal paha - Lanjutkan menekuk lutut ke arah dada sejauh mungkin - Ke bawahkan kaki dan luruskan lutut dengan mengangkat kaki ke atas - Kembalikan ke posisi semula 20. Rotasi pangkal paha - Letakkan satu tangan pada pergelangan kaki dan satu tangan yang lain di atas lutut - Putar kaki menjauhi dada - Putar kaki mengarah ke perawat - Kembalikan ke posisi semula	
--	--	--	--	---	--

				21. Abduksi dan aduksi pangkal paha - Letakkan satu tangan di bawah lutut klien dan satu tangan lainnya pada tumit - Jaga posisi kaki klien tetap lurus, angkat kaki 8 cm dari tempat tidur - Gerakkan kaki menjauhi badan klien - Gerakkan kaki mendekati badan klien - Kembalikan ke posisi awal 22. Observasi sendi-sendi klien dan wajah untuk tanda-tanda kepayahan, nyeri selama gerakan 23. Kembalikan pasien pada posisi yang nyaman dan selimuti 24. Kembalikan pelindung tempat tidur 25. Mencuci tangan 26. Dokumentasi respon dan toleransi klien	
--	--	--	--	---	--

3	Ester D. R. Pasaribu dan Ratna Dewi. (2023)	Pengaruh latihan gerak pada ekstremitas dengan hemiparises terhadap peningkatan kekuatan otot pasien pasca stroke non hemoragik	Penelitian ini menggunakan desain penelitian <i>experimental</i> dengan pendekatan <i>one group pra-post test design</i> . Sampel yang diambil pada pasien stroke sebanyak 40 responden.	Pada penelitian ini tidak terdapat SOP yang tertulis	Dari hasil penelitian yang dilakukan selama 3 - 7 hari ini menunjukkan bahwa ada pengaruh dari pemberian latihan ROM pada pasien non hemoragik untuk meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke. Dengan durasi 1 hari 2x dengan frekuensi waktu 15-20 menit.
4	Fransiska anita, henny, pongantung, Putri Veni, Vhiola Hingkam. (2024)	Pengaruh latihan range of motion terhadap peningkatan kemampuan melakukan activity daily living pada pasien yang menderita stroke	Penelitian ini merupakan desain penelitian <i>quasi experimental</i> dengan pendekatan <i>one group pre test-post test</i> . Populasi dalam penelitian ini adalah pasien <i>stroke</i> dikota Makasar yang jumlah sampelnya sebanyak 40 responden	Latihan I 1. Angkat tangan yang kontraktur menggunakan tangan yang sehat ke atas 2. Letakkan kedua tangan di atas kepala. Letakkan kedua tangan di atas kepala. 3. Kembalikan tangan ke posisi semula. Kembalikan tangan ke posisi semula Latihan II 1. Angkat tangan yang kontraktur melewati dada	Penelitian ini dilakukan selama 7 hari. Didapatkan hasil untuk gerakan fleksi pada sendi peluru, ekstensi sendi peluru, fleksi sendi engsel, ekstensi sendi engsel, olesi sendi kondiolid, ekstensi sendi kondiloid meningkat dari 2 menjadi 4. melakukan setiap 2 kali daam sehari dengan frekuensi waktu 20-30 menit.

				ke arah tangan yang sehat. 2. Angkat tangan yang kontraktur melewati dada ke arah tangan yang sehat. 3. Kembalikan keposisi semula. Kembalikan keposisi semula. Latihan III 1. Angkat tangan yang lemah menggunakan tangan yang sehat ke atas. Angkat tangan yang lemah menggunakan tangan yang sehat ke atas. 2. Kembalikan ke posisi semula. Kembalikan ke posisi semula. Latihan IV 1. Tekuk siku yang kontraktur menggunakan tangan yang sehat. Tekuk siku yang kontraktur menggunakan tangan yang sehat. 2. Luruskan siku kemudian angkat ke atas. Luruskan siku kemudian angkat ke atas.	
--	--	--	--	---	--

				3. Letakkan kembali tangan yang kontraktur ditempat tidur. 4. Letakkan kembali tangan yang kontraktur ditempat tidur. Latihan V 1. Pegang pergelangan tangan yang kontraktur menggunakan tangan yang sehat angkat ke atas 2. Pegang pergelangan tangan yang kontraktur menggunakan tangan yang sehat angkat ke atas dada. Putar pergelangan tangan ke arah dalam dan ke arah keluar. 3. Putar pergelangan tangan ke arah dalam dan ke arah keluar. Latihan VI 1. Tekuk jari-jari yang kontraktur dengan tangan 2. Tekuk jari-jari yang kontraktur dengan tangan yang sehat kemudian luruskan. yang sehat kemudian luruskan.	
--	--	--	--	---	--

				3. Putar ibu jari yang lemah menggunakan tangan yang sehat. Putar ibu jari yang lemah menggunakan tangan yang sehat. Latihan VII 1. Letakkan kaki yang sehat dibawah 2. Letakkan kaki yang sehat dibawah yang kontraktur. yang kontraktur. 3. Turunkan kaki yang sehat sehingga punggung kaki yang sehat dibawah pergelangan kaki 4. Turunkan kaki yang sehat sehingga punggung kaki yang sehat dibawah pergelangan kaki yang kontraktur. yang kontraktur. 5. Angkat kedua kaki ke atas dengan bantuan kaki yang sehat, kemudian turunkan pelan-pelan. Angkat kedua kaki ke atas dengan bantuan kaki yang sehat, kemudian turunkan pelan-pelan. Latihan VIII	
--	--	--	--	---	--

				1. Angkat kaki yang kontraktur menggun 2. Angkat kaki yang kontraktur menggunakan kaki yang sehat ke atas sekit akan kaki yang sehat ke atas sekitar 3cm. 3. Ayunkan kedua kaki sejauh mungkin kearah satu sisi kemudian ke sisi yang satunya lagi. 4. Ayunkan kedua kaki sejauh mungkin kearah satu sisi kemudian ke sisi yang satunya lagi. 5. Kembalikan ke posisi semula dan ulang sekali lagi. Kembalikan ke posisi semula dan ulang sekali lagi. Latihan IX 1. Anjurkan pasien untuk menekuk lututnya, bantu pegang pada lutut yang kontraktur dengan 2. Anjurkan pasien untuk menekuk lututnya, bantu pegang pada lutut yang kontraktur dengan tangan yang lain. tangan yang lain.	
--	--	--	--	---	--

				3. Dengan tangan yang lainnya penokong memegang oinggang pasien. Dengan tangan yang lainnya penokong memegang oinggang pasien. 4. Anjurkan pasien untuk memegang bokongnya. Anjurkan pasien untuk memegang bokongnya. 5. Kembalikan ke posisi semula dan ulangi sekali lagi.	
5	Susana Nurtanti, Widya Ningrum. (2020)	Efektifitas <i>range of motion</i> (rom) aktif terhadap peningkatan kekuatan otot pada Penderita stroke	Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus deskriptif. Populasi dalam penelitian ini adalah semua masyarakat yang mengalami kelemahan anggota gerak dengan jumlah 7 responden. Instrumen yang digunakan pada penelitian ini yaitu	Pada jurnal ini juga tidak terdapat SOP yang tertulis	Dari penelitian mengenai Efektifitas ROM Aktif Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke diperoleh hasil bahwa sebagian besar kekakuan otot yang dialami oleh 7 responden skala kekeuatan otot meningkat dari skala 2 ke 3. Adanya pengaruh dari pemberian latihan ROM aktif untuk meningkatkan kekuatan otot pada penderita stroke. Pemberian latihan ROM aktif yang dilakukan selama 1 bulan selama penderita mengalami kekakuan otot. Untuk peningkatan skala kekuatan

					otot dari ke 7 responden ada perbedaan perubahan skala kekuatan otot pada minggu ketiga yaitu sebelum diberikan latihan ROM aktif skala kekuatan otot responden 4 sudah menjadi skala 3 sedangkan responden 3 masih skala 2 itu semua disebabkan karena kurang latihan yang rutin pada responden 3.
--	--	--	--	--	---

3.3 Pembahasan

Berdasarkan hasil kasus asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny.O Lansia Pasca Stroke Non Hemoragik pada Ny.O (Katz Indeks D) Dengan Pemberian Terapi ROM (*Range Of Motion*) Di Kampung Babakan Jaksi RT 03 RW 11 Desa Jati Kecamatan Tarogong Kaler Wilayah Kerja UPT Puskesmas Tarogong Kabupaten Garut, maka dalam bab ini penulis akan membahas kesenjangan antara teori dan kenyataan yang diperoleh sebagai hasil pelaksanaan asuhan keperawatan Lansia Stroke Non Hemoragik pada Ny.O Katz Indeks D Dengan Pemberian peningkatan kekuatan otot Di Kampung Babakan Jaksi RT 03 RW 11 Desa Jati Kecamatan Tarogong Kaler Wilayah Kerja UPT Puskesmas Tarogong Kabupaten Garut, dalam penyusunan asuhan keperawatan saya merencanakan keperawatan yang meliputi pengkajian, pelaksanaan dan evaluasi dengan uraian berikut:

3.3.1 Tahap Pengkajian

Tahap pengkajian pada klien dengan pasca stroke biasanya dilakukan secara holistic meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, spiritual yang meliputi tahapan identitas, riwayat stroke sebelumnya. Pada pemeriksaan fisik yang meliputi pemeriksaan GCS dan neurologis seperti kekuatan otot, koordinasi gerak, rasa nyeri, dan fungsi bicara. Pada pengkajian psikologis yang meliputi perubahan suasana hati (depresi, cemas dan mudah marah). Pengkajian spiritual yang meliputi penerimaan kondisi sakit serta perubahan pada pola aktivitas sehari – hari.

Dalam kasus yang dikelola oleh penulis didapatkan beberapa hasil dari pengkajian serta diagnosa yang diangkat diantaranya yaitu :

- a. Nyeri kronis berhubungan dengan adanya peningkatan tekanan veskuler cerebral

Dari pengkajian yang dilakukan oleh penulis di dapatkan data jika klien nyeri dibagian kepala, tekanan darah 180/90 mmHg, nyeri sudah dirasakan sekitar lebih dari 5 bulan yang lalu. Untuk itu penulis menegakkan diagnosa nyeri kronis sebagai diagnosa utama.

- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler dan kelemahan anggota gerak

Dari pengkajian yang dilakukan oleh penulis di dapatkan data jika Klien mengatakan tidak bisa menggerakkan ekstremitas atas dan bawah sebelah kanannya, klien mengatakan seperti ada sesuatu yang menekan pada ekstremitasnya, untuk itu penulis menegakkan diagnosa Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan sebagai diagnosa yang kedua.

- c. Resiko Jatuh berhubungan dengan Penurunan fungsi otot ekstremitas atas dan bawah sebelah kiri

Dari pengkajian yang dilakukan oleh penulis di dapatkan data jika Klien mengatakan pernah terjatuh ketika sedang jalan dan klien mengatakan sulit berjalan, untuk itu penulis menegakkan diagnosa Resiko Jatuh berhubungan dengan Penurunan fungsi otot ekstremitas atas dan bawah sebelah kiri sebagai diagnosa yang ketiga.

3.3.2 Tahap Diagnosa Keperawatan

Untuk merumuskan diagnosa keperawatan dibentuk oleh tiga aspek yaitu Problem, Etiologi, dan Symptom. Adapun masalah keperawatan yang mungkin muncul pada pasien pasca stroke non hemoragik secara teori ada 8 diantaranya: Resiko perfusi serebral tidak efektif, nyeri akut, deficit nutrisi, gangguan persepsi sensori, gangguan mobilitas fisik, resiko gangguan integritas kulit / jaingan, risiko jatuh dan gangguan komunikasi verbal . Setelah dilakukan tahap pengkajian kepada Ny . O berdasarkan analisa data yang diperoleh terdapat 3 masalah yang muncul dari 8 diagnosa yang mungkin muncul, diantaranya:

- a. Nyeri Kronis berhubungan dengan adanya peningkatan tekanan veskuler cerebral.

Nyeri kronis adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berinteraksi ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan. Diagnosa tersebut ditegakkan bila ada data mayor yang meendukung yaitu pengungkapan tentang nyeri, dan data minor yaitu tampak perubahan kemampuan untuk melanjutkan aktivitas sebelumnya. Masalah ini muncul karena faktor umur atau gaya hidup yang menyebabkan kerusakan vesikuler pembuluh darah sehingga terjadi perubahan struktur yang menyebabkan penyumbatan pada pembuluh darah dan menyebabkan gangguan sirkulasi di otak dan menyebabkan klien nyeri kepala dan pusing. Alasan diagnosa tersebut diangkat karena saat

pengkajian didapatkan data subjektif yaitu pasien mengatakan nyeri bagian kepala, dan data objektif yaitu, terdapat nyeri tekan P : nyeri dirasakan jika banyak beraktivitas Q : nyeri dirasakan seperti ditimpa benda berat R : nyeri dirasakan di bagian kepala S : skala nyeri 5 : nyeri dirasakan secara hilang timbul. Diagnosa tersebut penulis prioritaskan karena keluhan yang dirasakan pasien saat itu apabila masalah itu tidak segera ditangani akan menimbulkan ketidak nyamanan bagi klien.

- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler dan kelemahan anggota gerak

Berdasarkan pengkajian pada tanggal 14 Juli 2025 didapatkan data berupa klien mengeluh tubuh sebelah kirinyanya lemas, klien mengeluh saat menggerakkan tubuh sebelah kirinyanya susah digerakan, klien mengeluh kesakitan pada saat melakukan ROM, klien tampak perlu bantuan saat mobilisasinya, rentang gerak (ROM) menurun, pasien tampak kesulitan menggerakkan kaki dan tanga kirinya, kekuatan otot Sejalan dengan teori yang terdapat dalam SDKI (2016), bahwa penegakan diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik harus memenuhi minimal 80% dari gejala dan tanda mayor yaitu mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, dan rentang gerak (ROM) menurun. Selain itu juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ester et al (2018), bahwa pada pasien dengan stroke infark menggalmi gangguan mobilitas fisik yang timbul akibat kerusakan pada otak yang mengontrol gerakan, disebabkan oleh kurangnya aliran darah yang mengakibatkan

kematian jaringan. Hal ini mengganggu sinyal saraf ke otot, menyebabkan kelemahan, kelumpuhan, dan penurunan rentang gerak pada sisi tubuh yang terkena. dan ditandai dengan pasien mengalami kelemahan, kesulitan gerak, kesemutan, dan nyeri pada sisi kiri tubuh, serta memerlukan bantuan dalam mobilisasi dan mengalami penurunan rentang gerak (ROM).

- c. Resiko Jatuh berhubungan dengan Penurunan fungsi otot ekstremitas atas dan bawah sebelah kiri

Resiko jatuh adalah beresiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh. Masalah ini muncul karena adanya penurunan fungsi otot pada ekstremitas atas dan bawah klien yang menyebabkan klien sulit untuk berjalan dan melakukan aktivitasnya sehari-hari. Selain itu usia klien sudah lebih dari 65 tahun.

3.3.3 Tahap Perencanaan Keperawatan

Tahap perencanaan merupakan tahap lanjut dari diagnosa keperawatan, dimana di dalam perencanaan akan menentukan keberhasilan atau tidaknya asuhan keperawatan yang akan dilakukan. Kegiatannya dimulai dari menetapkan prioritas masalah, perumusan tujuan, penentuan kriteria hasil, serta rencana tindakan sesuai dengan kondisi klien. Pada tahap intervensi penyusun membuat rencana tindakan yang sesuai dengan data yang didapatkan pada saat pengkajian dan apa yang menjadi keluhan dari klien. Didalam menentukan tindakan keperawatan, penyusun merencanakan beberapa tindakan. Adapun rencana intervensi yang diberikan untuk masalah keperawatan pada Ny.O yakni :

a. Nyeri kronis

Berdasarkan buku SIKI untuk menyelesaikan nyeri kronis ada 2 intervensi utama, dan 25 intervensi pendukung, tetapi tidak semua rencana yang ada di buku rujukan tersebut diambil, karena disesuaikan dengan kondisi klien dengan tanda gejala yang ditemukan pada klien. Namun ada beberapa hambatan yang ditemukan oleh penulis dalam melakukan perencanaan pada diagnose ini yaitu yang pertama hambatan dari klien diantaranya adanya gangguan pada komunikasi yang kurang jelas sehingga sulit untuk mengungkapkan lokasi pada nyeri serta gangguan kognitif yang menyebabkan klien sulit berbicara dengan jelas, yang kedua hambatan dari keluarga dengan kurangnya pengetahuan tentang nyeri pasca stroke yang dianggap nyeri itu sebagai hal yang biasa, serta keterbatasan ekonomi yang menyebabkan klien tidak dibawa lagi ke fasilitas pelayanan kesehatan. Tetapi selepas dari itu setelah dilakukan perencanaan mengenai diagnosa yang diangkat penulis mendapatkan dukungan yang baik dari keluarga sehingga sedikitnya dapat membantu kondisi yang dirasakan oleh klien.

b. Gangguan mobilitas fisik

Pada diagnosa ini penulis akan memberikan terapi nonfarmakologis dengan ROM dimana terapi ini dapat mencegah kekakuan otot dan meningkatkan kemampuan pergerakan pada ekstremitas yang mengalami kelemahan sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Rahmadani & Rustandi (2019), dengan hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh latihan Range Of Motion terhadap kekuatan otot pasien stroke non

hemoragik di Rumah sakit Umum Curup ICU. Hambatan yang penulis temukan pada saat melakukan perencanaan pada diagnosa ini yang pertama dari faktor pasien yang mengalami kekakuan pada sendi yang awalnya menyebabkan klien enggan untuk bergerak secara mandiri, kedua dari faktor keluarga yang tidak memahami tentang pentingnya latihan mobilisasi dan ketergantungan berlebih dimana keluarga terlalu banyak membantu sehingga pasien tidak dilatih secara mandiri, yang ketiga dari faktor lingkungan yaitu keterbatasan fasilitas tidak adanya alat bantu seperti tongkat dan kursi roda, lantai rumah yang licin, ruangan yang sempit yang menghambat latihan mobilitas. Namun terlepas dari itu penulis juga mendapatkan dukungan penuh dari keluarga mengenai perencanaan yang dijalankan yaitu memberikan semangat, dorongan, dan keyakinan pada klien bahwa klien dapat pulih secara bertahap.

c. Resiko Jatuh

Berdasarkan buku SIKI untuk menyelesaikan resiko cedera ada 2 intervensi utama dan 20 intervensi pendukung, tetapi tidak semua rencana yang ada di buku rujukan tersebut diambil, karena disesuaikan dengan kondisi klien. Rencana yang diambil yaitu pencegahan jatuh dan Edukasi keselamatan rumah. Sehingga intervensi yang dilakukan sesuai dengan masalah keperawatan pada klien dengan hasil klien bisa terhindar dari jatuh. Hambatan pada perencanaan ini yaitu kelemahan pada otot sehingga klien sulit menjaga keseimbangan, gangguan mobilitas yang mengakibatkan langkah yang tidak stabil, adanya gangguan sensoria tau

penglihatan klien yang sudah buram serta ketergantungan pada alat bantu. Dukungan dari keluarga dan lingkungan juga menjadi faktor yang penting dimana keluarga selalu mendampingi saat klien berjalan, memastikan klien tidak sendirian, mengatur rumah supaya aman dari lantai yang licin, dan penerangan yang cukup

3.3.4 Tahap Implementasi Keperawatan

Pada tahap implementasi, semua rencana yang telah dibuat bisa diimplementasikan sesuai perkiraan awal. Adapun hambatan serta dukungan pada saat melakukan implementasi terhadap masalah keperawatan pada Ny.O yakni:

- a. Nyeri kronis : hambatan muncul karena kondisi fisik, psikologis, lingkungan, maupun faktor keluarga diantaranya : hambatan fisik (kelemahan anggota tubuh, gangguan bicara yang menyulitkan komunikasi saat edukasi), hambatan psikologis (pasien kurang semangat menjalani terapi), hambatan sosial & keluarga (kurangnya pengetahuan keluarga tentang cara merawat pasien), hambatan lingkungan (fasilitas kesehatan yang jauh & terbatas, lingkungan rumah tidak ramah untuk pasien pasca stroke). Dukungan yang muncul pada saat penulis melakukan implementasi yang pertama dari fisik : memberikan posisi nyaman untuk mengurangi nyeri, mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri serta dukungan keluarga yang selalu membantu klien saat timbul rasa nyeri.
- b. Gangguan mobilitas fisik : hambatan implementasi pada diagnosa ini muncul dari berbagai faktor, baik dari klien, keluarga maupun lingkungan yang pertama dari pasien (kelemahan fisik yang menyebabkan keterbatasan

gerak, otot kaku, nyeri sendi, keluarga tidak tahu cara mobilisasi dengan benar. Dukungan dari implementasi ini muncul dari keluarga yang selalu memotivasi dan mendukung klien dalam melakukan pergerakan terapi sesuai yang sedang diberikan.

- c. Resiko jatuh : hambatan pada diagnosa ini yaitu keterbatasan pasien, faktor lingkungan seperti rumah sempit, lantai yang licin, klien takut bergerak karena trauma jatuh sebelumnya. Tetapi dukungan yang diberikan oleh keluarga membantu klien dalam mobilisasi dan berpindah tempat, memberikan motivasi serta pengawasan untuk mengurangi resiko jatuh.

3.3.5 Tahap evaluasi

1. Nyeri kronis berhubungan dengan adanya peningkatan tekanan vaskuler cerebral kriteria hasil untuk diagnosa diatas adalah Klien mengatakan nyeri kepalaberangsur menurun dan pola tidur meningkat. Setelah dilakukan kunjungan selama 3x30 menit hasil objektif Skala nyeri menurun menjadi 4 (0-10), Tekanan darah 170/80 mmHg. Masalah pada diagnosa pertama teratasi sebagian.
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler dan kelemahan anggota gerak didapatkan hasil data yaitu klien mengatakan tubuh sebelah kirinyanya masih kaku dan lemas untuk digerakan, klien mengatakan sendi kaku berkurang, keluarga klien mengatakan jari kakinya sudah bisa dapat digerakan namun sedikit dan sebentar, tampak tenang, ekstremitas kiri masih lemas, susah digerakan, tampak lemas, klien dan keluarga mengerti tujuan, manfaat ROM dan keluarga selalu membantu pada

saat melakukan ROM secara mandiri, pasien selalu melakukan mobilisasi mandiri dibantu dengan keluarganya dan kekuatan otot 4.

3. Resiko jatuh berhubungan dengan penurunan fungsi otot ekstremitas atas dan bawah sebelah kiri kriteria hasil untuk diagnosa diatas adalah Klien mengatakan akan lebih berhati-hati dalam melakukan aktivitas, Klien tampak melakukan anjuran perawat, Lantai kamar mandi klien tampak tidak licin, Keluarga melakukan anjuran perawat untuk membereskan benda yang berbahaya bagi pasien

3.3.6 Pembahasan EBP ROM (*Range Of Motion*)

Penulis melakukan pengkajian pada Ny.O dengan Stroke Non Hemoragik Di Kampung babakan jaksi RT 03 RW 11 Desa Jati Kecamatan Tarogong Kaler Garut dengan masalah keperawatan yang muncul yaitu gangguan mobilitas fisik, untuk masalah keperawatan tersebut penulis melakukan intervensi dukungan mobilisasi dengan latihan gerak *Range of Motion* (ROM) yang bertujuan untuk mencegah kekakuan pada otot dan melatih kemampuan pergerakan pada ekstremitas yang mengalami kelemahan. Adapun cara untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik pada pasien dengan stroke infark memerlukan pendekatan yang menyeluruh, dimulai dengan penilaian kondisi fisik dan fungsional pasien, diikuti oleh rehabilitasi yang melibatkan latihan peregangan, penguatan, dan keseimbangan. Pertama penulis melakukan ROM pasif pada pasien karena mengalami kesulitan untuk bergerak yang bertujuan untuk membantu sirkulasi darah pada pasien terutama pada pasien dengan pasca stroke, selanjutnya setelah klien sedikitnya sudah bisa menggerakan penulis melakukan latihan ROM secara aktif yaitu

gerakan sendi yang dilakukan secara mandiri oleh klien walaupun belum sepenuhnya bisa yang tujuannya untuk melatih kekuatan otot meskipun masih terbatas. Indikasi dari terapi ini adalah untuk mempertahankan fleksibilitas sendi dan mencegah otot menjadi kaku, seperti pada klien dengan pasca stroke, sedangkan kontraindikasi dari terapi ini adalah dislokasi sendi dan fraktur.

Penanganan gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke infark dengan terapi okupasi dapat melibatkan latihan gerak *Range of Motion* (ROM) untuk mencegah kekakuan otot dan meningkatkan kemampuan pergerakan ekstremitas yang mengalami kelemahan. Penelitian yang dilakukan oleh Rahmadani & Rustandi (2019) menunjukkan bahwa terdapat peningkatan yang signifikan dalam kekuatan otot antara pre-test dan post-test selama 7 hari. Kurnawan Saputro & Nurlaily (2023) juga menemukan bahwa latihan *Range of Motion* efektif dilakukan pada pasien stroke non-hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik, di mana pengukuran menggunakan goniometer menunjukkan hasil positif setelah dilakukan latihan selama 5 hari berturut-turut. Penelitian Anggraini Ester et al. (2023) melaporkan adanya peningkatan kekuatan otot pada sebagian besar pasien stroke, dengan peningkatan skala kekuatan otot dari skala 2 menjadi skala 3. Selain itu, Anita et al. (2024) mengamati peningkatan signifikan dalam gerakan fleksi dan ekstensi pada berbagai jenis sendi, seperti sendi peluru dan sendi engsel, dengan peningkatan skala dari 2 menjadi 4. Nurtanti & Ningrum (2020) mencatat bahwa pemberian latihan ROM aktif selama satu bulan pada pasien yang mengalami kekakuan otot menunjukkan perbedaan peningkatan skala kekuatan otot, di mana pada minggu ketiga, satu responden mencapai skala 3, sedangkan yang lainnya

masih di skala 2, yang disebabkan oleh kurangnya latihan rutin pada responden tersebut.

Penulis melakukan implementasi latihan gerak ROM pada pasien selama 7 hari berturut turut dengan waktu 20 menit. Latihan gerak ROM merupakan teknik untuk mncegah kekakuan pada otot dan meningkatkan kemampuan pergerakan ekstremitas yang mengalami kelemahan.

Dari kelima jurnal diatas dapat disimpulkan bahwa *Range of Motion* (ROM) pada pasien stroke infark memiliki pengaruh yang signifikan terhadap peningkatan kekuatan otot dan meningkatkan kemampuan pergerakan ekstremitas yang mengalami kelemahan pada pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik post stroke infark. *Range of Motion* (ROM) bermanfaat dalam mencegah kekakuan otot dan meningkatkan kemampuan pergerakan ekstremitas yang mengalami kelemahan sangat penting, terutama pada pasien yang mengalami gangguan mobilitas seperti stroke. Latihan ROM membantu menjaga fleksibilitas otot dan sendi dengan meningkatkan aliran darah ke area yang terkena, yang mencegah terjadinya kontraktur atau pengerasan otot dan sendi akibat kurangnya pergerakan. Selain itu, latihan ROM juga berkontribusi pada peningkatan kekuatan otot dan koordinasi, yang pada akhirnya membantu memperbaiki kemampuan pergerakan ekstremitas yang mengalami kelemahan. Dengan melakukan latihan ini secara rutin, pasien dapat mempertahankan atau bahkan meningkatkan fungsi motorik mereka, mengurangi risiko komplikasi lebih lanjut, dan mempercepat proses pemulihan.

Dengan demikian berdasarkan hasil telaah jurnal dan hasil analisis langsung pada pasien ternyata *Range of Motion* (ROM) dapat mencegah kekakuan otot dan meningkatkan kemampuan pergerakan ekstremitas yang mengalami kelemahan.

Sehingga dapat diambil kesimpulan dari ke 5 jurnal yang telah diangkat bahwa penulis melakukan intervensi selama 7 hari / 30 menit untuk mengacu pada program terapi yang lebih panjang, untuk pemulihan bertahap yang memerlukan lebih banyak waktu dan latihan berulang yang tujuannya adalah untuk meningkatkan dan memulihkan fleksibilitas sendi, kekuatan otot, serta mobilitas secara bertahap dalam periode yang lebih panjang agar mendapatkan hasil yang lebih maksimal.

3.3.7 Tahap Dokumentasi Keperawatan

Langkah selanjutnya penulis melakukan pendokumentasian / mencatat mulai dari pengkajian sampai dengan catatan perkembangan. Pada pengkajian penulis mendokumentasikan data subjektif, data objektif, pemeriksaan fisik serta identitas klien. Pada tahap diagnosa penulis mencatat diagnose yang muncul sesuai dengan SDKI. Pada tahap perencanaan penulis mencatat tujuan serta merancang intervensi. Pada tahap implementasi penulis mendokumentasikan secara neratif atau tabel tentang diagnosa tindakan yang benar – benar dilakukan serta dicatat tanggal, waktu, intervensi serta respon klien. Pada tahap evaluasi penulis menggunakan format SOAPIE dan SOAP atau format evaluasi langsung dan mencatat hasil tindakan, apakah tujuan tercapat, sebagian tercapai atau tidak tercapai.

BAB IV

SIMPULAN DAN SARAN

4.1 Kesimpulan

Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan yang meliputi tahap pengkajian Data, Diagnosa, Perencanaan, Implementasi dan Evaluasi serta hasil Keperawatan pada Ny.O Pasca Stroke Non Hemoragik maka didapatkan kesimpulan sebagai berikut:

1. Tahap pengkajian

Penulis dapat melakukan pengkajian serta komprehensif terhadap aspek-aspek yang ada dalam diri lansia serta lingkungan sekitarnya, dalam pengkajian klien mempunyai beberapa faktor resiko yang mendukung pada penyakit stroke non hemoragik.

2. Tahap diagnosa

Adapun dari data yang terkumpul, penulis menemukan masalah keperawatan pada Ny.O yaitu nyeri kronis, gangguan mobilitas fisik dan resiko jatuh.

3. Tahap perencanaan

Pada tahap ini penulis dapat merencanakan tindakan keperawatan pada Ny.O dengan stroke non hemoragik sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul pada hasil pengkajian dan di sesuaikan dengan kondisi klien, kemampuan perawat dan fasilitas yang tersedia. Perencanaan ditunjukan untuk mengatasi rasa nyeri nyeri kronis, gangguan mobilitas fisik dan resiko jatuh.

4. Tahap pelaksanaan

Tindakan keperawatan difokuskan kepada perencanaan yang telah ditetapkan dan penulis dapat melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan kebutuhan serta klien partisipasi dalam melaksanakan setiap tindakan keperawatan. Setelah diberikan pemberian peningkatan kekuatan otot untuk meningkatkan kekuatan klien, didapatkan penurunan yang signifikan.

5. Tahap evaluasi

Penulis dapat melakukan evaluasi dari tiga masalah yang muncul pada klien, semua masalah belum teratasi yaitu , nyeri kronis , gangguan mobilitas fisik dan resiko jatuh. Masalah keperawatan yang memerlukan waktu yang panjang pada saat proses keperawatan dan pengobatan untuk mencapai pemulihan kondisi yang optimal.

6. Tahap EBP

Pemberian latihan ROM (*Range Of Motion*) terdapat kesesuaian antara hasil analisis literature yang telah dilakukan dengan tinjauan kasus yang telah penulis selesaikan, dimana pemerian terapi ROM ini dapat terbukti efektif serta dapat membantu penulis dalam menyelesaikan masalah pada Ny.O

7. Tahap Dokumentasi

Penulis melakukan dokumentasi yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan sampai dengan evaluasi keperawatan dengan menggunakan pedoman dari buku SDKI, SLKI dan SIKI.

4.2 Saran

4.2.1 Bagi Klien

Bagi Klien diharapkan klien dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dilingkungan sekitar secara teratur, Ny.O dapat dengan rutin melakukan pergerakan peningkatan kekuatan otot shari 2x dengan waktu 10 – 15 menit

4.2.2 Bagi Satuan Pelayanan Puskesmas Tarogong

Perlu peningkatan dalam pelayanan kesehatan dan meningkatkan kerjasama antara perawat serta seluruh komponen yang terlibat dalam melakukan Asuhan Keperawatan khususnya pada klien lansia pasca stroke seperti mengadakan pemeriksaan tekanan darah secara gratis dan melakukan pendidikan kesehatan terkait obat non farmakologi pada klien pasca stroke di puskesmas tarogong. Dengan demikian diharapkan terjalin kerjasama yang baik antara puskesmas dan dinas kesehatan dengan keluarga klien dalam membantu proses penyembuhan klien secara maksimal

4.2.3 Bagi Institusi Pendidikan

Supaya mahasiswa dapat mengaplikasikan pembelajaran yang didapatkan selama belajar dikampus dengan kegiatan dilapangan dan dapat ikut berkontribusi dalam kegiatan-kegiatan di puskesmas untuk mengurangi angka kesakitan pada lansia terutama dengan stroke dengan cara melakukan program atau kegiatan yang rutin dilaksanakan seperti pemeriksaan pada lainsia, berbagai bentuk penyuluhan dan pendidikan kesehatan yang melibatkan mahasiswa untuk menambah pengetahuan lansia tentang penyakit.

DAFTAR PUSTAKA

- A.Yulianto, 2011. Mengapa Stroke Menyerang Usia Muda. Jogjakarta: Javalitera
- Astrid dalam Syarim W (2019) ‘Penerapan Latihan Range of Motion (ROM) Pasif terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Ekstremitas pada Pasien dengan Kasus Stroke’, 2(2), pp. 61–66. Available at: <https://doi.org/10.36590/jika.v2i2.48>
- Deswani. (2021). Keperawatan lanjut usia . Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Fina Hidayatun. (2019). Ischemic Stroke: Symptomp, Risk Factors, and Prevention.
- Medika Tadulako, Jurnal Ilmiah Kedokteran. Vol. 6, No.1. p. 61
- Kemenkes RI, 2020
- Kemenkes RI, 2021
- Lingga, Lanny. 2013. All About Stroke Hidup Sebelum Dan Pasca Stroke. Jakarta: Kompas Gramedia
- Mussardo, Arif. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan. Jakarta : Salemba Medika
- Mutiarasari D. (2021). Ischemic Stroke: Symptomp, Risk Factors, and Prevention. Medika Tadulako, Jurnal Ilmiah Kedokteran. Vol. 6, No.2. p. 62
- Mutiarasari D. (2019). Ischemic Stroke: Symptomp, Risk Factors, and Prevention. Medika Tadulako, Jurnal Ilmiah Kedokteran. Vol. 6, No.1. p. 61
- Oliviana, Mahdalena, A., Aini, N., & Rahmawati, S. (2017). Efektivitas Latihan Range of Motion Pada Pasien Stroke Di Rumah Sakit Siti Hajar. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, 6(2), 678. <https://doi.org/10.33143/jhtm.v6i2.974>
- PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI
- PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Rencana Tindakan Keperawatan, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI.
- PPNI. (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tujuan Keperawatan, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI.

- PPNI (2021). *Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan*, Edisi 1.
Jakarta: DPD PPNI.
- Pudiastuti.(2021). *Penyakit Pemicu stroke* . Yogyakarta. Nuha Medika
- Pratiwi, Wahyu Utami .2020.*Keperawatan Keluarga dan Komunitas*.Jakarta Selatan: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Riskesdas. 2021. *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*. Jakarta: Depkes RI
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) (2018). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018.
<https://www.kemkes.go.id/article/view/19070500004/indonesia-masuki-periode-aging-population.html>
- Sari, Harum & Kusuma , Hardhi. (2023). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda NicNoc*. Jilid 2.jogjakarta: medication
- Tilong, Lanny. 2024. *All About Stroke Hidup Sebelum Dan Pasca Stroke*. Jakarta: Kompas Gramedia
- Wijaya, A. S., & Putri, Y. M. (2023). *Keperawatan Medikal Bedah : Keperawatan Dewasa Teori Dan Contoh Askep*. (Haikhi, Ed.) (1st ed.). Yogyakarta: Nuha Medika
- World Health Organization (WHO). (2017). *Cardiovaskular Diseases (CVDs)*, <http://www.who.int/Mediacentre/Factsheets/FS317/en>
- World Health Organization (WHO). (2017). *Fact Sheet, Top The 10 Cause of Death Wordwide 2015*. Geneva : World Health Organisation
<http://www.who.int/mediacentre/factsheet/fs310/en/>
- Yulianto, Deni dkk. (2011). *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal-Bedah* penerbit buku kedokteran EGC. Jakarta

LAMPIRAN

DOKUMENTASI

1. Senin, 14 Juli 2025



2. Selasa, 15 Juli 2025



3. Rabu, 16 Juli 2025



4. Kamis, 17 Juli 2025



5. Jum'at, 18 Juli 2025



6. Sabtu, 19 Juli 2025



7. Minggu, 20 Juli 2025





**PEMERINTAH KABUPATEN GARUT BADAN
KESATUAN BANGSA DAN POLITIK** Jl. Patriot
No.10A, Telp. (0262) 2247473 Garut, Jawa Barat 44151

Nomor : 072/0331-Bakesbangpol/III/2025
Lampiran : 1 Lembar
Perihal : Penelitian

Garut, Juli 2025
Kepada :
Yth. Kepala Desa Jati

Dalam rangka membantu Mahasiswa/i STIKes Karsa Husada Garut bersama ini terlampir Keterangan Penelitian Nomor : **072/0331-Bakesbangpol/III/2025** Tanggal 14 Juli 2025, Atas Nama **LIA YULIANTI / KHGD24049** yang akan melaksanakan Penelitian dengan mengambil lokasi di Desa Jati. Demi kelancaran Penelitian dimaksud, mohon bantuan dan kerjasamanya untuk membantu Kegiatan tersebut.

Demikian atas perhatiannya, kami ucapkan terima kasih.

Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik



Drs. H. NURRODHIN, M.Si.
Pembina Utama Muda, IV/c
NIP. 19661019 199203 1 005

Tembusan, disampaikan kepada:

1. Yth. Kepala Bappeda Kabupaten Garut;
2. Yth. Ketua STIKes Karsa Husada Garut;
3. Arsip.



PEMERINTAH KABUPATEN GARUT
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jl. Patriot No.10A, Telp. (0262) 2247473 Garut, Jawa Barat 44151

SURAT KETERANGAN
PENELITIAN

Nomor : 072/0331-Bakesbangpol/III/2025

- a. Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 41 Tahun 2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Dalam Negeri (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 316), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 14 Tahun 2011 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 41 Tahun 2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Dalam Negeri (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 168)
2. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 3 Tahun 2018 tentang Penerbitan Surat Keterangan Penelitian.
- b. Memperhatikan : Surat dari STIKes Karsa Husada Garut, Nomor 0643/STIKes/KHG/LP4M/III/2025 Tanggal 12 Maret 2025
- KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**, memberikan Surat Keterangan Penelitian kepada:
1. Nama / NPM /NIM/ NIDN : LIA YULIANTI / KHGD24049
 2. Alamat : Kp.Sadang Rt 02 Rw 03 Desa Sukamantri Kec Paseh Kab Bandung
 3. Tujuan : Penelitian
 4. Lokasi/ Tempat : Kp Babakan Jaksi Rt 03 Rw 11 Desa Jati
 5. Tanggal Penelitian/ Lama Penelitian : 14 Juli 2025 s/d 20 Juli 2025
 6. Bidang/ Status/ Judul Penelitian : Analisis Asuhan Keperawatan Lansia Stroke Non Hemorogik Pada Ny.O (*Katz Indeks D*) Dengan Pemberian Peningkatan Kekuatan Otot Di Kampung Babakan Jaksi Rt 03 Rw 11 Desa Jati Wilayah Kerja Puskesmas Tarogong
 7. Penanggung Jawab : H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes
 8. Anggota : -

Yang bersangkutan berkewajiban melaporkan hasil Penelitian ke Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Garut. Menjaga dan menjunjung tinggi norma atau adat istiadat dan Kebersihan, Ketertiban, Keindahan (K3) masyarakat setempat dilokasi Penelitian. Serta Tidak melakukan hal-hal yang bertentangan dengan hukum.

Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik



Drs. H. NURRODHIN, M.Si.
Pembina Utama Muda, IV/c
NIP. 19661019 199203 1 005

Tembusan, disampaikan kepada:
1. Yth. Kepala Bappeda Kabupaten Garut;
2. Yth. Ketua STIKes Karsa Husada Garut;
3. Arsip.

LEMBAR BIMBINGAN
KARYA ILMIAH AKHIR NERS

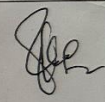
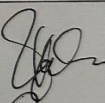
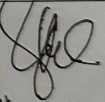
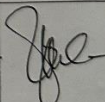
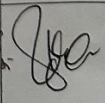
NAMA : LIA YULIANTI

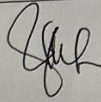
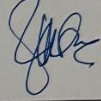
NIM : KHGD24049

PEMBIMBINH : SUSAN SUSYANTI, M.KEP

JUDUL

Analisis Asuhan Keperawatan Lansia pasca stroke non hemoragik pada NRS 0 (Katz Indeks D) dengan pemberian terapi ROM (Range of Motion) di Kampung Babakan Jaksi Rt 02/11 Desa Jati Uluayan Kerja Puskesmas Tanggaring.

NO	Tanggal		Materi yang dikonsultasikan	Saran pembimbing	Ttd
	Masuk	keluar			
1	12/02		Tema judul kiamat	Cari 5 EBP mengenai intervensi yang akan dilakukan.	
2.	10/07		Intervensi	Lakukan intervensi selama 7 hari sesuai dengan EBP yang diangkat	
3	14/07		Implementasi	Lakukan implementasi setara realtone selama 7 hari	
4.	13/08		Perbaiki judul BAB I	- judul sesuaikan dgn Jurnal yg diangkat - kurangi pembahasan di latar belakang - Perbaiki typran e mangkat	
5	13/08		BAB 2.	- Fokuskan ke teori yang diangkat di kasus - Hapus pementasan perny jang, pementasan medis - Tabel tertutup.	
6	13/08		BAB 3	- Perbaiki tabel EBP - Tambahkan sop di EBP - Tambahkan dokumen di pembahasan	

7	15/-25 /08		Bab 4	-Perbaiki penulisan -kaitkan dengan dikes.	
8.	10/-25 /09		Revisi BAB 1-4	lengkapi semua tambahkan abstrak.	
9	12/-25. /00		Draft	see v/ othp	

LEMBAR PERSETUJUAN

(Informed Consent)

Dengan Hormat,

Dengan menandatangani lembar ini, saya :

Nama :

Umur :

Jenis kelamin :

Menyatakan bersedia untuk menjadi responden pada penelitian yang akan dilakukan oleh saudari Lia Yulianti (KHGD24049) , mahasiswi Program Profesi Ners STIKes Karsa Husada Garut yang berjudul “**Analisis Asuhan Keperawatan Lansia Pasca Stroke Non Hemorogik Pada Ny.O (*Katz Indeks D*) Dengan Pemberian Terapi ROM (*Range Of Motion*) Di Kampung Babakan Jaksi Rt 03 Rw 11 Desa Jati Wilayah Kerja Puskesmas Tarogong**”.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sejujur – jujurnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Garut, 14 Juli 2025

(.....)

RIWAYAT HIDUP



1. Data Diri

Nama : Lia Yulianti, S.Kep
Tempat Tanggal Lahir : Bandung, 31 Juli 2002
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Kp.Sadang RT 02 RW 03 Desa Sukamantri
Kecamatan Paseh Kabupaten Bandung
Email : lyulianti3172002@gmail.com

2. Riwayat Pendidikan

SDN Sindangsari 3 : (2008 – 2013)
SMPN 1 Paseh : (2014 – 2016)
SMK Bhakti Kencana Majalaya : (2017 – 2019)
S1 Keperawatan SKHG : (2020 – 2024)
Profesi Ners SKHG : (2024 – 2025)

3. Moto

“Sesungguhnya hanya kepada Allah saya mengadu kesusahan dan kesedihan”