

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. F DENGAN
STROKE ISKEMIK DAN INTERVENSI *RANGE OF MOTION*
(ROM) PASIF DI RUANGAN USTMAN BIN AFFAN RSUD
WELAS ASIH PROVINSI JAWA BARAT**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

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

**Disusun Oleh:
MOCHAMAD HAZEL KADHAFLI, S. KEP
KHGD25023**



**INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
TAHUN 2026**

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

**JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. F
DENGAN STROKE ISKEMIK DAN INTERVENSI
RANGE OF MOTION (ROM) DI RUANGAN UTSMAN
BIN AFFAN RSUD WELAS ASIH PROVINSI JAWA
BARAT**

NAMA : MOCHAMAD HAZEL KADHAFI S.KEP

NIM : KHGD25023

Garut, Juli 2026

Menyetujui,

Pembimbing

Eldessa Vava Rila, M.Kep

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Karya Ilmiah Akhir ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapat gelar akademik Ners baik dari Institut Kesehatan Karsa Husada Garut maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya Ilmiah Akhir ini adalah murni gagasan, rumusan, dan studi kasus saya tanpa bantuan 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 di cantumkan 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 Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.

Garut, Juli 2026

Pembuat Pernyataan,

Mochamad Hazel Kadhafi

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. F DENGAN STROKE ISKEMIK DAN INTERVENSI *RANGE OF MOTION* (ROM) DI RUANG USTMAN BIN AFFAN RSUD WELAS ASIH PROVINSI JAWA BARAT

Mochamad Hazel Kadhafi¹, Eldessa Vava Rila, M.Kep²

¹**Mahasiswa Program Studi Profesi Ners**

²**Dosen Institut Karsa Husada Garut**

ABSTRAK

Latar Belakang : Stroke atau *cerebrovascular deases* merupakan suatu penyakit yang disebabkan oleh adanya gangguan suplai darah ke otak (iskemik) atau pecahnya pembuluh darah otak (hemoragik) yang tanda-tanda klinisnya berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal atau global yang berlangsung selama 24 jam atau lebih. Tersumbatnya suplai aliran darah ke otak akan menyebabkan terjadinya kerusakan pada jaringan otak. Hal ini akan menyebabkan para penderita stroke mengalami penurunan kekuatan otot sehingga menyebabkan gangguan mobilitas fisik yang biasanya menyerang di sebagian tubuh penderita.

Tujuan : Studi kasus ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran mengenai penerapan rentang gerak otot pada pasien stroke ISKEMIK yang mengalami gangguan mobilitas fisik atau penurunan kekuatan otot. **Metode :** Metode yang digunakan adalah studi kasus deskriptif dengan melakukan anamnesa, observasi, pemeriksaan fisik, dan catatan medis. Partisipan dalam penelitian ini adalah pasien stroke ISKEMIK yang diberikan terapi rentang gerak otot (ROM). **Hasil :** Hasil studi kasus pada pada pasien Tn. F dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik ternyata dapat diatasi dengan melakukan rentang gerak otot (ROM), hal ini ditandai dengan adanya peningkatan skala kekuatan otot yang mengalami kelemahan pada sisi bagian kiri, dari awalnya 2 menjadi skala kekuatan otot 3.

Kata Kunci : Stroke iskemik, Gangguan Mobilitas Fisik, Rentang Gerak Otot (ROM)

***ANALYSIS OF NURSING CARE IN TN. F WITH STROKE ISKEMIK AND
RANGE OF MOTION INTERVENTION IN THE USTMAN BIN AFFAN
WARD AT RSUD WELAS ASIH BANDUNG WEST JAVA***

Mochamad Hazel Kadhafi¹, Eldessa Vava Rila²

¹*student Of The Nurse Professional Study Program*

²*Lecturers Of Institut Karsa Husada Garut*

ABSTRACT

Background: Stroke, or cerebrovascular disease, is a condition caused by either a disruption in blood supply to the brain (ischemic) or the rupture of a cerebral blood vessel (hemorrhagic). It is characterized by rapidly developing clinical signs of focal or global brain function disturbances that last for more than 24 hours. The blockage of blood flow to the brain leads to damage in brain tissue, resulting in decreased muscle strength in stroke patients. This often causes impaired physical mobility, typically affecting one side of the body. **Objective:** This case study aims to describe the application of range of motion (ROM) exercises in an ischemic stroke patient experiencing physical mobility impairment or decreased muscle strength. **Method:** The method used is a descriptive case study through anamnesis, observation, physical examination, and medical record review. The participant in this study is an ischemic stroke patient who received range of motion (ROM) therapy. **Result:** The result of the case study on Mr. F, who presented with a nursing problem of impaired physical mobility, showed that range of motion (ROM) exercises were effective. This was indicated by an improvement in the muscle strength scale on the weakened left side of the body—from an initial score of 2 to a score of 3.

Keywords: Ischemic Stroke, Impaired Physical Mobility, Range of Motion (ROM)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena berkat rahmat dan karunia-Nyalah penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini yang berjudul **“Analisis Asuhan Keperawatan Pada Tn. F Dengan Stroke iskemik dan Intervensi *Range Of Motion* (ROM) Di Ruang Ustman Bin Affan RSUD Welas Asih Provinsi Jawa Barat”**. Solawat serta salam semoga selalu tercurahkan kepada Rasulullah SAW, beserta keluarganya, sahabatnya, dan para pengikutnya hingga akhir zaman, aamiin.

Pemulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini, penulis banyak dibantu oleh berbagai pihak, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini tepat waktu. Semoga Allah SWT., senantiasa mencatatnya sebagai amal sholeh dan memberi balasan yang melimpah. Pada kesempatan kali ini penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Bapak Dr. H. Hadiat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H Suryadi, S.E., M.Si selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak Dr. Iwan Wahyudin, M.Kep, selaku Ketua Institut Karsa Husada Garut.
4. Sri Yekti Widadi, M.Kep selaku Ketua Prodi Profesi Ners Institut Karsa Husada Garut.
5. Bapak Eldessa Vava Rila, M.Kep selaku pembimbing yang telah banyak meluangkan waktu untuk membimbing, memberi motivasi, arahan dan membagi ilmu yang luar biasa kepada penulis.
6. Seluruh staff dosen dan karyawan Institut Karsa Husada Garut.
7. Teristimewa untuk kedua orangtua saya, Ayahanda Doni dan Ibunda Deti yang telah memberikan kasih sayang, perhatian, dan dukungan moril maupun materil tanpa henti bagi penulis serta menguatkan penulis dalam doa-doanya.
8. Saudara saya kepada adik tercinta, terima kasih untuk doa, perhatian serta dukungan yang tidak pernah terhenti untuk kaka ini.

9. Teman-teman seperjuangan di Profesi Ners angkatan 2025, khususnya kelas A, terima kasih atas pertemanan, motivasi, dan juga dukungan selama 1 tahun hingga sampai di titik ini.
10. *Last but not least*, saya ucapkan terimakasih kepada diri saya sendiri Mochamad Hazel Kadhafi. Terima kasih untuk setiap rasa semangat walaupun rasanya berat. Terimakasih untuk tidak pernah menyerah. Ingat bahwa ada harapan keluarga yang harus kamu capai, umur orang tua yang harus kamu kejar, sebagai anak laki-laki pertama kamu sudah cukup kuat untuk berada di titik ini. Tetap semangat untuk setiap langkah selanjutnya yang belum terlewati. “Bukan tentang siapa yang selesai paling awal, tetapi tentang siapa yang tidak berhenti ditengah jalan untuk mencapai tujuannya.”

Semoga Allah SWT senantiasa memberkahi serta membalas atas semua kebaikan yang telah diberikan. Penulis menyadari dalam pembuatan Karya Ilmiah Akhir Ners ini masih jauh dari sempurna. Hal ini tidak terlepas dari keterbatasan, pengalaman, serta pengetahuan yang penulis miliki. Namun meskipun demikian, penulis mengharapkan penelitian ini dapat bermanfaat bagi semua pihak.

Garut, Juli 2026

Mochamad Hazel Kadhafi

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.F DENGAN	1
STROKE ISKEMIK DAN INTERVENSI <i>RANGE OF MOTION</i> (ROM) DI	
RSUD WLAS ASIH PROVINSI JAWA BARAT	1
LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	i
LEMBAR PERNYATAAN	ii
ABSTRAK	iii
<i>ABSTRACT</i>	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	5
1.3. Tujuan	5
1.3.1. Tujuan Umum	5
1.3.2. Tujuan Khusus	5
1.4. Manfaat Studi Kasus	6
1.4.1 Bagi Mahasiswa	6
1.4.2 Bagi Institusi Kesehatan	6
1.4.3 Bagi Pelayanan Kesehatan	7
1.4.4 Bagi Pasien dan Keluarga	7
1.4.5 Bagi Ilmu Pengetahuan	7
1.5. Sistematika Penulisan	7
BAB II	9
TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Konsep Teori Stroke	9
2.1.1 Definisi Stroke	9
2.1.2 Klasifikasi	10
2.1.3 Etiologi	12
2.1.4 Patofisiologi	17
2.1.5 Pathway	19
2.1.6 Manifestasi Klinis	20

2.1.7	Pemeriksaan Penunjang	21
2.1.8	Penatalaksanaan.....	23
2.1.9	Komplikasi	27
2.2	Konsep Asuhan keperawatan.....	29
2.2.1	Pengkajian	29
2.2.2	Diagnosis Keperawatan	43
2.2.3	Luaran dan Intervensi keperawatan	47
2.2.4	Implementasi Keperawatan	60
2.2.5	Evaluasi Keperawatan.....	60
2.3	Konsep <i>Evidence Base Practice</i>	62
2.3.1	Pengertian <i>Evidence Base Practice</i> (EBP)	62
2.3.2	Tujuan <i>Evidence Base Practice</i> (EBP)	62
2.3.3	Langkah Dalam pembuatan EBP.....	62
BAB III		70
TINJAUAN KASUS		70
3.1.	Tinjauan Kasus	70
3.1.1	Pengkajian	70
3.1.2	Diagnosis Keperawatan	86
3.1.3	Intervensi Keperawatan	89
3.1.4	Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	92
3.1.5	Catatan Perkembangan.....	99
3.2.	Pembahasan	105
3.2.1	Analisis Pembahasan Tahap Proses Keperawatan.....	105
3.2.2	Pembahasan <i>Evidence Base Practice</i> (EBP).....	121
BAB IV		125
KESIMPULAN DAN SARAN		125
4.1.	Kesimpulan.....	125
4.2.	Saran.....	126
4.2.1.	Rumah Sakit	126
4.2.2.	Instansi Perguruan Tinggi	126
4.2.3.	Mahasiswa.....	127
DAFTAR PUSTAKA		128

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 SOP <i>Range Of Motion</i> (ROM)	25
Tabel 2.2 <i>Glow Coma Scale</i> (GCS)	32
Tabel 2.3 Reflek Patologis.....	36
Tabel 2.4 Tingkat fungsi otot.....	38
Tabel 2.5 Diagnosis Keperawatan.....	43
Tabel 2.6 Intervensi Keperawatan.....	47
Tabel 2.7 <i>Evidence Based Practice</i> (EBP).....	64
Tabel 3.1 Pola Aktivitas Sehari hari dan Pola Eliminasi.....	73
Tabel 3.2 Pola Istirahat dan Tidur	74
Tabel 3.3 Pola Aktivitas Sehari hari.....	74
Tabel 3.4 Hasil Pemeriksaan Skala Jatuh.....	75
Tabel 3.5 Pemeriksaan Laboratorium	82
Tabel 3.6 Terapi Obat Yang Diberikan	84
Tabel 3.7 Analisa Data	84
Tabel 3.8 Intervensi Keperawatan.....	89
Tabel 3.9 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	92
Tabel 3.10 Catatan Perkembangan.....	99

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Stroke atau *cerebrovascular deases* merupakan suatu penyakit yang disebabkan oleh adanya gangguan suplai darah ke otak (iskemik) atau pecahnya pembuluh darah otak (hemoragik) yang tanda-tanda klinisnya berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal atau global yang berlangsung selama 24 jam atau lebih. Tersumbatnya suplai aliran darah ke otak akan menyebabkan terjadinya kerusakan pada jaringan otak. Jika hal tersebut tidak ditangani dengan cepat maka akan menyebabkan kematian (*World Health Organization, 2021*).

Stroke merupakan keadaan darurat medis kritis yang ditandai dengan timbulnya defisit neurologis fokal secara tiba-tiba di dalam wilayah vaskular yang berasal dari patologi serebrovaskular yang mendasarinya. Stroke dapat diakibatkan adanya obstruksi aliran darah otak yang diakibatkan pembentukan thrombus di arteri cerebrum atau embolis yang mengalir ke otak (lindsay, dkk., 2025).

Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia tahun 2022 tercatat jumlah kasus stroke di Indonesia cukup tinggi yaitu 1.789.261 penduduk Indonesia mengalami atau menderita stroke. Prevalensi penyakit stroke di Jawa Barat mencapai 11,4% atau sekitar 131.846 penduduk Jawa Barat yang mengalami stroke (Riskesdas, 2021).

Secara terperinci menurut kelompok umur angka kejadian stroke paling banyak terjadi pada kelompok umur di atas 75 tahun yaitu sebesar 50,2 dari 1000 penduduk, disusul kelompok umur 65-74 tahun sebesar 45,3, dan kelompok umur

55-64 tahun sebesar 32,4, sementara prevalensi paling rendah pada kelompok umur 15-24 tahun yaitu 0,6 dari 1000 penduduk. Prevalensi pada lakilaki lebih tinggi dari pada wanita yaitu 11,0 dari 1000 penduduk, sedangkan wanita 10,9 dari 1000 penduduk (Riskesdas, 2021).

Stroke dapat dibagi menjadi stroke iskemik dan stroke hemoragik. Stroke iskemik didefinisikan sebagai episode disfungsi neurologis yang disebabkan oleh ISKEMIK serebral, sumsum tulang belakang, atau retina fokal dengan gejala yang bertahan selama lebih dari 24 jam, sedangkan serangan iskemik transien (TIA) didefinisikan sebagai “episode sementara” disfungsi neurologis yang disebabkan oleh iskemia otak, sumsum tulang belakang, atau retina fokal tanpa ISKEMIK akut (Parmar, 2021).

Tanda gejala yang dialami pasien stroke selalu bervariasi dan berbeda setiap orangnya tergantung bagian otak yang terganggu, biasanya terjadi kelumpuhan pada bagian wajah atau anggota gerak (tangan dan kaki) yang biasa disebut dengan hemiparesis yang timbul mendadak, gangguan sensibilitas pada satu atau lebih bagian anggota badan (gangguan hemisensorik), afasia (bicara tidak lancar, kesulitan memahami ucapan dan kurangnya ucapan), vertigo, nyeri kepala, mual dan muntah. Selain itu, pada pasien stroke iskemik sering ditemukan masalah gangguan mobilitas fisik yang perlu mendapatkan penanganan lebih lanjut (Gofir, 2021).

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan anggota gerak fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI PPNI, 2016). Hal tersebut

bisa menyebabkan kelumpuhan pada beberapa bagian, diantaranya wajah, tangan, kaki dan lidah.

Penatalaksanaan pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik adalah dengan gerakan *Range Of Motion* (ROM) yaitu kemampuan sendi untuk bergerak dalam lingkup normal atau batas maksimum yang dapat dicapai oleh sendi. ROM juga dapat diartikan sebagai latihan yang bertujuan untuk mempertahankan atau meningkatkan fleksibilitas dan mobilitas sendi, mencegah kekakuan, dan meningkatkan fungsi otot. Latihan Rom dapat merangsang neuron motoric (otak) dengan melepaskan transmitter (aseticolin) untuk merangsang sel dan mengaktifkan kalsium sehingga terjadi integrasi protein. Jika kalsium dan Troponin C diaktifkan, maka aktin dan myosin dipertahankan agar fungsi oto skeletal dapat dipertahankan sehingga terjadinya peningkatan kekuatan otot.

Hasil penelitian menunjukan bahwa masalah keperawatan yang paling banyak muncul pada pasien stroke non hemoragik (iskemik) yaitu gangguan mobilitas fisik dengan presentasi 80,8% (Hanum, et al., 2025). Keterbatasan pada anggota gerak yang terjadi pada pasien stroke akan menimbulkan kerusakan lebih lanjut yang terjadi pada otak, sebab kelemahan otot menandakan kurangnya suplai darah ke otak, maka perlu dilakukan gerakan ROM (Range Of Motion) sebagai upaya dalam peningkatan rentang gerak otot serta mobilitas pada pasien stroke (Faradisi, 2021)

ROM dapat dibagi menjadi dua, yaitu ROM pasif dan ROM aktif. ROM pasif adalah latihan yang dilakukan dengan bantuan perawat, indikasi latihan pasif yakni pasien semikoma atau tidak sadar, pasien tirah baring total dan pasien dengan

keterbatasan mobilisasi, tidak mampu melakukan aktivitas gerak secara mandiri. ROM aktif merupakan latihan yang dilakukan oleh pasien dengan bimbingan dan motivasi yang diberikan oleh perawat (Wahyuningsih, 2022).

Peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan salah satunya sebagai *fasilitator* dalam mewujudkan kehidupan sehat sesuai dengan perannya, juga sebagai *educator* dalam bentuk pendidikan kesehatan seperti perawatan pasca stroke serta anjuran-anjuran pada keluarga sebagai upaya membantu proses penyembuhan dan mencegah agar stroke tidak kembali terulang (Praditya, 2023). Latihan ROM yang diberikan oleh perawat sebagai *care giver* atau pemberi asuhan keperawatan sebagai upaya yang dilakukan untuk mencegah kelumpuhan otot yang terjadi pada pasien stroke.

Hasil penelitian (Robin,dkk., 2024) yang berjudul Efektivitas *Range Of Motion* (ROM) Aktif Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Iskemik didapatkan hasil analisa data menggunakan uji Wilcoxon didapat nilai pvalue 0,004 atau $< 0,05$ dengan nilai z tabel 2,887 dimana menunjukkan ada pengaruh latihan range of motion terhadap kekuatan otot eksteremitas atas dan bawah pasien stroke.

Berikutnya penelitian yang dilakukan oleh Anggraini, 2020 dengan judul Efektifitas Latihan Range Of Motion Pada Pasien Stroke Di Rumah Sakit Siti Hajar menunjukkan hasil terjadi peningkatan nilai rata-rata kekuatan otot hari pertama dan hari ke 7 sebesar 0,45 Hasil uji statistic kekuatani otot menunjukkan hasil uji pvalue= 0,001. Hal ini berarti bahwa rangeof motion aktif memiliki pengaruh terhadap kekuatan otot responden dimana terdapat perbedaan yang signifikan antara nilai kekuatan otot hari pertama dengan hari ke 28.

Berdasarkan fenomena tersebut, penulis tertarik untuk menerapkan terapi *Range Of Motion* (ROM) sebagai salah satu intervensi untuk meningkatkan kekuatan otot dan kemampuan aktivitas, serta mencegah dan mengurangi komplikasi sekunder pada pasien stroke di ruangan Ustman Bin Affan RSUD Welas Asih Provinsi Jawa Barat.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah Asuhan Keperawatan Pada Tn. F dengan Stroke Iskemik dengan melakukan intervensi dukungan mobilisasi ROM (*Range Of Motion*) di ruangan Ustman Bin Affan RSUD Welas Asih Provinsi Jawa Barat.

1.3. Tujuan

1.3.1. Tujuan Umum

Karya Ilmiah Akhir ini bertujuan untuk melakukan analisis “Asuhan Keperawatan Pada Tn. F dengan Stroke Iskemik dengan melakukan intervensi dukungan mobilisasi ROM (*Range Of Motion*) di ruangan Ustman Bin Affan RSUD Welas Provinsi Jawa Barat”

1.3.2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian Asuhan Keperawatan Pada Tn. F dengan Stroke Iskemik di ruangan Ustman Bin Affan RSUD Welas Asih Provinsi Jawa Barat
- b. Penulis mampu menegakkan diagnosis Asuhan Keperawatan Pada Tn. F dengan Stroke Iskemik di ruangan Ustman Bin Affan RSUD Welas Asih Provinsi Jawa Barat

- c. Penulis mampu merumuskan intervensi Asuhan Keperawatan Pada Tn. F dengan Stroke Iskemik di ruangan Ustman Bin Affan RSUD Welas Asih Provinsi Jawa Barat
- d. Penulis mampu melakukan implementasi Asuhan Keperawatan Pada Tn. F dengan Stroke Iskemik di ruangan Ustman Bin Affan RSUD Welas Asih Provinsi Jawa Barat
- e. Penulis mampu melakukan evaluasi Asuhan Keperawatan Pada Tn. F dengan Stroke Iskemik di ruangan Ustman Bin Affan RSUD Welas Asih Provinsi Jawa Barat
- f. Penulis mampu menganalisa antara teori dan praktik keperawatan Stroke Iskemik pada Tn. F dengan *Evidence Base Practice* (EBP) dukungan mobilisasi *Range Of Motion* (ROM) di ruang Ustman Bin Affan RSUD Welas Asih Provinsi Jawa Barat
- g. Penulis mampu mendokumentasikan Asuhan Keperawatan Pada Tn. F dengan Stroke Iskemik di ruangan Ustman Bin Affan RSUD Welas Asih Provinsi Jawa Barat

1.4. Manfaat Studi Kasus

1.4.1 Bagi Mahasiswa

Karya Tulis Ilmiah Akhir ini untuk meningkatkan kemampuan mahasiswa dalam menerapkan asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien stroke

1.4.2 Bagi Institusi Kesehatan

Dapat menambah pembahasan dalam meningkatkan pengetahuan dan bahan ajar mengenai asuhan keperawatan dengan dukungan mobilisasi pada pasien stroke.

1.4.3 Bagi Pelayanan Kesehatan

Karya Tulis Ilmiah Akhir ini dapat dijadikan sebagai bahan masukan dan sebagai sumber informasi bagi perawat dalam meningkatkan pelayanan keperawatan khususnya pada pasien stroke.

1.4.4 Bagi Pasien dan Keluarga

Karya Tulis Ilmiah Akhir ini bisa sebagai informasi tambahan bagi keluarga dan pasien dalam mengatasi masalah mobilisasi dengan *Evidence Base* terbaru.

1.4.5 Bagi Ilmu Pengetahuan

Penelitian ini dapat memberikan sumbangan untuk pengembangan konsep keperawatan yang terkait dan sebagai dasar untuk penelitian lebih lanjut.

1.5. Sistematika Penulisan

- a. Bagian awal, membuat halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, kata pengantar dan daftar isi
- b. Bab I pendahuluan, berisi latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisa, manfaat penulisan dan sistematika penulisan
- c. Bab II tinjauan pustaka berisi konsep medis dan konsep dasar stroke, konsep mobilisasi dan konsep ROM
- d. Bab III tinjauan kasus berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, Diagnosis, perencanaan, evaluasi dan *evidence base practice* serta pembahasan antara teori dan kejadian lapangan.
- e. Bab IV berisi penutup, kesimpulan dan saran
- f. Bagian terakhir berisi daftar pustaka dan lampiran

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori Stroke

2.1.1 Definisi Stroke

Stroke adalah tanda-tanda klinis yang terjadi secara cepat atau mendadak berupa defisit fokal (atau global) pada fungsi otak, dengan gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih atau menyebabkan kematian, tanpa penyebab yang jelas selain penyebab vaskuler (WHO).

Stroke merupakan penyakit pembuluh darah otak. Stroke adalah suatu keadaan dimana ditemukan tanda-tanda klinis yang berkembang cepat berupa deficit neurologic fokal dan global, yang dapat memperberat dan berlangsung selama 24 jam atau lebih, serta dapat menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vascular. (Kemenkes, 2021).

Stroke adalah gangguan syaraf yang ditandai dengan penyumbatan pembuluh darah. Gumpalan terbentuk di otak dan mengganggu aliran darah, menyumbat arteri dan menyebabkan pembuluh darah pecah, menyebabkan pendarahan. Stroke disebut juga penyakit serebrovaskular (*cerebrovaskular accident*), adalah gangguan pada sistem saraf mendadak yang diakibatkan oleh terhentinya atau terhambatnya aliran darah melalui sistem suplai arteri otak. Stroke terbagi menjadi 3 klasifikasi yaitu stroke iskemik/*transient ischemic attack*, stroke hemoragik, dan *ischemic to hemorrhagic* (IHT) (Oktaria & Fazriesa, 2022).

Menurut Mutiasari (2020), stroke adalah gangguan fungsi otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda klinis fokal atau global yang berlangsung dari 24

jam dengan tanda-tanda perdarahan subarakhoid, pendarahan intraserebral, iskemik atau ISKEMIK serebri. Sedangkan menurut Harianti (2020) stroke atau sering disebut *Cerebro-Vascular Accident* (CVA) merupakan penyakit atau gangguan fungsi saraf yang terjadi secara mendadak disebabkan oleh terganggunya aliran darah dalam otak.

2.1.2 Klasifikasi

Stroke dibagi menjadi 2, yaitu stroke hemoragik dan stroke non hemoragik. Diperkirakan stroke non hemoragik (iskemik) mencapai 85% dari jumlah stroke yang terjadi (Handayani & Dominica, 2022).

a. Stroke Iskemik

Stroke iskemik (non hemoragik) terjadi bila pembuluh darah yang memasok darah ke otak tersumbat. Jenis stroke ini yang paling umum (hampir 90% stroke adalah iskemik). Kondisi yang mendasari stroke iskemik adalah penumpukan lemak yang melapisi dinding pembuluh darah (disebut aterosklerosis). Kolesterol, homocysteine dan zat lainnya dapat melekat pada dinding arteri, membentuk zat lengket yang disebut plak. Seiring waktu, plak menumpuk. Hal ini sering membuat darah sulit mengalir dengan baik dan menyebabkan bekuan darah (trombus) Gejala stroke iskemik ini dapat bervariasi pada seseorang yang mengalaminya, tergantung pada lokasi arteri di bagian otak yang terpengaruh.

b. Stroke hemoragik

Stroke hemoragik disebabkan oleh kebocoran atau pecahnya pembuluh darah di dalam atau di sekitar otak, menghalangi suplai darah ke jaringan otak

yang dituju. Selain itu, darah mengalir masuk dan menekan jaringan otak di sekitarnya, mengganggu atau mematikan fungsinya.

1) Perdarahan intra serebral (PIS)

Pendarahan otak disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah. Otak membuat darah mengalir keluar dari pembuluh darah, dan kemudian menjadi jaringan otak (Junaidi, 2021). Penyebab ICH biasanya Dinding yang rusak akibat tekanan darah tinggi yang berkepanjangan pembuluh darah, salah satunya adalah terjadinya mikroaneurisma. Pemicu lainnya adalah stres fisik, emosi, tekanan darah tinggi Pembuluh darah pecah tiba-tiba. sekitar 60-70% ICH disebabkan oleh tekanan darah tinggi. Alasan lain adalah deformitas Pembuluh darah kongenital, koagulopati. Faktanya, 70% kasus mengakibatkan fatal, terutama jika perdarahannya banyak (besar) (Rahmadhani, Diana, Lestari, & Riesmiyatiningdyah, 2020).

2) Perdarahan ekstra serebral / perdarahan sub arachnoid (PSA)

Perdarahan subarachnoid adalah keluarnya darah ke dalam ruang subarachnoid Dari situs lain (perdarahan subarachnoid sekunder) dan sumber lain perdarahan subarachnoid ruang subarachnoid primer) (Rahmadhani et al., 2020). Penyebab paling umum PSA primer adalah ruptur aneurisma (51-75%) dan sekitar 90%. Aneurisma yang menyebabkan PSA berupa aneurisma sakular kongenital, hemangioma (6-20%), koagulopati (iatronik/antikoagulan), abnormal Hematologi (misalnya, trombositopenia, leukemia, anemia aplastik), tumor, infeksi (misalnya, vaskulitis, sifilis, ensefalitis, herpes simpleks, mikosis, tuberkulosis), idiopatik atau tidak

diketahui (25%), dan trauma kepala (Junaidi, 2021). Sebagian besar kasus PSA terjadi tanpa penyebab eksternal, tetapi Sepertiga kasus terkait dengan stres mental dan fisik. aktivitas fisik menonjol, misalnya: angkat beban, membungkuk, batuk atau bersin Terlalu keras, tegang, dan melakukan hubungan seksual (intercourse).

2.1.3 Etiologi

Faktor penyebab stroke ada dua yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Adapun penyebab stroke menurut (Anwairi, 2020) yaitu:

a. Faktor Predisposisi

- 1) Trombosis (bekuan darah didalam pembuluh darah otak atau otak)
- 2) Embolisme serebral (bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain)
- 3) Iskemia (penurunan aliran darah ke area otak)
- 4) Hemoragi serebral (pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak) (Anwairi, 2020).

b. Faktor Presipitasi :

- 1) Hipertensi

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. Secara medis, tekanan darah di atas 140/90 tergolong dalam penyakit hipertensi. Oleh karena

dampak hipertensi pada keseluruhan risiko stroke menurun seiring dengan pertambahan umur, pada orang lanjut usia, faktor-faktor lain di luar hipertensi berperan lebih besar terhadap risiko stroke.

2) Kolestrol tinggi

Kenaikan kadar kolesterol/lemak darah merupakan faktor resiko penting terjadinya aterosklerosis yang diikuti penurunan elastisitas pembuluh darah. Penelitian menunjukkan angka resiko kolesterol tinggi di angka 240 mg/dL. Setiap angka kenaikan 38,7 mg/dL maka 25% angka kejadian stroke meningkat. Kenaikan HDL 1 mMol (38,7%) menurunkan 47% kejadian stroke, begitupun kenaikan trigeliserida menaikkan jumlah terjadinya stroke (Yulianti, 2020).

3) Obesitas

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, 2021).

4) Diabetes mellitus

Pada penderita DM, khususnya *Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (NIDDM) terdapat faktor risiko multiple stroke. Lesi arteriosklerosis pembuluh darah otak baik intra maupun ekstra kranial merupakan penyebab utama stroke. Arteriosklerosis pada pembuluh darah jantung akan mengakibatkan kelainan jantung, yang selanjutnya dapat menimbulkan stroke

dengan emboli yang berasal dari jantung atau akibat kelainan hemodinamik. Pada arteriosklerosis pembuluh darah otak yang besar, perkembangannya mengikuti peningkatan tekanan darah, tetapi pada pembuluh darah kecil, misal dinding pembuluh darah penetrans, suatu end-arteries berdiameter kecil menebal karena proses jangka panjang dari deposit hialin, produk lipid amorphous dan fibrin. amorphous, dan fibrin.

Suatu mikroaneurisma dapat terjadi pada daerah yang mengalami arteriosklerosis tersebut dan selanjutnya dapat mengakibatkan perdarahan yang sulit dibedakan dengan lesi iskemik primer tanpa menggunakan suatu pemeriksaan imaging (Misbach, 2023). Penderita diabetes cenderung menderita arteriosklerosis dan meningkatkan terjadinya hipertensi, kegemukan dan kenaikan lemak darah. Kombinasi hipertensi dan diabetes sangat menaikkan komplikasi.

5) Konsumsi Alkohol

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. Gaya hidup yang buruk, seperti: merokok, mengkonsumsi alkohol, mengkonsumsi obat-obatan terlarang, aktivitas yang kurang, kurangnya berolahraga, faktor makanan yang mengandung kolesterol tinggi (Jannah & Djannah, 2021).

6) Aktivitas 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, 2021).

7) Merokok

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 subarakhnoid 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.

c. Faktor Resiko

1) Usia

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.

2) Jenis Kelamin

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.

3) Keturunan (Jannah & Djannah, 2021)

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.

2.1.4 Patofisiologi

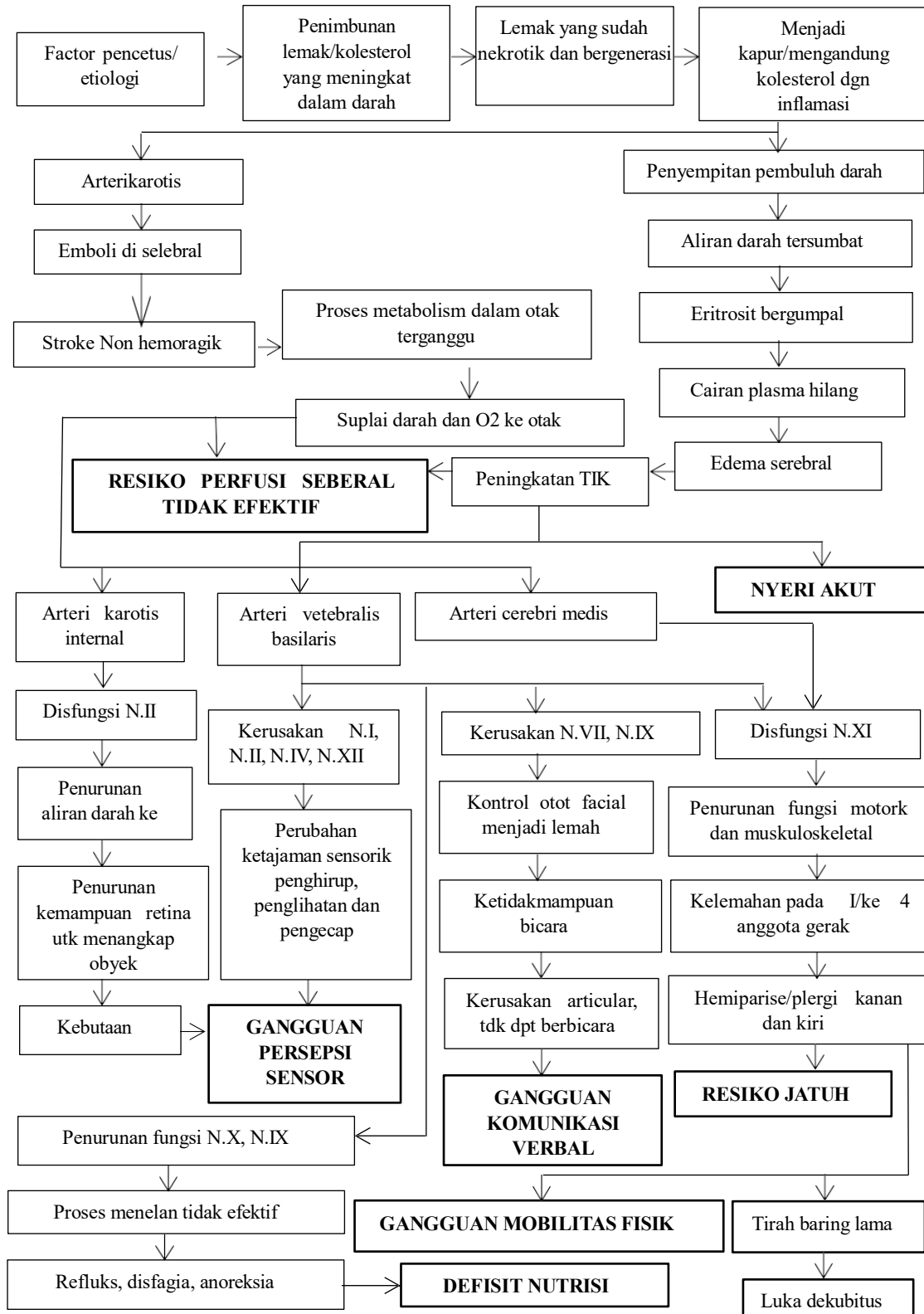
Stroke non hemoragik disebabkan oleh trombosis akibat plak aterosklerosis yang memberi vaskularisasi pada otak atau oleh emboli dari pembuluh darah diluar otak yang tersangkut di arteri otak. Saat terbentuknya plak fibrosis (ateroma) dilokasi yang terbatas seperti di melekat pada tempat percabangan arteri. Trombosit selanjutnya melekat pada permukaan plak bersama dengan fibrin, perlekatan trombosit secara perlahan akan memperbesar ukuran plak sehingga terbentuk trombus.

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).

Iskemik serebri sangat erat hubungannya dengan aterosklerosis dan arteriosklerosis. Arterosklerosis sering/cenderung sebagai faktor penting terhadap otak. Trombus 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 trombosis 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.

2.1.5 Pathway



Sumber : Nurarif 2016, dengan menggunakan SDKI PPNI 2017

2.1.6 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 (konvulsi, 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 (trunkal atau anggota badan).
- h. Vertigo, mual dan muntah, atau nyeri kepala.

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Fabiana Meijon, 2022), pemeriksaan penunjang pada stroke non hemoragik adalah :

a. Angiografi Serebral

Membantu mengidentifikasi penyebab terjadinya stroke secara spesifik seperti perdarahan arteriovena atau adanya ruptur serta untuk mencari sumber perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskular. Angiografi otak adalah penyuntikan suatu bahan yang tampak dalam citra sinar-X kedalam arteri-arteri otak. Pemotretan dengan sinar-X kemudian dapat memperlihatkan pembuluh-pembuluh darah di kepala dan leher. Angiografi otak menghasilkan gambar paling akurat mengenai arteri dan vena dan digunakan untuk mencari penyempitan atau perubahan patologis lain, misalnya aneurisma. Namun, tindakan ini memiliki resiko kematian pada satu dari setiap 200 orang yang diperiksa

b. Lumbal Pungsi

Peningkatan tekanan yang meningkat dan bercak darah terkait pada laju pernapasan di daerah lumbal menunjukkan adanya hemoragi pada sub araknoid atau perdarahan pada intrakranial. Peningkatan jumlah protein menunjukkan adanya proses inflamasi. Hasil pemeriksaan likuor merah biasanya didapatkan perdarahan yang masif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (xantokrom) pada hari pertama.

Lumbal pungsi adalah tindakan memasukkan jarum pungsi ke dalam ruang sub arachnoid meninges medula spinalis pada daerah cauda equina melalui

daerah segmen lumbalis columna vertebralis dengan teknik yang ketat dan aseptik. Posisi pasien yaitu posisi tidur miring dengan fleksi maksimal dari lutut, paha, dan kepala semua mengarah ke perut, kepala dapat diberi bantal tipis. Hasil dari pemeriksaan lumbar pungsi yaitu tekanan yang meningkat dan disertai bercak darah pada cairan lumbar menunjukkan adanya hemoragi pada subaraknoid atau perdarahan pada intracranial.

c. CT Scan

Pemeriksaan CT Scan ini memperlihatkan secara spesifik lokasi pembengkakan, hematoma, jaringan otak yang ISKEMIK atau iskemia, dan posisinya secara pasti. Hasil pemeriksaan ini menunjukkan hiperdens fokal, kadang pepadatan terlihat di ventrikel atau menyebar ke permukaan otak. CT sangat handal mendeteksi perdarahan intrakranium, tetapi kurang peka untuk mendeteksi stroke iskemik ringan, terutama pada tahap paling awal. CT dapat memberi hasil negatif - semu (yaitu, tidak memperlihatkan adanya kerusakan) hingga separuh dari semua kasus stroke iskemik.

d. MRI

Magnetic Resonance Imaging (MRI) menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan lokasi dan luasnya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya menunjukkan area yang mengalami lesi dan ISKEMIK akibat hemoragik. Pemindaian dengan MRI biasanya berlangsung sekitar 30 menit. Alat ini tidak dapat digunakan jika terdapat alat pacu jantung atau alat logam lainnya di dalam tubuh. Pemeriksaan MRI aman, tidak invasif, dan tidak menimbulkan nyeri. MRI lebih sensitif dibandingkan CT dalam mendeteksi

stroke iskemik, bahkan pada stadium dini. Alat ini kurang peka dibandingkan CT dalam mendeteksi perdarahan intrakranium ringan.

e. EEG

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat permasalahan yang muncul dan pengaruh jaringan yang mengalami ISKEMIK impuls listrik dalam jaringan otak yang berkurang. Electroencephalography (EEG) atau pemeriksaan electroencephalography adalah alat yang berfungsi untuk mempelajari gambar dari rekaman aktivitas listrik di otak, termasuk teknik perekaman.

EEG dan interpretasinya. tes ini tidak menimbulkan ketidaknyamanan pada seseorang yang diperiksa serta tidak berisiko untuk menimbulkan sengatan listrik meskipun menggunakan elektroda.

f. Pemeriksaan Laboratorium (Lanjutan)

- 1) Kadar protein total meninggal pada kasus thrombosis sehubungan dengan proses inflamasi.
- 2) Pemeriksaan darah rutin.
- 3) Pemeriksaan kimia darah: pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah mencapai 250 mg dalam serum dan kemudian berangsur-angsur turun kembali.

2.1.8 Penatalaksanaan

Menurut penelitian (Setyopranoto, 2020) penatalaksanaan pada pasien stroke non hemoragik adalah sebagai berikut:

a. Penatalaksanaan umum

- 1) Pada fase akut

- a) Letakkan kepala pasien pada posisi 30°, kepala dan dada pada satu bidang; ubah posisi tidur setiap 2 jam; mobilisasi dimulai bertahap bila hemodinamik sudah stabil.
- b) Bebaskan jalan nafas, beri oksigen 1-2 liter/menit sampai didapatkan hasil analisa gas darah. Jika perlu, dilakukan intubasi.
- c) Demam diatasi dengan kompres dan antipiretik, kemudian dicari penyebabnya; jika kandung kemih penuh, dikosongkan (sebaiknya dengan kateter intermiten).
- d) Pemberian nutrisi dengan cairan isotonic, stroke berisiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah. Kristaloid atau koloid 1500-2000 ml dan elektrolit sesuai kebutuhan, hindari cairan mengandung glukosa atau salin isotonic. Pemberian nutrisi melalui oral hanya dilakukan jika fungsi menelan baik, dianjurkan menggunakan nasogastric tube.
- e) Pantau juga kadar gula darah >150 mg% harus dikoreksi sampai batas gula darah sewaktu 150 mg% dengan insulin drip intravena kontinu selama 2-3 hari pertama.
- f) Tekanan darah tidak perlu segera diturunkan, kecuali bila tekanan sistol >220 mmHg, diastole >120 mmHg, Mean Arteri Blood Pressure (MAP) >130 mmHg (pada 2 kali pengukuran dengan selang waktu 30 menit), atau didapatkan ISKEMIK miokard akut, gagal jantung kongestif serta gagal ginjal.

g) Penurunan tekanan darah maksimal adalah 20% dan obat yang direkomendasikan yaitu natrium nitroprusid, penyekat reseptor alfabet, penyekat ACE, atau antagonis kalsium.

2) Fase rehabilitasi

Pertahankan nutrisi yang adekuat, program manajemen Bladder dan bowel, mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi *range of motion* (ROM), pertahankan integritas kulit, pertahankan komunikasi yang efektif, pemenuhan kebutuhan sehari-hari, persiapan pasien pulang. ROM tersebut dilakukan apabila pasien tidak sedang dalam keadaan tekanan darah tinggi, karena beresiko memicu komplikasi serius, seperti serangan jantung atau stroke (Bella, 2021).

Tabel 2.1
SOP *Range Of Motion* (ROM)

STANDART OPERASIONAL PROSEDUR	SOP <i>RANGE OF MOTION</i> (ROM)
Pengertian	Latihan gerak aktif-pasif atau <i>range of motion</i> (ROM) adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap
Tujuan	1. Untuk mengurangi kekakuan pada sendi dan kelemahan pada otot yang dapat dilakukan secara aktif maupun pasif tergantung dengan keadaan pasien. 2. Meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot
Indikasi	1. Pasien yang mengalami hambatan mobilitas fisik 2. Pasien yang mengalami keterbatasan rentang gerak

Prosedur Kerja	Tahap Kerja Gerakan ROM 1. Leher Tekuk kepala kebawah dan keatas lalu menoleh kesamping kanan dan kiri 2. Lengan/pundak Angkat tangan ke atas lalu kembali ke bawah, setelah itu ke samping dan ke bawah lagi 3. Siku Dengan menekuk lengan, gerakan lengan ke atas dan kebawah. 4. Pergelangan tangan Tekuk pergelangan tangan kedalam dan keluar lalu samping
----------------	--

- 3) Pembedahan dilakukan jika perdarahan serebrum diameter lebih dari 3 cm atau volume lebih dari 50 ml untuk dekompresi atau pemasangan pintasan ventrikulo peritoneal bila ada hidrosefalus obstruksi akut.

b. Penatalaksanaan medis Terapi Farmakologis

Beberapa terapi secara farmakologis untuk stroke non hemoragik menurut (Pamungkas & Dewi, 2020):

1) Aspirin

Aspirin dapat mencegah berulangnya stroke pada pasien stroke iskemik.

Untuk mendapatkan khasiat yang maksimal, diberikan aspirin dosis tinggi sebesar 1000-1300 mg perhari, untuk dosis rendah sebesar 40-300 mg perhari, kurang berkhasiat untuk mencegah kambuhnya stroke.

2) Tiklodipin

Tiklodipin bekerja mencegah stroke kambuh pada pasien pasca stroke.

Obat ini memiliki efek samping yang berpengaruh pada lambung dan

terjadinya diare. Penderita stroke yang diberikan tiklodipin harus dipantau secara teratur dengan menghitung sel darah putih.

3) Antikoagulan

Obat antikoagulan yang sering diberikan pada pasien stroke yaitu jenis heparin dan coumarin. Efek samping yang timbul yaitu perdarahan dan berkurangnya jumlah keeping darah yang cenderung membentuk bekuan darah.

4) Trombolitik

Terapi dengan obat trombolitik untuk stroke iskemik merupakan terapi yang berbahaya jika tidak dilakukan dengan seksama. Hasil yang paling ditunjukkan jika pengobatan dilakukan dalam waktu 90 menit setelah terjadi serangan stroke disertai observasi ketat.

2.1.9 Komplikasi

Menurut Pudiastuti (2022) pada pasien stroke yang berbaring lama dapat terjadi masalah fisik dan emosional diantaranya:

1) Bekuan darah (Trombosis)

Setelah mengalami stroke, Anda mungkin butuh beristirahat total dengan bed rest. Jika Anda terlalu lama berbaring atau tidak dapat bergerak dalam waktu lama, Anda berisiko mengalami pembekuan darah. Bekuan darah ini 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 dirawat dengan baik maka akan terjadi ulkus dekubitus dan infeksi. Pada pasien stroke non hemoragik yang mengalami tirah baring sangat berisiko terjadinya ulkus dekubitus sehingga sangat diperhatikan kondisi kulit pasien.

3) Pneumonia

Pasien stroke tidak bisa batuk dan menelan dengan sempurna, hal ini menyebabkan cairan terkumpul di paru-paru dan selanjutnya menimbulkan pneumoni. Pneumonia disebabkan oleh kerusakan saraf pada otot-otot yang berfungsi untuk menelan. Akibatnya makanan dan minuman yang dikonsumsi berisiko masuk ke dalam saluran pernapasan.

4) Atrofi dan kekakuan sendi (Kontraktur)

Hal ini disebabkan karena kurang gerak dan immobilisasi. Kelemahan pada satu sisi anggota tubuh penderita stroke biasa disebut hemiparese mengakibatkan penurunan tonus otot sehingga tidak mampu menggerakkan tubuhnya (imobilisasi). Imobilisasi yang tidak diberikan penanganan dalam waktu yang lama akan menimbulkan komplikasi, salah satunya adalah kontraktur. Kontraktur adalah hilangnya atau menurunnya rentang gerak sendi, hal menyebabkan terjadinya gangguan fungsional, gangguan mobilisasi dan gangguan aktivitas kehidupan sehari-hari.

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. Setelah mengalami stroke seseorang kemungkinan mengalami kehilangan sebagian fungsi tubuhnya sehingga hal tersebut menjadi faktor yang dapat membuat perasaan sedih, tidak berdaya, dan kekurangan energi yang dapat berujung pada depresi.

2.2 Konsep Asuhan keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahapan utama dari sebuah proses keperawatan dan juga merupakan proses sistematis yang dilakukan untuk mengumpulkan data dari berbagai sumber, yang digunakan untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan seorang pasien.

a. Identitas Pasien

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

b. Keluhan utama

Keluhan utama biasanya menjadi alasan pasien untuk meminta pertolongan kesehatan. Biasanya keluhannya yaitu kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan tingkat kesadaran.

c. Riwayat penyakit sekarang

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

d. Riwayat penyakit dahulu

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

e. Riwayat penyakit keluarga

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

f. Pengkajian psiko-sosio-spiritual

Pengkajian psikologis pasien stroke meliputi status emosi, kognitif, dan perilaku klien. Pengkajian ini juga penting untuk menilai respons emosi pasien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran pasien dalam keluarga dan masyarakat serta respons atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya, baik dalam keluarga ataupun dalam masyarakat.

g. Pemeriksaan Fisik

1) Pemeriksaan kesadaran

Biasanya pada pasien stroke mengalami penurunan kesadaran dengan GCS <12 pada awal terserang stroke. Sedangkan pada saat pemulihan biasanya memiliki tingkat composmentis.

Macam-macam tingkat kesadaran terbagi atas:

- a) Compos Mentis : kondisi seseorang yang sadar sepenuhnya, baik terhadap dirinya maupun terhadap lingkungannya dan dapat menjawab pertanyaan yang dinyatakan pemeriksa dengan baik.
- b) Apatis : yaitu kondisi seseorang yang tampak segan dan acuh tak acuh terhadap lingkungannya.
- c) Delirium : yaitu kondisi seseorang yang mengalami kekacauan gerakan, siklus tidur bangun yang terganggu dan tampak gaduh gelisah, kacau, disorientasi serta meronta – ronta.
- d) Somnolen : yaitu kondisi seseorang yang mengantuk namun masih dapat sadar bila dirangsang, tetapi bila rangsang berhenti akan tertidur kembali.

- e) Sopor : yaitu kondisi seseorang yang mengantuk yang dalam, namun masih dapat dibangunkan dengan rangsang \nyeri, tetapi tidak terbangun sempurna dan tidak dapat menjawab pertanyaan dengan baik.
- f) Semi – Coma : yaitu penurunan kesadaran yang tidak memberikan respons terhadap pertanyaan, respons terhadap rangsang nyeri hanya sedikit, tetapi refleks kornea dan pupil masih baik.
- g) Coma : yaitu penurunan kesadaran yang sangat dalam, memberikan respons terhadap pernyataan, tidak ada gerakan, dan tidak ada respons terhadap rangsang nyeri

Tabel 2. 2
Glow Coma Scale (GCS)

Respon Membuka Mata	Nilai
Spontan	4
Dapat membuka mata dengan rangsangan suara	3
Dapat membuka mata dengan rangsangan nyeri	2
Tidak ada respon	1
Respon Motorik	Nilai
Mengikuti perintah	6
Melokalisir nyeri (menjangkau & menjauhkan saat diberi rangsang nyeri)	5
Menghindar saat di rangsang nyeri	4
Fleksi abnormal	3
Ekstensi abnormal	2
Tidak ada respon	1
Respon Verbal	Nilai
Orientasi baik	5
Percakapan yang membingungkan, disorientasi tempat dan waktu	4
Kata - kata tidak jelas / tidak sesuai	3
Mengeluarkan suara tanpa arti (mengerang)	2
Tidak ada respon	1

Sumber : Institute Ilmu Saraf NHS Greater Glasgow dan Clyde (2015)

2) Tanda-tanda vital

a) Tekanan darah

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

b) Nadi

Nadi biasanya di atas normal yaitu lebih dari 100x/menit

c) Pernafasan

Biasanya pasien stroke non hemoragik mengalami kelemahan otot pernapasan sehingga frekuensi napas diatas 28x/menit dan pasien stroke non hemoragik yang mengalami penurunan kesadaran maka terjadi peningkatan produksi sekret yang berlebih yang dapat menghambat aliran udara dari hidung ke paru-paru. Biasanya pasien stroke memiliki bunyi napas ronkhi atau wheezing.

d) Suhu

Biasanya tidak ada masalah pada suhu pasien dengan stroke non hemoragik.

3) Pemeriksaan kepala dan leher

a) Rambut

Biasanya tidak ditemukan masalah pada rambut pasien dengan stroke non hemoragik.

b) Mata

Pada pasien stroke non hemoragik biasanya konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, kelopak mata tidak oedema.

c) Hidung

Pada pasien stroke biasanya hidung simetris kiri dan kanan, terpasang oksigen, tidak ada pernapasan cuping hidung.

d) Mulut dan gigi

Pada pasien stroke yang mengalami penurunan kesadaran biasanya akan mengalami masalah bau mulut, gigi kotor, mukosa bibir pucat.

e) Telinga

Pada pasien stroke biasanya daun telinga sejajar kiri dan kanan, tidak tampak tanda infeksi. Ketajaman pendengaran pada pasien stroke pada umumnya mengalami penurunan.

f) Leher

Tidak ditemukan pembengkakan, tidak teraba pembesaran kelenjaran tyroid.

4) Pemeriksaan dada/Thorax: Sistem Pernapasan Bentuk dada normal, tidak ada pembengkakan.

Pada pemeriksaan inspeksi ditemukan biasanya simetris kiri dan kanan, tampak adanya retraksi otot bantu pernapasan, pada pemeriksaam palpasi biasanya fremitus sama antara kiri dan kanan, tidak terdapat nyeri, pada pemeriksaan Perkusi biasanya bunyi normal sonor dan pada pemeriksaan Auskultasi biasanya suara normal vesikular

5) Pemeriksaan jantung

Pada pemeriksaan Inspeksi biasanya ictus cordis tidak terlihat, gerakan dada simetris, pada pemeriksaan Palpasi biasanya ictus cordis teraba dan tidak terdapat nyeri tekan, pada pemeriksaan Perkusi: biasanya batas jantung sonor, pada pemeriksaan Auskultasi: biasanya suara jantung vesikuler.

6) Pemeriksaan abdomen

Pada pemeriksaan Inspeksi pada umumnya berbentuk simetris dan tidak tampak adanya pembengkakang, pada pemeriksaan Palpasi biasanya tidak ada pembesaran hepar dan tidak ada nyeri tekan, pada pemeriksaan Perkusi biasanya terdapat suara timpani dan pada pemeriksaan Auskultasi biasanya bising usus pasien terdengar

7) Ekstremitas

a) Pada pemeriksaan reflek

1. Reflek Fisiologis

Pada pemeriksaan siku, biasanya saat siku diketuk tidak ada respon apa-apa dari siku, tidak fleksi maupun ekstensi (reflek bisep (-)) dan pada pemeriksaan trisep respon tidak ada fleksi dan supinasi (reflek trisep)

2. Reflek Patologis

Tabel 2.3
Reflek Patologis

Reflek Patologis	Cara Pemeriksaan	Interpretasi
Reflek Hoffman	1. Meminta klien berbaring telentang atau duduk dengan rileks. 2. Pegang tangan klien pada pergelangan dan jari-jarinya, mintalah klien untuk melakukan fleksi atau mengentengkan/rileks. 3. Selanjutnya, jepit jari tengah klien diantara telunjuk dan jari tengah kita. 4. Gores dengan kuat ujung jari tengah klien dengan ibu jari kita.	Refleks Hoffman dinyatakan positif (+) bila prosedur pemeriksaan di atas menimbulkan respons fleksi jari telunjuk, serta fleksi dan adduksi ibu jari dan terkadang disertai fleksi jari lainnya
Reflek babinsky	1. Pasien dalam posisi berbaring rileks dan santai dengan tungkai bawah diluruskan 2. Pemeriksa memegang pergelangan kaki pasien agar posisi kaki tidak berubah 3. Pemeriksa menggores telapak kaki pasien menggunakan ujung tumpul palu refleks secara perlahan dan usahakan tidak menimbulkan nyeri. Goresan dilakukan sepanjang sisi lateral plantar kaki dari tumit ke ujung jari melintasi metatarsal hingga ke pangkal ibu jari	Refleks Babinski dinyatakan positif (+) bila terdapat gerakan dorsofleksi ibu jari yang mungkin disertai dengan mekarnya jari-jari lainnya. Refleks Babinski dinyatakan negatif (-) bila terjadi plantar fleksi jari-jari kaki. Jika tidak ada gerakan maka dianggap sebagai respons netral dan tidak memiliki signifikansi klinis

Reflek Caddok	1 Pasien dalam posisi berbaring rileks dan santai dengan tungkai bawah diluruskan 2 Pemeriksa memegang daerah tulang kering pasien agar posisi kaki tidak berubah Pemeriksa menggoreskan ujung palu refleksi pada kulit di bawah maleolus eksternus. Goresan dilakukan dari atas ke bawah (dari proksimal ke distal)	Refleks Chaddock positif (+) jika ada respons dorsofleksi ibu jari kaki yang disertai pemekaran jari-jari yang lain
Reflek Openheim	1 Pasien dalam posisi berbaring terlentang dan rileks 2 Pemeriksa menggunakan jari telunjuk dan jari jempol untuk mengurut tulang tibia pasien dari atas ke bawah	Refleks Oppenheim positif (+) jika ada respons dorsofleksi ibu jari kaki yang disertai mekarnya jari-jari yang lain
Reflek Gordon	1. Pasien dalam posisi berbaring terlentang dan rileks 2. Pemeriksa menggunakan kedua telapak tangan untuk melakukan pijatan pada otot betis pasien	Refleks Gordon positif (+) jika ada respons dorsofleksi ibu jari kaki yang disertai mekarnya jari-jari yang lain

Sumber: Gofir (2021)

b) Pada pemeriksaan otot

Penilaian skala kekuatan otot mempunyai skala ukur yang umumnya dipakai untuk memeriksa penderita yang mengalami kelumpuhan selain menDiagnosis status kelumpuhan juga dipakai untuk melihat apakah ada

kemajuan yang diperoleh selama menjalani perawatan atau sebaliknya apakah terjadi perburukan pada penderita.

Tabel 2.4
Tingkat fungsi otot

Nilai	Tingkat Fungsi Otot
0	Paralisis total
1	Tidak ada gerakan tetapi teraba / terlihat adanya kontraksi otot
2	Adanya gerakan pada sendi tetapi tidak dapat melawan gravitasi (hanya bergeser)
3	Dapat melawan gravitasi tetapi tidak dapat menahan / melawan tahanan pemeriksa
4	Dapat bergerak melawan tahanan pemeriksa tetapi kekuatannya berkurang
5	Dapat melawan tahanan pemeriksa dengan kekuatan maksimal

Sumber: Gofir (2021)

c) Aktivitas dan istirahat

Klien akan mengalami kesulitan aktivitas akibat kelemahan, hilangnya rasa, paralisis, hemiplegi, mudah lelah, dan susah tidur.

d) Sirkulasi

Adanya riwayat penyakit jantung, katup jantung, disritmia, congestive heart failure (CHF), polisitemia, dan hipertensi arterial.

e) Integritas ego

Emosi labil, respon yang tak tepat, mudah marah, kesulitan untuk mengekspresikan diri

f) Eliminasi

Perubahan kebiasaan buang air besar dan buang air kecil. Misalnya, inkontinensia urine, anuria, distensi kandung kemih, distensi abdomen, suara usus menghilang.

g) Makanan/cairan

Nausea, vomiting, daya sensori hilang, di lidah, pipi, tenggorokan, dysphagia.

8) Pemeriksaan Neuro sensori dan neurologis

a) Pemeriksaan neuro sensori

Pusing, sinkop, sakit kepala, perdarahan sub arachnoid dan intrakranial. Kelemahan dengan berbagai tingkatan, gangguan penglihatan, dyspalopia, lapang pandang menyempit. Hilangnya daya sensori pada bagian yang berlawanan dibagian ekstremitas dan kadang-kadang pada sisi yang sama di muka.

b) Pemeriksaan neurologis

1. Nervus I (olfaktorius)

Fungsi : saraf sensorik, untuk penciuman

Cara pemeriksaan : pasien memejamkan mata, disuruh membedakan bau (kopi, teh, dan lain-lain) kadang pada pasien stroke non hemoragik ada yang bisa menyebutkan bau yang diberikan perawat namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda

2. Nervus II (optikus)

Tes aktivitas visual : Tutup satu mata pasien kemudian minta dia membaca dua baris dari sebuah artikel koran. Ulangi untuk mata satunya. Pada pasien stroke biasanya pasien mengalami gangguan pada penglihatan yaitu mata kabur.

Tes lapang pandang : Minta pasien mata kiri, sementara pemeriksa di sebelah kanan. Pasien memandang hidung pemeriksa yang memegang pena warna cerah. Gerakkan perlahan objek tersebut, informasikan agar pasien langsung memberitahu jika ia melihat benda tersebut.

3. Nervus III (okulomotorius)

Fungsi : saraf motorik, untuk mengangkat kelopak mata keatas dan kontraksi pupil

Cara pemeriksaan : tes putaran bola mata, menggunakan konjungtiva, refleks pupil dan inspeksi. Pada pasien stroke non hemoragik biasanya diameter pupil 2mm/2mm, 50 pupil kadang isokor dan anisokor, palpebra dan reflek kedip dapat dinilai jika pasien bisa membuka mata.

4. Nervus IV (troklearis)

Fungsi ; saraf motorik, Gerakan mata kebawah

Cara pemeriksaan : tes putaran bola mata, menggunakan konjungtiva, refleks pupil dan inspeksi. Pada pasien stroke non hemoragik biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan bawah.

5. Nervus V (trigeminus)

Fungsi : saraf motorik, Gerakan mengunyah, sensasi wajah

Cara pemeriksaan : menggerakkan rahang kesemua sisi, pasien memejamkan mata, sentuh dengan kapas dan tusuk gigi pada dahi atau pipi. Pada pasien stroke non hemoragik biasanya pasien bisa tidak dapat membedakan rasa tajam dan halus (mati rasa) dan mengalami kelemahan pada rahang.

6. Nervus VI (abducent)

Fungsi : saraf motorik, deviasi mata ke lateral

Cara pemeriksaan : tes putaran bola mata, menggunakan konjungtiva, refleks pupil dan inspeksi. Pada pasien stroke non hemoragik biasanya hasilnya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke kiri dan kanan.

7. Nervus VII (facialis)

Pada pasien stroke non hemoragik biasanya alis mata simetris, dapat mengangkat alis, mengernyitkan dahi, mengernyitkan hidung, menggembungkan pipi, saat pasien menggembungkan pipi tidak simetris kiri dan kanan tergantung lokasi lemah dan saat diminta mengunyah pasien kesulitan untuk mengunyah.

8. Nervus VIII (vestibulokoklearis)

Fungsi : saraf sensorik, untuk pendengaran dan keseimbangan Pada pasien stroke non hemoragik biasanya pada pasien yang tidak lemah anggota gerak atas, dapat melakukan keseimbangan gerak tangan-hidung. Pasien stroke non hemoragik mengalami gangguan pendengaran.

9. Nervus IX (glossofaringeus)

Pada pasien stroke non hemoragik biasanya kurang bisa mendengar gesekan jari perawat tergantung dimana lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengar jika suara dengan artikulasi yang jelas.

10. Nervus X (vagus)

Fungsi : reflek muntah dan menelan

Cara pemeriksaan : menyentuh faring posterior, pasien menelan air atau saliva, di suruh mengucap aaah.. Pada pasien stroke non hemoragik biasanya pasien stroke hemoragik mengalami gangguan menelan.

11. Nervus XI (aksesorius)

Fungsi : saraf motorik, untuk menggerakkan bahu

Cara pemeriksaan : suruh pasien menggerakkan bahu dan lakukan tahanan sambil pasien melawan tahanan tersebut Pada pasien stroke non hemoragik biasanya tidak dapat melawanan tahanan pada bahu yang diberikan perawat.

12. Nervus XII (hipoglosus)

Fungsi : saraf mototrik, untuk Gerakan lidah

Cara pemeriksaan ; pasien disuruh menjulurkan lidah dan menggerakkan dari sisi ke sisi. Pada pasien stroke non hemoragik biasanya pasien dapat menjulurkan lidah dan dapat dipencongkan ke kiri dan kanan namun artikulasi kurang jelas saat bicara.

2.2.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis Keperawatan merupakan suatu penelitian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah Kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien terhadap situasi yang berkaitan dengan Kesehatan (PPNI, 2017).

Tabel 2.5
Diagnosis Keperawatan

No	Masalah Keperawatan	Definisi	Penyebab/Faktor Resiko	Tanda dan Gejala
1.	Resiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)	Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak.	1. Embolisme 2. Hipertensi	-
2.	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial (D.0066)	Gangguan mekanisme dinamika intrakranial dalam melakukan kompensasi terhadap stimulus yang dapat menurunkan kapasitas intrakranial	1. Edema serebral	Mayor : Subyektif : 1. Sakit kepala Objektif : 1. Tekanan darah meningkat dengan tekanan nadi (<i>pulse pressure</i>) melebar 2. bradikardia 3. pola napas irreguler 4. Tingkat kesadaran menurun 5. Respon pupil melambat atau tidak sama 6. Refleks neurologis terganggu Minor : Subjektif : - Objektif : 1. Gelisah 2. Agitasi

				3. Muntah (tanpa disertai mual) 4. Tampak lesu/lemah 5. Fungsi kognitif terganggu Tekanan intrakranial (TIK) ≥ 20 mmHg
3.	Nyeri Akut (D.0077)	Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan Kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang 3 bulan.	1. Agen Pencedera Fisiologis	Mayor : Subjektif : 1. Mengeluh nyeri Objektif : 1. Tampak meringis Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) 2. Gelisah 3. Frekuensi nadi meningkat 4. Sulit tidur Minor Subjektif : - Objektif : 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri
4.	Defisit perawatan diri: makan, mandi, berpakaian, toileting (D.0109)	Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktifitas perawatan diri.	1. Gangguan Neuromuskular 2. Kelemahan	Mayor : Subjektif : 1. Menolak melakukan perawatan diri Objektif : 1. Tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/makan/ketolilet/ berhias secara mandiri 2. Minat melakukan perawatan diri berkurang

				Minor : -
5.	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri	1. Penurunan kekuatan otot 2. Gangguan neuromuskular	Mayor : Subjektif : 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas Objektif : 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun Minor : -
6.	Risiko defisit nutrisi (D.0032)	Berisiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.	1.Ketidakmampuan menelan makanan	-
7.	Gangguan menelan (D.0063)	Fungsi menelan abnormal akibat defisit struktur atau fungsi oral, faring atau esofagus.	1.Gangguan saraf kranialis	Mayor: Subjektif : 1. Mengeluh sulit menelan Objektif : 1. Batuk sebelum menelan 2. Batuk setelah makan atau minum 3. Tersedak 4. Makanan tertinggal di rongga mulut Minor Subjektif: - Objektif : 1. Bolus masuk terlalu cepat 2. Refluks nasal 3. Tidak mampu membersihkan rongga mulut 4. Makanan jatuh dari mulut 5. Makanan terdorong keluar dari mulut

				6. Sulit mengunyah 7. Muntah sebelum menelan
8.	Gangguan komunikasi verbal (D.0119)	Penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol.	1. Gangguan neuromuskular	Mayor: Subjektif : - Objektif : 1. Tidak mampu berbicara atau mendengar 2. Menunjukkan respon tidak sesuai. Minor : Subjektif : - Objektif : 1. Afasia 2. Disfasia 3. Apraksia 4. Disleksia 5. Disatria 6. Afonia 7. Dislalia 8. Pelo 9. Gagap 10. Tidak ada kontak mata 11. Sulit memahami komunikasi sulit memahami komunikasi 12. Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh 13. Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh 14. Sulit menyusun kalimat 15. Verbalisasi tidak tetap 16. Sulit mengungkapkan kata-kata

				17. Disorientasi orang, ruang, waktu 18. Defisit Penglihatan 19. Delusi
--	--	--	--	---

Sumber : SDKI PPNI 2017

2.2.3 Luaran dan Intervensi keperawatan

Luaran keperawatan merupakan aspek- aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan (PPNI, 2019).

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang di harapkan (PPNI, 2018).

Tabel 2.6
Intervensi Keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Resiko Perfusi jaringan serebral tidak efektif d.d embolisme dan hipertensi (D.0017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan Perfusi Serebral (L.02014) Meningkat dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Tekanan Intra Kranial (TIK) menurun 3. Sakit kepala menurun 4. Gelisah menurun 5. Nilai rata-rata tekanan darah membaik	Pemantauan Tekanan Intrakranial (1.06198) Observasi 1. identifikasi penyebab peningkatan TIK 2. Monitor peningkatan TD 3. Monitor pelebaran tekanan nadi 4. Monitor penurunan frekuensi jantung 5. Monitor ireguleritas irama napas 6. Monitor penurunan tingkat kesadaran 7. Monitor perlambat atau ketidaksimetrisan respon pupil

			8. Monitor kadar CO₂ dan pertahankan dalam rentang yang diindikasikan 9. Monitor tekanan perfusi serebral 10. Monitor jumlah, kecepatan, dan karakteristik drainase cairan serebrospinal 11. Monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK Terapeutik 12. Ambil sampel drainase cairan serebrospinal 13. Kalibrasi transduser 14. Pertahankan sterilisasi sistem pemantauan 15. Pertahankan posisi kepala dan leher netral 16. Bilas sistem pemantauan, <i>Jika perlu</i> 17. Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien 18. Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi 19. Jelaskan tujuan pemantauan 20. Informasikan hasil pemantauan, <i>Jika perlu.</i> Manajemen Tekanan (1.06194) Peningkatan Intrakranial Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)
--	--	--	--

			2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) 4. Monitor CVP (Central Venous Pressure), jika perlu 5. Monitor PAWP, jika perlu 6. Monitor PAP, jika perlu 7. Monitor ICP (Intra Cranial Pressure), jika tersedia 8. Monitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure) Monitor gelombang ICP 9. Monitor status pernapasan 10. Monitor intake dan output cairan 11. Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi) Terapeutik 12. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 13. Berikan posisi semi fowler 14. Hindari maneuver Valsava 15. Cegah terjadinya kejang 16. Hindari penggunaan PEEP 17. Hindari pemberian cairan IV hipotonik 18. Atur ventilator agar PaCO₂ optimal 19. Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi
--	--	--	---

			19. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu 20. Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu 21. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu
2.	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial b.d Edema serebral d.d sakit kepala, tekanan darah meningkat dengan tekanan nadi (pulse pressure), penurunan kesadaran refleks neurologis terganggu, dan tekanan intracranial $\geq$ 20 mmHg (D.0066)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan Kapasitas Adaptif Intrakranial (L.06049) meningkat dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Fungsi kognitif meningkat 3. Sakit kepala menurun 4. Tekanan intracranial membaik	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (1.06194) Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) 4. Monitor CVP (Central Venous Pressure), jika perlu 5. Monitor PAWP, jika perlu 6. Monitor PAP, jika perlu 7. Monitor ICP (Intra Cranial Pressure), jika tersedia 8. Monitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure) 9. Monitor gelombang ICP 10. Monitor status pernapasan 11. Monitor intake dan output cairan

			12. Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi) Terapeutik 13. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 14. Berikan posisi <i>semi fowler</i> 15. Hindari maneuver Valsava 16. Cegah terjadinya kejang 17. Hindari penggunaan PEEP 18. Hindari pemberian cairan IV hipotonik 19. Atur ventilator agar PaCO₂ optimal 20. Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi 21. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu 22. Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu 23. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu Pemantauan Tekanan Intrakranial (1.06198) Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK 2. Monitor peningkatan TD 3. Monitor pelebaran tekanan nadi 4. Monitor penurunan frekuensi jantung 5. Monitor ireguleritas irama napas
--	--	--	--

			6. Monitor penurunan tingkat kesadaran 7. Monitor perlambat atau ketidaksimetrisan respon pupil 8. Monitor kadar CO ₂ dan pertahankan dalam rentang yang diindikasikan 9. Monitor tekanan perfusi serebral 10. Monitor jumlah, kecepatan, dan karakteristik drainase cairan serebrospinal 11. Monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK Terapeutik 12. Ambil sampel drainase cairan serebrospinal 13. Kalibrasi transduser 14. Pertahankan sterilisasi sistem pemantauan 15. Pertahankan posisi kepala dan leher netral 16. Bilas sistem pemantauan, <i>Jika perlu</i> 17. Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien 18. Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi 19. Jelaskan tujuan pemantauan 20. Informasikan hasil pemantauan, <i>Jika perlu</i>
3.	Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisiologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan Tingkat Nyeri (L.08066)	Manajemen Nyeri (1.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi,

	d.d mengeluh nyeri, sulit tidur dan tekanan darah meningkat (D.0077)	menurun dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Kesulitan tidur menurun 4. Ketegangan otot menuru 5. Tekanan darah membaik	karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Indentifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 10. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 12. Fasilitasi istirahat dan tidur 13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan 14. strategi meredakan nyeri Edukasi 15. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 16. Jelaskan strategi meredakan nyeri 17. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
--	---	--	---

			18. Anjurkan menggunakan 19. Analgetik secara tepat 20. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 21. Pemberian analgetik, jika perlu
4.	Defisit perawatan diri: mandi, berpakaian, makan, berpakaian, toileting b.d Gangguan Neurovaskular d.d tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ketoilet/berhias secara mandiri.(D.01 09)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan Perawatan Diri (L.11103) Meningkatkan dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan Mandi Meningkatkan 2. Kemampuan Mengenakan Pakaian Meningkatkan 3. Kemampuan Makan Meningkatkan 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) Meningkatkan 5. Verbalisasi Keinginan melakukan perawatan diri Meningkatkan	Dukungan Perawatan Diri (1.11348) Observasi 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantuan kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik 4. Sediakan lingkungan yang terapeutik 5. Siapkan keperluan pribadi 6. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 7. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 8. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 9. Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi 10. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
5.	Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan	Setelah dilakukan tindakan	Dukungan Mobilisasi (1.05173) Observasi

	neurovaskuler d.d mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun (D.0054)	keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Mobiltas Fisik (L.05042) Meningkatkan dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas Meningkatkan 2. Kekuatan Otot Meningkatkan 3. Rentang gerak (ROM) Meningkatkan 4. Kelemahan fisik Menurun	1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 6. Fasilitasi melakukan pergerakan 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan
6.	Risiko Defisit nutrisi d.d ketidakmampuan menelan makanan (D.0032)	setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan Status Nutrisi (L.03030) Membaik dengan kriteria hasil : 1. porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Berat badan membaik 3. Frekuensi makan membaik	Manajemen Nutrisi (1.03119) Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor beratbadan

		4. Nafsu makan membaik	8. Monitor hasil laboratorium Terapeutik 9. Lakukan oral hygiene sebelum makan 10. Fasilitasi menentukan pedoman diet 11. Sajikan makanan secara menarik 12. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah terjadinya konstipasi 13. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 14. Berikan suplemen makanan 15. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik, jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi 16. Anjurkan posisiduduk 17. Ajarkan diet yang diprogramkan 18. Kolaborasi 19. kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan 20. kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan
7.	Gangguan menelan b.d gangguan saraf kranialis d.d mengeluh sulit menelan, batuk sebelum menelan (D.0063)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam di harapkan Status Menelan (L.06052) Membaik dengan kriteria hasil : 1. Mempertahankan makanan di mulut meningkat 2. Reflek Menelan Meningkat	Dukungan Perawatan Diri: Makan/Minum (1.11351) Observasi 1. Identifikasi diet yang dianjurkan 2. Monitor kemampuan menelan 3. Monitor status hidrasi pasien Terapeutik

		3. Usaha menelan Meningkat 4. Frekuensi tersedak Menurun 5. Tersedak Menurun	4. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan 5. Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum 6. Lakukan oral <i>hygiene</i> sebelum makan 7. Letakkan makanan di sisi mata yang sehat Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan 8. Sediakan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan 9. Sediakan makanan dan minuman yang disukai 10. Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian 11. Motivasi untuk makan di ruang makan Edukasi 12. Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (mis. Sayur di jam 12, rendang di jam 3) Kolaborasi 13. Kolaborasi pemberian obat (mis. Analgetik, antiemetik), sesuai indikasi, jika perlu
8.	Gangguan komunikasi verbal b.d penurunan sirkulasi serebral d.d pelo (D.0119)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam di harapkan Komunikasi Verbal (L.13118) Meningkat dengan kriteria hasil :	Promosi komunikasi : defisit bicara (1.13493) Observasi 1. Monitor kecepatan, kuantitas, volume dandiksi bicara

		1. Kemampuan berbicara sedang 2. Kemampuan mendengar cukup meningkat 3. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh cukup meningkat 4. Afasia cukup menurun 5. Disatria cukup menurun 6. Pelo cukup menurun 7. Gagap cukup menurun	2. Monitor proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara 3. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara 4. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik 5. Gunakan metode komunikasi alternative 6. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan 7. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan 8. Ulangi apa yang disampaikan pasien 9. Berikan dukungan psikologis 10. Gunakan juru bicara Edukasi 11. Anjurkan berbicara perlahan 12. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologi yang berhubungan dengan kemampuan bicara Kolaborasi 13. Rujuk ke ahli patologi bicara atau trapis
9.	Gangguan Persepsi Sensori b.d Hipoksia	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan Status	Dukungan Pengungkapan Kebutuhan (I. 09266) Observasi

	serebral d.d distrorsi sensori (D.0085)	Neurologis (L.06053) membaik dengan kriteria hasil :	1. Periksa gangguan komunikasi verbal (mis. Ketidakmampuan berbicara, kesulitan mengekspresikan pikiran secara verbal) Terapeutik 2. Ciptakan lingkungan yang tenang 3. Hindari berbicara keras 4. Ajukan pertanyaan dengan jawaban singkat, dengan isyarat anggukan kepala jika mengalami kesulitan berbicara 5. Jadwalkan waktu istirahat sebelum waktu kunjungan dan sesi terapi wicara 6. Fasilitasi komunikasi dengan media (mis. Pensil dan kertas, computer, kartu kata) Edukasi 7. Informasikan keluarga dan tenaga kesehatan lain teknik berkomunikasi, dan gunakan secara konsisten 8. Anjurkan keluarga dan staf mengajak bicara meskipun tidak mampu berbicara Kolaborasi 9. Rujuk pada terapis wicara, <i>jika perlu</i>
--	--	---	--

Sumber : SLKI 2017, SIKI 2017

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan yang baik/optimal. Pelaksanaan tindakan merupakan realisasi dari rencana/intervensi keperawatan yang mencakup perawatan langsung atau tidak langsung (Rachman, 2022).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan. Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Santa, 2021). Terdapat dua jenis evaluasi, yaitu :

a. Evaluasi formatif (Proses)

Evaluasi formatif adalah aktivitas dari proses keperawatan dan hasil kualitas pelayanan asuhan keperawatan. Evaluasi proses harus dilakukan segera setelah perencanaan keperawatan di implementasikan untuk menilai efektivitas intervensi tersebut. Evaluasi proses harus terus menerus dilakukan hingga tujuan yang telah ditentukan tercapai. Metode pengumpulan data dalam evaluasi proses terdiri atas analisis rencana asuhan keperawatan, pertemuan kelompok, wawancara, observasi klien, dan menggunakan form evaluasi. Ditulis pada catatan perawatan. Contoh : membantu pasien duduk semifowler, pasien dapat duduk selama 30 menit dan mengatakan nyaman dengan posisinya tanpa pusing.

b. Evaluasi Sumatif (Hasil)

Evaluasi sumatif merupakan evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Tujuan dari evaluasi sumatif ini yaitu menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Hasil dari evaluasi dalam asuhan keperawatan adalah tujuan tercapai/masalah teratasi, tujuan tercapai sebagian/masalah teratasi sebagian, tujuan tidak tercapai/ masalah tidak tertasi dan bahkan timbul masalah baru. Penentuan masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi adalah dengan cara membandingkan antara SOAP dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

- 1) S (Subjektif) : informasi berupa ungkapan yang di dapat dari klien setelah diberi tindakan.
- 2) O (Objektif) : informasi yang di dapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.
- 3) A (Analisis) : membandingkan antara gejala mayor dan gejala minor yang terjadi pada pasien terhadap luaran keperawatan yang sudah ditetapkan dalam rencana keperawatan. Analisis dalam evaluasi merujuk kepada ekspektasi luaran keperawatan.
- 4) P (Planning) : rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan analisa.

2.3 Konsep *Evidence Base Practice*

2.3.1 Pengertian *Evidence Base 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. Sin & Bleques (2020, dalam Novi 2021) menyatakan bahwa pembelajaran *Evidence Based Practice* pada undergraduate student merupakan tahap awal dalam menyiapkan peran mereka sebagai registered nurses (RN).

2.3.2 Tujuan *Evidence Base Practice* (EBP)

Tujuan utama diimplementasikannya *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 dimaksimalikannya kualitas perawatan tingkat kesembuhan pasien bisa lebih tepat dan lama perawatan bisa lebih pendek serta biaya perawatan bisa ditekan (Madarshahian et al., 2020 dalam Nofi 2020).

2.3.3 Langkah Dalam pembuatan EBP

- a. Menumbuhkan semangat menyelidiki
- b. Menanyakan pertanyaan klinik dengan menggunakan PICOPICOT format
- c. Mencari dan mengumpulkan bukti-bukti (artikel penelitian) yang paling relevan dengan PICOT/PICOT.
- d. Melakukan penilaian kritis terhadap bukti-bukti (artikel penelitian)

- e. Mengintegrasikan bukti-bukti (artikel penelitian) terbaik dengan salah satu ahli di klinik serta memperhatikan keinginan dan manfaatnya bagi pasien dalam membuat keputusan atau perubahan.
- f. Mengevaluasi outcome dari perubahan yang telah diputuskan berdasarkan bukti-bukti.
- g. Menyebarluaskan hasil dari *Evidence Based Practice* (EBP).

Tabel 2.7
Evidence Based Practice (EBP)

No	Nama Penulis Tahun Terbit	Judul Penelitian	Populasi Sampel	Jenis Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Prahardian Putri, Jawiah, Siti Fatimah Azzahra 2023	Penerapan Range Of Motion (ROM) Pasif pada Pasien Stroke Non Hemoragik dalam Pemenuhan Kebutuhan Mobilitas Fisik	Dua pasien Stroke yang berpartisipasi dalam studi kasus ini adalah Ny.Y, 57, dan Tn. J, 66, dan keduanya kelemahan pada ekstremitas sebalah kanan.	Dalam studi kasus ini adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah implementasi keperawatan range of motion (ROM) pasif pada pasien stroke non hemoragik.	Penerapan ROM yang dilakukan selama 7 hari dalam waktu pemberian 15-20 menit menunjukkan adanya hasil kekuatan otot meningkat pada kedua ekstremitas, yaitu pada ekstremitas kanan atas dan bawah dari skala 2 menjadi 3 dan ekstremitas kiri atas dan bawah dari skala 0 menjadi 1.

2.	Agusrianto, Nirva Rantesigi 2020	Penerapan Latihan Range of Motion (ROM) Pasif terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Ekstremitas pada Pasien dengan Kasus Stroke	Pada penelitian ini melibatkan satu orang pasien yang mengalami non haemoragik stroke dengan kelumpuhan ekstremitas.	Metode penelitian ini menggunakan metode deskriptif.	Latihan ROM pasif merupakan gerakan dimana energi yang dikeluarkan untuk latihan berasal dari orang lain atau alat mekanik. Perawat melakukan gerakan persendian klien sesuai dengan rentang gerak yang normal, kekuatan otot yang digunakan pada gerakan ini adalah 50%. Penerapan latihan Range Of Motion (ROM) Pasif di jadwal rutin dua kali sehari pagi dan sore hari selama enam hari dengan waktu pemberian 15-20 menit. Dalam melakukan gerakan ROM harus diulang sekitar 8 kali gerakan dan dikerjakan minimal 2 kali sehari, dilakukan secara perlahan dan hati-hati agar tidak menyebabkan kelelahan. Hasil evaluasi setelah enam hari
----	--	--	---	--	--

					penerapan latihan ROM pasif didapatkan ada peningkatan kekuatan otot yang dicapai yaitu pada ekstremitas kanan atas/bawah dari semula skala 2 naik menjadi skala 3 yang artinya dapat mengangkat tangan dan kaki tetapi tidak dapat melawan gaya gravitasi dan pada ekstremitas kiri atas/bawah dari semula skala 0 menjadi skala 1 yang artinya hanya dapat menggerakkan jari-jari tangan dan kaki.
3.	Anita Shinta Kusuma dan Oktavia Sara 2020	Penerapan Prosedur Latihan ROM Pasif sedini mungkin Pada Pasien Stroke Non Haemorogik	Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien stroke	Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah literature review. Literatur review ini dilakukan dengan metode:	Latihan ROM sedini mungkin secara berkelanjutan terbukti dapat meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke. Pemberian latihan ROM dengan durasi waktu 15-35 menit dilakukan dua kali sehari setiap pagi dan sore minimal

				Membaca tulisan-tulisan ilmiah terkait metode yang digunakan dalam penulisan ini	pelaksanaan 4 minggu. Adapun alasan lain latihan ROM harus dilakukan sedini mungkin agar tidak muncul komplikasi stroke (seperti kontraktur), untuk memperbaiki pernapasan, sirkulasi dari peredaran darah serta dapat berperan maksimal dalam perawatan diri.
4.	Elsi Rahmadani, Handi Rustandi 2019	Peningkatan Kekuatan Otot Pasien Stroke Non Haemoragik dengan Hemiparese melalui Latihan ROM Pasif	Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien stroke non hemoragik yang ada di Ruang ICU RSUD Curup. Teknik pengambilan sampel dengan menggunakan teknik <i>consecutive sampling</i> dengan jumlah sampel 20 responden.	Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah nonquivalent control group design dan jenis penelitian ini adalah quasi eksperimen pre dan post with control group pada pasien stroke non hemoragik dengan hemiparese ekstremitas atas.	Hasil analisis menunjukkan ROM pasif yang dilakukan pada pasien stroke dapat meningkatkan rentang sendi, dimana setelah dilakukan ROM selama enam hari dalam waktu 1x30 menit dengan 8x gerakan pada 12 bagian tubuh, diantaranya leher, jari-jari, lengan, siku, bahu, tumit, dan pergelangan kaki, menunjukkan adanya peningkatan kekuatan otot. Pada ekstremitas atas/bawah sebelah kanan menunjukkan hasil dari skala 2 menjadi 3 dan ekstremitas atas/bawah kiri dari skala 1

					menjadi 2. ROM juga biasanya dilakukan pada pasien setelah dilakukan perawatan rutin sesuai dengan waktunya.
--	--	--	--	--	--

5.	Endah Sri Rahayu, Nuraini 2020	Pengaruh Latihan range of motion (ROM) pasif terhadap peningkatan kekuatan otot pada pasien stroke ISKEMIK RSUD kota Tangerang	Populasi dalam penelitian ini adalah 14 orang yang mengalami stroke ISKEMIK dengan masalah gangguan mobilitas fisik, di RSUD Tangerang.	Penelitian ini menggunakan desain kuantitatif dengan metode quasi eksperimen. dan menggunakan rancangan pre-post test group control	Metode analisis yang digunakan adalah univariat dan bivariat dengan menggunakan uji wilxocon Berdasarkan uji paired test terdapat pengaruh Latihan Range Of Motion (ROM) pasif terhadap peningkatan kekuatan otot pada pasien stroke ISKEMIK dengan didapatkan p-value = $0.01 < \alpha 0,05$. Hal ini membuktikan bahwa ROM pasif berpengaruh meningkatkan kekuatan otot responden.
----	--------------------------------	---	---	---	---

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1. Tinjauan Kasus

3.1.1 Pengkajian

3.1.1.1 Identitas Pasien

Nama : Tn. F

Tanggal Lahir : Bandung, 1 Januari 1973

Umur : 53 tahun

Pekerjaan : Wiraswasta

Pendidikan : SMP

Jenis Kelamin : laki-laki

Alamat : Kondang, RT 02/ RW 10 Ds. Majalaya
Kec. Majalaya Kab. Bandung

Status : Kawin

Tanggal Masuk RS : 30-03-2026

Tanggal Pengkajian : 1-04-2026

No RM : 01022xxx

Diagnosis : *ischemic stroke* (stroke iskemik)

Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. A

Tanggal Lahir : Bandung, 3 Mei 1985

Umur : 40 tahun

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Pendidikan : SMA

Jenis Kelamin : Perempuan

Alamat : Ranca Jigang RT 03/Rw 15 Ds. Padamulya
Kec. Majalaya Kab. Bandung

Status : Kawin

3.1.1.2 Riwayat Kesehatan

a. Keluhan utama

Klien mengatakan lemas anggota badan sebelah kiri

b. Riwayat kesehatan sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 1 april 2026 klien mengeluh lemas pada separuh tubuh bagian kiri yang terjadi mendadak. Lemas dirasakan hingga sulit menggerakkan anggota badan sebelah kirinya. Klien juga mengatakan seperti merasa kesemutan pada bagian anggota sebelah kirinya. Saat ini pasien mengeluh sulit menggerakkan tangan dan kaki kirinya, kemampuan mobilisasi ditempat tidur dibantu alat dan orang lain, rentang gerak (ROM) menurun, kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah bagian kanan 5/5 dan bagian ekstremitas atas dan bawah kiri 2/2 klien juga mengatakan pernah terjatuh di kamar mandi sekitar 5 bulan yang lalu.

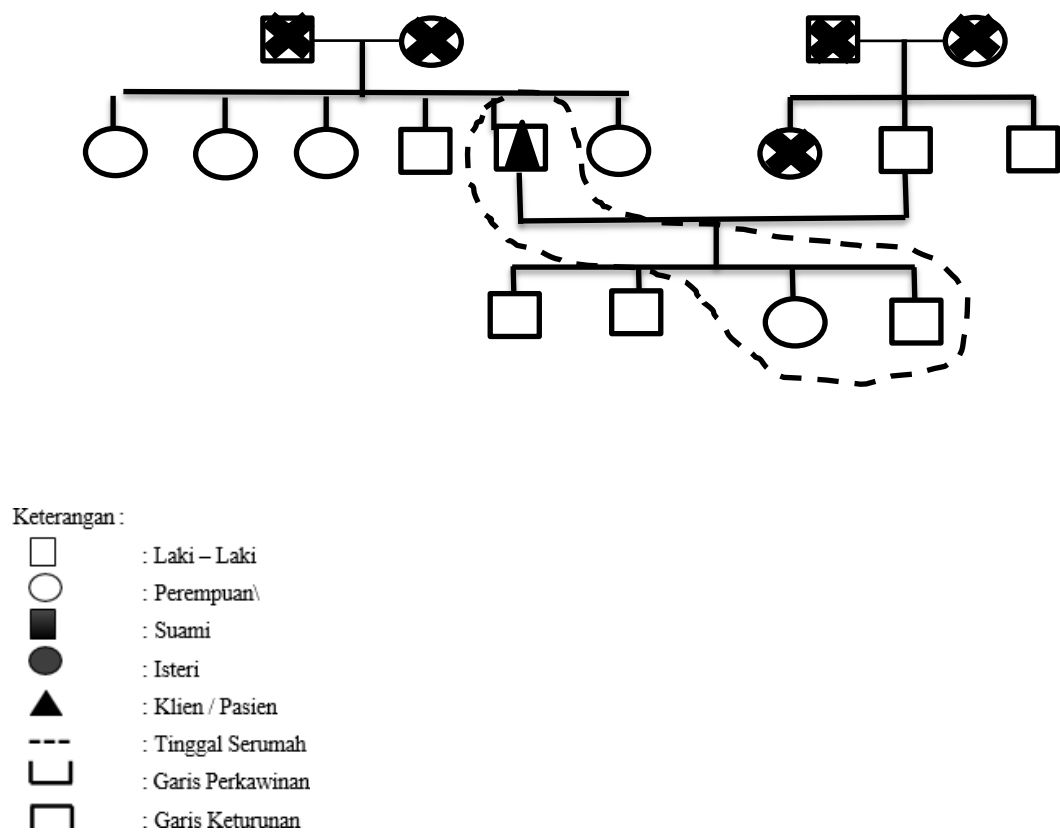
c. Riwayat kesehatan dahulu

Klien mengatakan sudah pernah dirawat karena penyakit serupa sekitar 5 tahun yang lalu. Klien juga memiliki riwayat penyakit hipertensi yang tidak terkontrol semenjak 7 tahun yang lalu.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan ada anggota keluarganya yang mempunyai riwayat hipertensi yaitu ayahnya, tidak ada anggota keluarga lain yang mengalami hal serupa. Tidak ada riwayat penyakit menurun lainnya seperti DM, Jantung, dan asma.

e. Genogram



3.1.1.3 Data psikososial dan spiritual

a. Pemeriksaan Status Mental dan Spiritual, Kondisi Emosi/Perasaan Klien

- Apakah suasana hati yang menonjol pada klien (**Sedih**/Gembira)
- Apakah suasana hati klien sesuai dengan ekspresi klien (**Ya**/Tidak)

b. Kebutuhan Spriritual

- Kebutuhan untuk beribadah (**Terpenuhi**/Tidak Terpenuhi)
- Masalah-masalah dalam pemenuhan kebutuhan spiritual : Sulit untuk beribadah dengan cara berdiri
- Upaya untuk mengatasi masalah kebutuhan spiritual : Klien melakukan kebutuhan spiritual (beribadah) dengan cara berbaring ditempat tidur

3.1.1.4 Aktivitas Sehari hari/ ADL dan Pola Eliminasi

Tabel 3.1

Pola Aktivitas Sehari hari dan Pola Eliminasi

No	Jenis Aktivitas	Sebelum masuk RS	Di rumah sakit
1	Pola Nutrisi		
	a. Makan		
	Jenis	Nasi, sayur, ikan, daging	Bubur, sayur. tahu, buah
	Frekuensi	3x1	3x1
	Porsi	1 porsi habis	½ porsi habis
	Diet Khusus	Tidak Ada	Diet rendah garam
	Keluhan	Tidak Ada	Tidak Ada
	b. Minum		
	Jenis	Air putih, the	Air putih
	Frekuensi	6-7x	7-8x
	Pantangan	Tidak Ada	Tidak Ada
	Jumlah	± 1200 ml	± 2000 ml
	Eliminasi		
	a. BAB		
	Frekuensi	1-2x	1-2x
	Konsistensi	Padat	Padat
	Warna	Kuning khas feses	Kuning khas feses
	Bau	Tidak terkaji	Tidak terkaji

2			
	b. BAK		
	Frekuensi	4-5 x	5-6x
	Warna	Kuning jernih khas urin	Kuning jernih khas urin
	Bau	Tidak terkaji	Tidak terkaji
3	Personal hygiene		
	a. Mandi	2x	1x
	b. Gosok gigi	2x	1x
	c. Ganti baju	2x	2x

3.1.1.5 Pola Istirahat dan Tidur

Tabel 3.2

Pola Istirahat dan Tidur

Pola istirahat tidur			
	a. Tidur malam	5-6 jam	5-6 jam
	b. Tidur siang	1-2 jam	2-3 jam
	c. Kualitas	Nyenyak	Nyenyak

3.1.1.6 Pola Aktivitas Sehari hari

Tabel 3.3

Pola Aktivitas Sehari hari

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

10	Pemeliharaan rumah/ruangan					
----	----------------------------	--	--	--	--	--

Ket :

0 = Mandiri

1 = Dibantu

2 = Alat bantu

3 = Dibantu orang lain/ alat

4 = Tergantung/ Tidak mampu

Hasil : Klien beraktivitas dengan dibantu keluarga

3.1.1.7 Pengukuran Skala Jatuh

Tabel 3.4

Hasil Pengukuran Skala Jatuh

Faktor Resiko	Skala	Nilai	Skor
Riwayat jatuh	Pernah	25	25
	Tidak pernah	0	
Diagnosis penyerta	Ada	15	15
	Tidak Ada	0	
Alat bantu untuk berpindah	1. Perabotan (kursi,meja,dll)	30	0
	2. Walker	15	
	3. Tidak ada/bed/kursi roda/perawat	0	
Terpasang infus	Ya	20	20
	Tidak	0	
Cara berjalan/berpindah	Tidak mampu	20	20
	Lemah	10	
	Normal/bedrest/imobilisasi	0	
Keadaan mental status	Mudah lupa	15	0
	Orientasi baik	0	
Jumlah skor morse fall scale			80

Keterangan :

- Resiko Tinggi >45
- Resiko Sedang 25-44
- Resiko Rendah 0-24

3.1.1.8 Pola Persepsi Kognitif

Berbicara	: Klien berbicara sedikit pelo
Penglihatan	: Klien mengatakan penglihatannya berkurang atau menjadi buram
Pendengaran	: Klien mampu mendengar suara dengan jelas
Bahasa	: Klien menggunakan bahasa sunda
Kemampuan membaca	: Klien mampu membaca dengan jarak dekat
Tingkat ansietas	: Klien tidak merasa khawatir dengan kondisinya karena klien pernah mengalaminya sekitar 5 tahun yang lalu
Kemampuan berinteraksi	: Klien mampu berinteraksi dengan baik

3.1.1.9 Pola Konsep Diri

a. Konsep Diri

Klien mampu mengenali dirinya sebagai laki-laki dan berperampilan sesuai

b. Ideal Diri

Klien mengatakan ingin segera sembuh dan berkumpul kembali dengan keluarganya dirumah

c. Harga Diri

Klien mengatakan tidak merasa malu dengan kondisinya saat ini. Klien mengatakan ini adalah ujian dari Allah SWT untuk dirinya dan tidak merasa putus asa atas kondisinya saat ini

d. Peran Diri

Klien menyadari peran dirinya sebagai seorang ayah dari anak anaknya dan seorang kepala keluarga

3.1.1.10 Pola Peran dan Hubungan

Keluarga klien mengatakan klien aktif berinteraksi dengan keluarga teman sebaya, dan tetangganya

3.1.1.11 Pola Reproduksi dan Seksual

Tidak ada kelainan pada system reproduksi, fungsi seksual sesuai usia

3.1.1.12 Pola Pertahanan Diri atau Koping

Klien selalu membicarakan apapun dengan istri dan keluarganya, termasuk ada keluhan tentang kesehatannya, klien selalu memberitahu istri dan anak-anaknya

3.1.1.13 Pola Keyakinan dan Nilai

Klien beragama islam dan selalu menjalankan ibadah sholat 5 waktu

3.1.1.14 Pemeriksaan fisik

Keadaan Umum

Tingkat Kesadaran : ☒ Compos Mentis ☐ Apatis ☐ Somnolen ☐ Coma

GCS : E4M6V5 = 15

TTV

Tekanan darah : 169/82 mmHg

Nadi : 94x/m

Respirasi : 20x/m

Suhu : 36,3 0C

SPO2 : 98%

BB sebelum sakit : 61 kg

BB saat ini : 56kg

Pemeriksaan Fisik Persistem

a. Sistem Saraf Kranial dan Refleks Meningeal

Pemeriksaan refleks meningeal:

- Kaku kuduk : -
- Kernig sign : -
- Burdzinski I : -
- Burdzinski II : -

Pemeriksaan Saraf Kranial

1) Nervus Olfaktorius (Penciuman)

Klien dapat membedakan bau dengan baik, klien dapat mencium bau saat diberikan aroma kayu putih

2) Nervus Optikus (Ketajaman Penglihatan)

Klien dapat melihat objek pada jarak dekat, namun pada jarak jauh klien melihatnya tidak jelas (buram), lapang pandang pendek

3) Nervus Okulomotorius (Mengukur Pupil)

Pupil isokor, bulat dan mengecil saat diberi cahaya

4) Nervus Trokhlearis (Gerakan Mata)

Klien dapat menggerakkan mata ke segala arah

5) Nervus Trigeminus (Saraf Sensori dan Motorik, Membuka Mulut)

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

6) Nervus Abdusen (Mengontrol Gerakan Mata)

Klien dapat mengontrol gerakan mata

7) Nervus Fasialis (Mengerutkan dahi, menutup mata, memperlihatkan gigi, bersiul)

Wajah klien tampak tidak simetris, klien dapat mengangkat alis sebelah, klien bisa menutup mata rapat, pada saat bicara sedikit pelo, bibir tampak mencong ke sebelah kanan, klien tidak bisa bersiul karena bibir klien sedikit merot

8) Nervus Vestibulokoklearis (Pendengaran)

Klien dapat mendengar dengan jelas, terbukti pada saat klien diajak berbicara, klien dapat berespon dengan sesuai

9) Nervus Glosofaringeal (Daya mengecap dan Reflek muntah)

Fungsi pengecapan klien baik, klien dapat membedakan rasa. Reflek muntah klien ada

10) Nervus Vagus (Bersuara dan Menelan)

Klien berbicara sedikit pelo (bicara tidak jelas), namun fungsi menelan klien tidak terganggu

11) Nervus Aksesorius (Kekuatan Otot)

Klien mengalami kelemahan pada bagian tubuh sebelah kiri, namun klien dapat menggerakkan kepala ke kanan dan ke kiri.

12) Nervus Hipoglosus (Menjulurkan Lidah)

Klien mampu menjulurkan lidahnya namun asimetris (sedikit mencong)

b. Sistem Penginderaan

- Penglihatan : bentuk mata simetris, pupil isokor, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, pergerakan bola mata baik
- Penciuman : fungsi penciuman baik, tidak ada secret, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan
- Pengecapan : fungsi pengecapan baik, klien dapat membedakan rasa
- Pendengaran : fungsi pendengaran baik, telinga tampak simetris, tidak terdapat penumpukan serumen, tidak terdapat nyeri tekan
- Peraba : fungsi perabaan klien sebelah kanan baik, klien dapat merasakan saat diberi sentuhan, namun sebelah kiri klien tidak dapat merasakannya

c. Sistem Kardiovaskuler

Irama jantung regular, tidak ada mur-mur, tidak terdapat distensi vena jugularis, CRT <3 detik, suara jantung “lup-dup”

d. Sistem Pernafasan

Bentuk hidung simetris, tidak terdapat secret, tidak terdapat suara nafas tambahan, tidak ada retraksi dinding dada, suara nafas vesikuler, tidak terdapat nyeri tekan, RR 20x/m

e. Sistem Perkemihan

Klien menggunakan lat bantu kateter urin, warna urin kuning jernih khas urin, tidak ada keluhan saat BAK

f. Sistem Gastrointestinal

Bentuk bibir mencong kesebalah kanan, mukosa bibir kering, gigi tampak kuning, bisung usus 20x/m

g. Sistem Integumen

Tidak terdapat hematom/edema, kulit tampak bersih, warna kulit kuning langsung, turgor kulit <3 detik, tidak terdapat luka dan tidak ada nyeri tekan.

h. Sistem Endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan, tidak terdapat lesi, tidak terdapat pembesaran kelenjar getah bening

i. Sistem Muskuloskeletal

Klien mengalami keterbatasan dalam bergerak, ekstremitas atas dan bawah bagian kiri klien mengalami kelemahan otot dengan skala kekuatan otot 2/2. Ekstremitas atas dan bawah bagian kanan klien dapat bergerak dengan baik dengan kekuatan otot 5/5. Klien dapat melakukan ROM pasif pada ekstremitas atas dan bawah bagian kanan, namun untuk ekstremitas atas dan bawah bagian kiri, klien mampu melakukan ROM pasif dengan bantuan dan merasakan sedikit nyeri saat dilakukan ROM pasif.

j. Sistem Reproduksi

Genetalia normal, tidak ada lesi, tidak ada pembengkakan ataupun perdarahan

3.1.1.15 Pemeriksaan Diagnostik

a. Pemeriksaan laboratorium

Tanggal : 1 April 2026

Jam : 11.00 WIB

Tabel 3.5
Pemeriksaan Laboratorium

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Nilai Pemeriksaan Normal	Satuan
1	Haemoglobin	14	12.0 – 16.0	g/dL
2	Leukosit	11630	3800 – 10600	sel/uL
3	Eritrosit	5.28	3.6 – 5.8	juta/uL
4	Hematokrit	43.3	35 – 47	%
5	Trombosit	324000	150000 – 440000	sel/uL
6	MCV	82.0	80 – 100	fL
7	MCH	26.5	26 – 34	Pg
8	MCHC	32.3	32 – 36	%
9	RDW-CV	13.7	11.5 – 14.5	%
10	RDW-SD	47.1		fL
11	AST (SGOT)	18	10 – 31	U/L
12	ALT (SGPT)	17	9 – 36	U/L
13	Ureum	21	13 – 43	mg/dL
14	Kreatinin	0.75	0.6 – 1.2	mg/dL
15	Glukosa darah sewaktu (GDS)	170	70 – 200	mg/dL
16	Natrium (Na)	138	134 – 145	mmol/L
17	Kalium (Ka)	3.0	3.6 – 5.6	mmol/L
18	Kalsium	1.23	1.15 – 1.35	mmol/L
19	Kolesterol	162	<200	mg/dL
20	Trigeliserida	186	35 – 135	mg/dL
21	Kolesterol HDL	48	>65	mg/dL
22	Kolesterol LDL	77	<150	mg/dL
23	Asam Urat	6.3	2.4 – 5.7	mg/dL

b. Pemeriksaan Lainnya

1) Pemeriksaan CT Scan

Tanggal Pemeriksaan : 1 April 2026

Dilakukan CT Scan kepala dimulai di daerah basis sampai vertex scanning tanpa memakai kontras. Tampak lesi hypodens tidak tegas di substansia alba periventrikuler lateralis kanan. Lobus fronto-temporo-parietal kanan

- Jaringan lunak ekstracalvarial dan carvaria dalam batas normal
- Sulci corticalis, vissura sylvii, dan vissura kedua hemisfer, serta ruang subarachnoid normal
- Bentuk dan posisi ventrikl kanan dan kiri, ventrikel 3 dan 4 normal
- Sisterna ambien dan basalis masih dalam batas normal
- Daerah sela tursika, juxtasella, dan daerah “cerebelo pontin angle” masih dalam batas normal
- Bulbus okuli dan ruang retrobulber dalam batas normal
- Mastoid aircel dalam batas normal
- Sinus frontalis, ethmodialis, dan maxillaris dalam batas normal
- Tidak tampak pergeseran garis tengah

Kesimpulan : Infark di substansia alba periventrikuler lateralis kanan, lobus fronto-temporo-parietal kanan

3.1.1.16 Terapi Medis

Tabel 3.6

Terapi Obat Yang Diberikan

No	Obat diberikan	Yang	Cara Pemberian	Frekuensi Pemberian	Dosis Obat
				Waktu (jam)	
1.	Citicoline 250		IV	2 x	500 mg
2.	KSR		IV	1 x	600 mg
3.	Omeprazole		IV	2 x	40 mg
4.	Gabapentin		IV	1 x	100 mg
5.	Candesartan		PO	1 x	8 mg
6.	Amlodipin		PO	1 x	10 mg
7.	Allupurinol		PO	1 x	100 mg
8.	CPG		PO	1 x	75 mg
9.	Eperison		PO	2 x	50 mg

3.1.1.17 Analisa Data

Tabel 3.7

Analisa Data

No	Data	Etiologi	Problem
1	Ds : - Klien mengeluh tubuh sebelah kirinya lemas - Klien mengeluh susah menggerakkan anggota tubuh sebelah kirinya - Klien mengeluh kesemutan pada anggota sebelah kirinya - Klien mengeluh sakit pada saat dilakukan ROM pada anggota tubuh sebelah kirinya Do : - Rentang gerak otot (ROM) klien menurun	stroke non hemoragik ↓ Proses metabolisme dalam otak terganggu ↓ Arteri serebri medis ↓ Penurunan fungsi motorik dan musculoskeletal ↓ Kelemahan pada anggota gerak ↓ Hemiparesis kanan dan kiri ↓ Gangguan mobilitas fisik	Gangguan mobilitas fisik (D.0045)

	- Klien tampak kesulitan menggerakkan ekstremitas atas dan bawah bagian kirinya - Klien tampak memerlukan bantuan untuk mobilisasinya - Kekuatan otot 5 2 5 2		
2	Ds : - Klien mengeluh kaku saat berbicara Do : - Bicara klien tampak tidak jelas (pelo) - Pemeriksaan nervus VII : Berbicara pelo, otot wajah klien tampak tertarik kea rah kanan, bibir klien tampak merot/mencong ke kanan - Hasil CT Scan : Infark di substansia alba periventriculer lateralis kanan, lobus fronto-temporo-parietal kanan	Stroke non hemoragik ↓ Proses metabolisme dalam otak terganggu ↓ Arteri vetebralis basilaris ↓ Kerusakan N. VII, IX ↓ kontrol otot wajah melemah ↓ Ketidakmampuan berbicara ↓ Kerusakan antikular, tidak dapat berbicara ↓ Gangguan komunikasi verbal	Gangguan komunikasi verbal (D.0119)
3	Ds : - Klien mengeluh nyeri kepala - Klien mengeluh bagian tubuh sebelah kirinya lemas Do : - Kes : CM GCS : E4M6V5 - TTV - TD : 169/82 mmHg - Nadi : 94x/m - Respirasi : 20x/m - Suhu : 36,3 0C - SPO2 : 98% - Hasil CT Scan : Infark serebri di substansia alba periventriculer lateralis kanan, lobus fronto-temporo-parietal kanan	stroke non hemoragik ↓ Proses metabolisme dalam otak terganggu ↓ Suplai darah dan o2 ke otak kurang ↓ Resiko perfusi serebral	Resiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)

4	Ds : - Klien mengatakan pernah jatuh di kamar mandi 5 bulan yang lalu Do : - Klien berusia 53 tahun - Kekuatan otot <table><tr><td>5</td><td>2</td></tr><tr><td>5</td><td>2</td></tr></table> - Hasil <i>Morse Falls Scale</i> (MFS) menunjukan skor >45 (resiko tinggi jatuh)	5	2	5	2	stroke non hemoragik ↓ Proses metabolisme dalam otak terganggu ↓ Arteri serebri medis ↓ Penurunan fungsi motorik dan musculoskeletal ↓ Kelemahan pada anggota gerak ↓ Hemiparesis kanan dan kiri ↓ Gangguan mobilitas fisik ↓ Resiko jatuh	Resiko jatuh (D.0143)
5	2						
5	2						

3.1.2 Diagnosis Keperawatan

a. Gangguan Mobilitas Fisik b. d Gangguan Neuromuskular d.d

Ds :

- Klien mengeluh tubuh sebelah kirinya lemas
- Klien mengeluh susah menggerakkan anggota tubuh sebelah kirinya
- Klien mengeluh kesemutan pada anggota sebelah kirinya
- Klien mengeluh sakit pada saat dilakukan ROM pada anggota tubuh sebelah kirinya

Do :

- Rentang gerak otot (ROM) klien menurun
- Klien tampak kesulitan menggerakkan ekstremitas atas dan bawah bagian kirinya
- Klien tampak memerlukan bantuan untuk mobilisasinya
- Kekuatan otot :

5	2
5	2

b. Gangguan Komunikasi Verbal b.d Penurunan Sirkulasi Serebral d.d

Ds :

- Klien mengeluh kaku saat berbicara

Do :

- Bicara klien tampak tidak jelas (pelo)
- Pemeriksaan nervus VII : Berbicara pelo, otot wajah klien tampak tertarik ke arah kanan, bibir klien tampak merot/mencong ke kanan
- Hasil CT Scan : Infark di substansia alba periventrikuler lateralis kanan, lobus fronto-temporo-parietal kanan

c. Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif b.d Infark Serebri d.d

Ds :

- Klien mengeluh nyeri kepala
- Klien mengeluh bagian tubuh sebelah kirinya lemas

Do :

- Kes : CM GCS : E4M6V5
- TTV

TD : 169/82 mmHg

Nadi : 94x/m

Respirasi : 20x/m

Suhu : 36,3 0C

SPO2 : 98%

- Hasil CT Scan : Infark serebri di substansia alba periventrikuler lateralis kanan, lobus fronto-temporo-parietal kanan

d. Resiko Jatuh d.d Kekuatan Otot Menurun

Resiko Jatuh b.d Kekuatan Otot Menurun d.d

Ds :

- Klien mengatakan pernah jatuh di kamar mandi 5 bulan yang lalu

Do :

- Klien berusia 53 tahun
- Kekuatan otot

5	2
5	2

- Hasil Morse Fals Scale (MFS) menunjukkan skor >45 (resiko tinggi jatuh)

3.1.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.8

Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)								
1.	Gangguan Mobilitas Fisik b. d Gangguan Neuromuskuklar d.d Ds : - Klien mengeluh tubuh sebelah kirinya lemas - Klien mengeluh susah menggerakkan anggota tubuh sebelah kirinya - Klien mengeluh kesemutan pada anggota sebelah kirinya - Klien mengeluh sakit pada saat dilakukan ROM pada anggota tubuh sebelah kirinya Do : - Rentang gerak otot (ROM) klien menurun - Klien tampak kesulitan menggerakkan ekstremitas atas dan bawah bagian kirinya - Klien tampak memerlukan bantuan untuk mobilisasinya - Kekuatan otot <table><tr><td>5</td><td>2</td></tr><tr><td>5</td><td>2</td></tr></table>	5	2	5	2	Setelah dilakukantindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Mobiltas Fisik (L.05042) Meningkat dengan kriteria hasil : - Pergerakan ekstremitas Meningkat - Kekuatan Otot Meningkat <table><tr><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>5</td><td>3</td></tr></table> - Kelemahan fisk Menurun	5	3	5	3	DukunganMobilisasi (1.05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terappeutik 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 6. Fasilitasi melakukan pergerakan 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan
5	2										
5	2										
5	3										
5	3										

2.	Gangguan Komunikasi Verbal b.d Penurunan Sirkulasi Serebral d.d Ds : - Klien mengeluh kaku saat berbicara Do : - Bicara klien tampak tidak jelas (pelo) - Pemeriksaan nervus VII: Berbicara pelo, otot wajah klien tampak tertarik kea rah kanan, bibir klien tampak merot/mencong ke kanan - Hasil CT Scan: Infark di substansia alba periventrikuler lateralis kanan, lobus fronto-temporo-parietal kanan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam di harapkan Komunikasi Verbal (L.13118) Meningkat dengan kriteria hasil : - Kemampuan berbicara jelas meningkat - Afasia menurun - Pelo menurun	Promosi komunikasi : defisit bicara (1.13493) Observasi 1. Monitor kecepatan, kuantitas, volume dandiksi bicara 2. Monitor proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara 3. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara 4. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik 5. Latih vocal AIUEO, jika perlu
3.	Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif b.d Infark Serebri d.d Ds : - Klien mengeluh nyeri kepala - Klien mengeluh bagian tubuh sebelah kirinya lemas Do : - Kes : CM GCS : E4M6V5 - TTV - TD : 169/82 mmHg - Nadi : 94x/m - Respirasi : 20x/m - Suhu : 36,3 0C - SPO2 : 98%	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan Perfusi Serebral (L.02014) Meningkat dengan kriteria hasil : - Tanda Tekanan Intra Kranial (TIK) menurun - Sakit kepala menurun - TD systole dan diastole membaik 130/90 atau MAP berada paad rentang normal (70-100 mmHg)	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (1.06194) Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) 4. Monitor status pernapasan Terapeutik 5. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 6. Berikan posisi semi fowler 7. Pertahankan suhu tubuh normal

	- Hasil CT Scan : infark serebri di substansia alba periventrikuler lateralis kanan, lobus fronto-temporo-parietal kanan						
4.	Resiko Jatuh b.d Kekuatan Otot Menurun d.d Ds : - Klien mengatakan pernah jatuh di kamar mandi 5 bulan yang lalu Do : - Klien berusia 53 tahun - Kekuatan otot <table><tr><td>5</td><td>2</td></tr><tr><td>5</td><td>2</td></tr></table> - Hasil Morse Falls Scale (MFS) menunjukkan skor >45 (resiko tinggi jatuh)	5	2	5	2	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan Resiko Jatuh (L.14138) Menurun dengan kriteria hasil : - Jatuh dari tempat tidur dapat dicegah - Jatuh saat berjalan dapat dicegah	Pencegahan Jatuh (I. 14540) Observasi 1. Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) 3. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu 4. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Terapeutik 5. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 6. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 7. Pasang handrail tempat tidur 8. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 9. Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker) 10. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien Edukasi 11. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
5	2						
5	2						

3.1.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.9
Implementasi Keperawatan

No DX	Tanggal dan Waktu	Implementasi	Paraf
1.	Rabu , 01-04-2026 09.45 WIB 09.46 WIB 09.49 WIB 09.50 WIB 10.00 WIB 10.05 WIB 10.10 WIB 11.15 WIB 10.20 WIB	- Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. R : Tidak ada keluhan nyeri lainnya - Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan R : Klien mengatakan lemas untuk menggerakkan anggota badan bagian kirinya - Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi H : TD : 149/90 mmHg N: 89x/m - Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi H : Klien tampak sedikit meringis ketika dilakukan gerakan <i>Range Of Motion</i> (ROM) - Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu H : Menyediakan kursi roda di dekat bed - Memfasilitasi melakukan pergerakan H : Membantu klien mobilisasi secara bertahap dengan posisi mika-miki dan berpegangan pada handtrail - Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan R :Keluarga klien bersedia membantu mobilisasi klien - Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi R : Klien mengerti dan bersedia melakukan gerakan <i>Range Of Motion</i> (ROM) - Menganjurkan melakukan mobilisasi dini R : Klien bersedia untuk melakukan mobilisasi secara bertahap - Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan	 Hazel

	10.25 WIB	H : Melakukan <i>Range Of Motion</i> (ROM) pasif	
2.	Rabu , 01-04-2026 11.00 WIB 11.02 WIB 11.05 WIB 11.07 WIB 11.10 WIB	1. Memonitor kecepatan, kuantitas, volume dan diksi bicara H : Klien terdengar bicara tidak jelas (Pelo) 2. Memonitor proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara H : Otot wajah klien tampak tertarik ke sebelah kanan dan bibir merot ke kanan 3. Memonitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara R : Klien mengatakan sulit berbicara karena bibirnya mencong ke kanan 4. Mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi H : Klien tampak tenang saat diajak berkomunikasi 5. Melatih terapi vocal AIUEO H : Klien mengikuti gerakan AIUEO yang di peragakan	 Hazel
3.	Rabu ,01-04-2026 11.20 WIB 11.23 WIB 11.28 WIB 11.32 WIB 11.35 WIB 11.40 WIB 11.43 WIB	1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK H : ISKEMIK serebri (penyumbatan darah di otak) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK H : TD : 149/90 mmHg N : 89x/m 3. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) H : MAP : 109 mmHg 4. Monitor status pernapasan H : RR : 20x/m 5. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang R : Klien merasa nyaman 6. Memberikan posisi semi fowler R : Klien merasa nyaman dengan posisi semifowler 7. Mempertahankan suhu tubuh normal H : S : 36,6 0	 Hazel

4.	Rabu ,01-04-2026 11.50 WIB 12.00 WIB 12.13 WIB 12.20 WIB 12.25 WIB 12.30 WIB 12.37 WIB 12.40 WIB 12.45 WIB 12.50 WIB 12.55 WIB	1. Mengidentifikasi faktor jatuh H : Klien berusia >50 thn, ada riwayat jatuh 2. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh H : Tidak ada faktor lingkungan yang membahayakan klien 3. Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala MFS H : >45 (resiko tinggi jatuh) 4. Memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya H : Klien tidak mampu berpindah tanpa bantuan 5. Mengorientasikan ruangan pada pasien dan keluarga R : Klien dan keluarga mengetahui posisi ruangan 6. Memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci H : Bed sudah terkunci dan kursi roda berada di dekat bed 7. Memasang handrail tempat tidur H : Handtrail sudah terpasang 8. Mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah H : Bed sudah diatur dalam posisi terendah 9. Menggunakan alat bantu berjalan H : Menyediakan kursi roda 10. Mendekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien R : Klien mengerti dan mudah menjangkau bel 11. Mengajukan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah R : Klien mengerti	 Hazel
1.	Kamis, 02-04-2026 09.45 WIB	1. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi H : TD : 140/90 mmHg N: 80x/m 2. Memonitor kondisi selama dilakukan mobilisasi	 Hazel

	09.46 WIB 09.48 WIB 09.50 WIB	H : Klien tampak sedikit meringis ketika dilakukan gerakan <i>Range Of Motion</i> (ROM) 3. Memfasilitasi melakukan pergerakan H : Membantu klien mobilisasi secara bertahap dengan posisi mika-miki dan berpegangan pada handtrail 4. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan H : Klien dan keluarga tampak sudah bisa dan mengerti cara melakukan gerakan <i>Range Of Motion</i> (ROM)	
2	Kamis, 02-04-2026 10.00 WIB	1. Melatih terapi vocal AIUEO H : Klien mengikuti gerakan AIUEO yang di peragakan	 Hazel
3	kamis, 02-04-2026 10.20 WIB 10.25 WIB 10.30 WIB 10.35 WIB	1. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK H : TD : 140/90 mmHg N : 80x/m 2. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) H : MAP : 106 mmHg 3. Monitor status pernapasan H : RR : 21x/m 4. Memberikan posisi semi fowler R : Klien merasa nyaman dengan posisi semi fowler	 Hazel
4.	Kamis 02-04-2026 10.40 10.45 10.50 10.55 11.00	1. Mengidentifikasi faktor jatuh H : Klien berusia >50 thn, ada riwayat jatuh 2. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh H : Tidak ada faktor lingkungan yang membahayakan klien 3. Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala MFS H : >45 (resiko tinggi jatuh) 4. Memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya H : Klien tidak mampu berpindah tanpa bantuan 5. Mengorientasikan ruangan pada pasien dan keluarga	 Hazel

	11.05 11.10 11.15 11.20 11.25 11.30	R : Klien dan keluarga mengetahui posisi ruangan 6. Memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci H : Bed sudah terkunci dan kursi roda berada di dekat bed 7. Memasang handrail tempat tidur H : Handrail sudah terpasang 8. Mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah H : Bed sudah diatur dalam posisi terendah 9. Menggunakan alat bantu berjalan H : Menyediakan kursi roda 10. Mendekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien R : Klien mengerti dan mudah menjangkau bel 11. Mengajukan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah R : Klien mengerti	
1.	Jumat 03-04-2026 14.45 14.50 14.55 15.10	1. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi H : TD : 140/90 mmHg N: 80x/m 2. Memonitor kondisi selama dilakukan mobilisasi H : Klien tampak meringis berkurang ketika dilakukan gerakan <i>Range Of Motion</i> (ROM) 3. Memfasilitasi melakukan pergerakan H : Membantu klien mobilisasi secara bertahap dengan posisi mika-miki dan berpegangan pada handrail 4. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan H : Klien dan keluarga tampak sudah bisa dan mengerti cara melakukan gerakan <i>Range Of Motion</i> (ROM)	 Hazel
2.	Jumat 03-04-2026 15.15	1. Melatih terapi vocal AIUEO H : Klien mengikuti gerakan AIUEO	 Hazel

3.	Jumat 03-04-2026 15.20 15.25 15.30	1. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK H : TD : 145/90 mmHg N : 83x/m 2. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) H : MAP : 102 mmHg 3. Monitor status pernapasan H : RR : 21x/m 4. Memberikan posisi semi fowler R : Klien merasa nyaman dengan posisi semi fowler	 Hazel
4.	Jumat 03-04-2026 15.35 15.40 15.45 15.50 15.55	1. Mengidentifikasi faktor jatuh H : Klien berusia >50 thn, ada riwayat jatuh 2. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh H : Tidak ada faktor lingkungan yang membahayakan klien 3. Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala MFS H : >45 (resiko tinggi jatuh) 4. Memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya H : Klien tidak mampu berpindah tanpa bantuan 5. Mengorientasikan ruangan pada pasien dan keluarga R : Klien dan keluarga mengetahui posisi ruangan	 Hazel
1.	Sabtu 04-03-2026 08.50 09.10 09.15 09.20	1. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi H : TD : 150/90 mmHg N: 83x/m 2. Memonitor kondisi selama dilakukan mobilisasi H : Klien tampak rileks ketika dilakukan gerakan <i>Range Of Motion</i> (ROM) 3. Memfasilitasi melakukan pergerakan H : Membantu klien mobilisasi secara bertahap dengan posisi duduk di tempat tidur 4. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan H : Klien dan keluarga sudah bisa dan mengerti cara melakukan gerakan <i>Range Of Motion</i> (ROM)	 Hazel
2.	Sabtu 04-03-2026 09.25	1. Melatih terapi vocal AIUEO H : Klien mengikuti gerakan AIUEO	 Hazel

3.	Sabtu 04-03-2026 09.40 09.45 09.50 09.55	1. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK H : TD : 150/90 mmHg N : 80x/m 2. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) H : MAP : 100 mmHg 3. Monitor status pernapasan H : RR : 21x/m 4. Memberikan posisi semi fowler R : Klien merasa nyaman dengan posisi semi fowler	 Hazel
4.	Sabtu 04-03-2026 10.00 10.05 10.15 10.20	1. Mengidentifikasi faktor jatuh H : Klien berusia >50 thn, ada riwayat jatuh 2. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh H : Tidak ada faktor lingkungan yang membahayakan klien 3. Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala MFS H : >43 (resiko tinggi jatuh) 4. Memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya H : Klien tidak mampu berpindah tanpa bantuan 5. Mengorientasikan ruangan pada pasien dan keluarga R : Klien dan keluarga mengetahui posisi ruangan	 Hazel

3.1.5 Catatan Perkembangan

Tabel 3.10
Catatan Perkembangan

No DX	Tanggal dan Waktu	Evaluasi	Paraf
1.	Rabu , 01-04-2026	S: Klien mengatakan lemas untuk menggerakkan anggota badan bagian kiri, tidak ada keluhan nyeri lain. O: TD 149/90 mmHg, N 89x/m, klien tampak sedikit meringis saat dilakukan ROM, kekuatan otot 2, mobilisasi dibantu bertahap (miring kanan-kiri, berpegangan handrail), keluarga kooperatif membantu. A: Masalah belum teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi — ROM pasif, mobilisasi bertahap, libatkan keluarga.	 Hazel
2.	Rabu , 01-04-2026	S: Klien mengatakan sulit berbicara karena bibirnya mencong ke kanan. O: Bicara klien terdengar tidak jelas (pelo), otot wajah tertarik ke sebelah kanan dan bibir merot ke kanan, klien tampak tenang saat diajak komunikasi, klien mengikuti gerakan terapi vokal AIUEO yang diperagakan. A: Gangguan komunikasi verbal belum teratasi P: Lanjutkan latihan terapi vokal AIUEO, monitor perkembangan kemampuan bicara	 Hazel

3.	Rabu , 01-04-2026	S: Klien mengatakan merasa nyaman dengan lingkungan yang tenang dan posisi semi fowler. O: Penyebab peningkatan TIK teridentifikasi yaitu iskemik serebri (penyumbatan pembuluh darah otak). TD 149/90 mmHg, N 89x/menit, MAP 109 mmHg, RR 20x/menit, suhu 36,6°C. Klien diposisikan semi fowler dengan lingkungan tenang. A: Risiko perfusi serebral tidak efektif, kondisi berisiko masih ada P: Lanjutkan monitor TTV, MAP, dan status pernapasan; pertahankan posisi semi fowler dan suhu tubuh normal	 Hazel
4.	Rabu , 01-04-2026	S: Klien dan keluarga mengatakan sudah mengetahui posisi ruangan dan mengerti untuk memanggil perawat bila membutuhkan bantuan berpindah. O: Klien berusia >53 tahun dengan riwayat jatuh, skor MFS >45 (risiko tinggi jatuh), klien tidak mampu berpindah dari tempat tidur ke kursi roda tanpa bantuan, tidak ditemukan faktor lingkungan yang membahayakan. Bed dan kursi roda dalam kondisi terkunci, handrail terpasang, bed diatur pada posisi terendah, kursi roda tersedia di dekat bed, bel pemanggil berada dalam jangkauan klien. A: Risiko jatuh tinggi masih ada P: Lanjutkan intervensi pencegahan risiko jatuh, pertahankan penggunaan alat bantu dan pengaman tempat tidur	 Hazel

No DX	Tanggal dan Waktu	Evaluasi	Paraf
1.	kamis, 02-04-2026 WIB	S: Tidak ada keluhan baru dilaporkan. O: TD 140/90 mmHg, N 80x/m (membaik dari hari 1), meringis saat ROM berkurang, kekuatan otot 2, klien dan keluarga sudah bisa dan mengerti cara melakukan ROM secara mandiri. A: Masalah teratasi sebagian — ada perbaikan toleransi mobilisasi dan kemandirian keluarga. P: Lanjutkan intervensi ROM dan mobilisasi bertahap.	 Hazel
2.	kamis, 02-04-2026 WIB	S: Tidak ada keluhan tambahan yang disampaikan klien. O: Klien mengikuti gerakan terapi vokal AIUEO yang diperagakan. A: Gangguan komunikasi verbal belum teratasi, klien mulai kooperatif P: Lanjutkan latihan terapi vokal AIUEO	 Hazel
3.	kamis, 02-04-2026 WIB	S: Klien mengatakan merasa nyaman dengan posisi semi fowler. O: TD 140/90 mmHg, N 80x/menit, MAP 106 mmHg, RR 21x/menit. A: Risiko perfusi serebral tidak efektif, kondisi mulai stabil P: Lanjutkan monitor TTV dan MAP, pertahankan posisi semi fowler	 Hazel

4.	kamis, 02-04-2026 WIB	S: — O: Tidak ada implementasi tambahan yang tercatat pada hari ini; intervensi pencegahan jatuh dari hari sebelumnya (handrail, bed posisi rendah, kursi roda, bel dalam jangkauan) tetap dipertahankan. A: Risiko jatuh tinggi masih ada P: Pertahankan intervensi pencegahan risiko jatuh yang sudah berjalan	 Hazel
NO DX	Tanggal dan waktu	Evaluasi	Paraf
1.	Jumat 03-04-2026	S: Tidak ada keluhan nyeri baru. O: TD 140/90 mmHg, N 80x/m, meringis semakin berkurang saat ROM, kekuatan otot meningkat dari 2 menjadi 3, klien dan keluarga makin mahir melakukan ROM mandiri. A: Masalah teratasi sebagian, ada kemajuan dibanding hari 2. P: Lanjutkan intervensi, tingkatkan kemandirian latihan.	 Hazel
2.	Jumat 03-04-2026	S: — O: Klien mengikuti gerakan terapi vokal AIUEO. A: Gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian P: Lanjutkan terapi vokal AIUEO, evaluasi kejelasan bicara	 Hazel
3.	Jumat 03-04-2026	S: Klien mengatakan merasa nyaman dengan posisi semi fowler. O: TD 145/90 mmHg, N 83x/menit, MAP 102 mmHg, RR 21x/menit.	 Hazel

		A: Risiko perfusi serebral tidak efektif, kondisi stabil P: Lanjutkan monitor TTV dan MAP, pertahankan posisi semi fowler	Hazel
4.	Jumat 03-04-2026	S: — O: Tidak ada implementasi tambahan yang tercatat pada hari ini; intervensi pencegahan jatuh tetap dipertahankan. A: Risiko jatuh tinggi masih ada P: Pertahankan intervensi pencegahan risiko jatuh yang sudah berjalan	 Hazel
NO DX	Tanggal dan Waktu	Evaluasi	paraf
1.	Sabtu 04-04-2026	S: Tidak ada keluhan nyeri. O: TD 150/90 mmHg, N 83x/m, klien tampak rileks saat ROM (tidak lagi meringis), kekuatan otot 3 (stabil dari hari sebelumnya), mobilisasi meningkat ke posisi duduk di tempat tidur, klien dan keluarga sudah bisa dan mengerti ROM. A: Masalah teratasi sebagian, kondisi stabil dengan kemajuan dipertahankan (rileks saat ROM, kekuatan otot tetap 3, mampu duduk di tempat tidur). P: Lanjutkan mobilisasi bertahap, tingkatkan level aktivitas sesuai toleransi.	 Hazel
2.	Sabtu 04-04-2026	S: — O: Klien mengikuti gerakan terapi vokal AIUEO. A: Gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian	 Hazel

		P: Lanjutkan terapi vokal AIUEO, evaluasi kejelasan bicara klien	
3.	Sabtu 04-04-2026	S: Klien mengatakan merasa nyaman dengan posisi semi fowler. O: TD 150/90 mmHg, N 80x/menit, MAP 100 mmHg, RR 21x/menit. A: Risiko perfusi serebral tidak efektif, kondisi stabil P: Lanjutkan monitor TTV dan MAP, evaluasi lanjut kondisi neurologis	 Hazel
4.	Sabtu 04-04-2026	S: — O: Tidak ada implementasi tambahan yang tercatat pada hari ini; intervensi pencegahan jatuh tetap dipertahankan. A: Risiko jatuh tinggi masih ada P: Pertahankan intervensi pencegahan risiko jatuh yang sudah berjalan	 Hazel

3.2. Pembahasan

Berdasarkan pembahasan ini, penulis akan menjelaskan kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada Tn. F dengan diagnose Stroke ISKEMIK di ruang Ustman Bin Affan RSUD Welas Asih Provinsi Jawa Barat. Penulis juga akan menyajikan literature berbasis data (EBP) untuk mendukung alasan tersebut. Pembahasan ini mencakup data pustaka yang diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan dan opini yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, penatalaksanaan, dan evaluasi keperawatan.

3.2.1 Analisis Pembahasan Tahap Proses Keperawatan

3.2.1.1 Pengkajian dan Analisa Data

Pengkajian dalam asuhan keperawatan merupakan langkah sistematis yang dilakukan oleh perawat untuk mengumpulkan dan menganalisis informasi mengenai kondisi kesehatan pasien. Tujuan dari proses ini adalah untuk mengidentifikasi masalah serta kebutuhan perawatan pasien. Proses pengkajian mencakup pengumpulan data subjektif dan objektif melalui wawancara, observasi, serta pemeriksaan fisik, yang kemudian dianalisis dan didokumentasikan. Selain itu, evaluasi terhadap efektivitas pengkajian dilakukan untuk menyesuaikan rencana perawatan. Pengkajian yang tepat dan menyeluruh sangat penting untuk perencanaan dan pelaksanaan asuhan keperawatan yang efektif, serta memastikan kualitas perawatan yang optimal (Tarwoto, 2021).

Pengkajian pada Tn. F dilakukan pada hari Rabu, 01 April 2026, di Ruang Ustman Bin Affan di RSUD Wlas Asih Provinsi Jawa Barat. Pasien berusia 67 tahun, yang berdomisili di Kondang, RT 02/ RW 10, Majalaya dengan diagnose

medis Stroke ISKEMIK. Hal ini bermula SMRS klien mengeluh nyeri kepala sudah 3 hari setelah mengkonsumsi ikan asin, lalu klien mengalami kelemahan dibagian ekstremitas sebelah kirinya sehingga keluarga membawanya langsung ke RS terdekat. Klien sebelumnya sudah pernah mengalami penyakit seperti yang dirasakan saat ini kira-kira sudah +/- 5 tahun yang lalu. Klien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi yang tidak terkontrol, ada anggota keluarga yang memiliki riwayat hipertensi juga yakni ayahnya, tidak ada anggota keluarga lain yang mengalami penyakit menurun lainnya seperti DM dan jantung dll.

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 01 April 2026, didapatkan data klien mengeluh tubuh sebelah kirinya lemas, klien mengeluh saat menggerakkan tubuh sebelah kirinya susah digerakan dan terasa kesemutan, klien mengeluh kesakitan pada saat melakukan ROM dan juga mengeluh kaku untuk berbicara, klien tampak perlu bantuan saat mobilisasinya, rentang gerak (ROM) menurun, pasien tampak kesulitan menggerakkan kaki dan tangan kirinya dan juga kekuatan otot, klien berbicara tampak sedikit tidak jelas, tampak kaku dan sulit untuk berbicara dan hasil CT-Scan ISKEMIK substansia alba perventrikuler kanan, lobus fronto-temporo-parietal kanan.

Dari hasil pengkajian, didapatkan dimana tanda dan gejala yang dialami oleh klien terdapat kesamaan dengan tanda dan gejala yang ada dalam teori menurut menurut Gofir (2021), yaitu diantaranya pasien dengan Stroke Non Hemoragik mengalami nyeri kepala, kelemahan pada salah satu bagian tubuh sebelah kanan atau juga sebelah kiri dan juga dengan tanda dan gejala lainnya seperti mengalami pelo (afasia), kesulitan untuk menelan makanan dan juga gangguan mobilitas fisik.

Gejala ini timbul akibat terjadinya ISKEMIK serebri atau stroke iskemik di otak. Stroke iskemik terjadi ketika aliran darah ke bagian tertentu dari otak terhenti atau berkurang secara signifikan, biasanya akibat penyumbatan pada pembuluh darah oleh gumpalan darah (trombosis atau emboli). Otak terdiri dari dua hemisfer, kanan dan kiri, yang mengendalikan sisi tubuh yang berlawanan. Misalnya, hemisfer kanan otak mengontrol gerakan dan sensasi pada sisi kiri tubuh, dan sebaliknya. Jadi, ketika terjadi ISKEMIK di hemisfer kanan, seperti di area ganglia basalis atau substansia alba periventrikuler kanan, maka fungsi motorik dan sensorik pada sisi kiri tubuh akan terganggu.

Substantia alba adalah bagian dari ganglia basalis yang terletak di otak tengah dan berperan penting dalam produksi dopamin, neurotransmitter yang terlibat dalam pergerakan, motivasi, dan sistem penghargaan, begitupun Ganglia Basalis adalah kelompok struktur di otak yang berperan dalam koordinasi gerakan dan kontrol motorik. Jika aliran darah ke area ini terganggu, fungsi gerakan bisa terpengaruh, menyebabkan kelemahan otot, penurunan rentang gerak (ROM), dan kesulitan dalam melakukan gerakan yang sebelumnya mudah dilakukan.

Selain itu, ISKEMIK di area kortikal dan subkortikal, seperti lobus fronto-temporo-parietal kanan, bisa mengganggu kemampuan berbicara dan fungsi kognitif lainnya, sehingga pasien mungkin mengalami kesulitan berbicara (dysarthria) atau berbicara dengan pelan (pelo).

3.2.1.2 Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan Diagnosis keperawatan yang ditegakkan penulis pada kasus Tn. F didapatkan 4 masalah keperawatan yang muncul, yaitu gangguan mobilitas

fiisk, gangguan komunikasi verbal, resiko perfusi serebral tidak efektif, dan resiko jatuh. Diagnosis ini didasarkan pada keluhan-keluhan yang dirasakan oleh klien.

Gambaran klinis pada pasien dengan stroke ISKEMIK menurut Gofir 2021 yaitu diantaranya mengalami nyeri kepala, kelemahan pada salah satu bagian tubuh sebelah kanan atau juga sebelah kiri dan juga dengan tanda dan gejala lainnya (hemiparesis dan hemiplegia), mengalami pelo atau kesulitan bicara (dysarthria) memahami kalimat (afasia), kesulitan untuk menelan makanan (dysphagia) yang meningkatkan resiko aspirasi dan juga gangguan mobilitas fisik. Gambaran ini tergantung dengan lokasi dan luasnya ISKEMIK di otak dan memerlukan penanganan segera untuk meminimalisir kerusakan otak lebih lanjut.

Penulisan pernyataan Diagnosis keperawatan meliputi beberapa hal, diantaranya, *Problem* (P), *Etiology* (E) dan *Symptoms* (S), terkecuali untuk Diagnosis resiko terdiri dari satu komponen yaitu *Problem* (P). maka Diagnosis keperawatan yang muncul pada Tn. F adalah sebagai berikut.

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular

Berdasarkan pengkajian pada tanggal 01 April 2026 didapatkan data data berupa, klien mengeluh tubuh sebelah kirinya lemas, klien mengeluh susah menggerakkan anggota tubuh sebelah kirinya, klien mengeluh kesemutan pada anggota sebelah kirinya, klien mengeluh sakit pada saat dilakukan ROM pada anggota tubuh sebelah kirinya, rentang gerak otot (ROM) klien menurun, klien tampak kesulitan menggerakkan ekstremitas atas dan bawah bagian kirinya, klien tampak memerlukan bantuan untuk mobilisasinya, kekuatan otot 5/2 5/2.

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 ISKEMIK mengalami 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).

Diagnosis utama yang diangkat oleh penulis adalah gangguan mobilitas fisik yang harus segera ditangani. Jika tidak diatasi, masalah ini dapat menyebabkan masalah baru seperti kelumpuhan. Oleh karena itu, gangguan mobilitas fisik diangkat sebagai Diagnosis utama. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Rahmadani & Rustandi (2022), yang menunjukkan bahwa gangguan mobilitas fisik adalah tanda kondisi medis yang serius.

Menegakkan diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke ISKEMIK sangat krusial karena membantu mengidentifikasi kebutuhan perawatan yang spesifik, merencanakan intervensi yang tepat, serta mencegah komplikasi seperti ulkus dekubitus dan trombosis vena dalam. Dengan diagnosis

yang akurat dapat merancang terapi yang tepat untuk meningkatkan fungsi fisik dan kualitas hidup pasien, serta memantau kemajuan dan menyesuaikan rencana perawatan untuk memastikan perawatan yang optimal dan mendukung proses pemulihan kondisi pasien.

2. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral

Berdasarkan pengkajian pada tanggal 01 April 2026 didapatkan data berupa Klien mengeluh kaku saat berbicara, bicara klien tampak tidak jelas (pelo), pemeriksaan nervus VII : Berbicara pelo, otot wajah klien tampak tertarik ke arah kanan, bibir klien tampak merot/mencong ke kanan, hasil CT Scan : ISKEMIK di substansia alba periventrikuler lateralis kanan, lobus fronto-temporo-parietal kanan. Sejalan dengan teori yang terdapat dalam SDKI (2016), bahwa penegakan diagnosis keperawatan gangguan komunikasi verbal harus memenuhi minimal 80% dari gejala dan tanda mayor yaitu tidak mampu berbicara atau mendengar, dan menunjukkan respon tidak sesuai.

Dan juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rahmadani & Rustandi (2022), yang menunjukkan bahwa pada kasus stroke ISKEMIK diperlukan penegakan diagnosis keperawatan gangguan komunikasi verbal. Penanganan gangguan komunikasi verbal pada pasien stroke ISKEMIK penting untuk memperbaiki kemampuan berbicara, mendukung pemulihan kognitif dan emosional, serta meningkatkan kualitas hidup melalui interaksi yang lebih baik. Intervensi efektif mempermudah evaluasi dan perencanaan perawatan oleh tenaga medis, serta memastikan pasien menerima informasi dan instruksi dengan

baik. Ini mendukung pemulihan, mengurangi resiko depresi, dan perawatan yang optimal.

3. Risiko perfusi serebral tidak efektif

Berdasarkan pengkajian pada tanggal 01 April 2026 didapatkan data berupa klien mengeluh nyeri kepala, klien mengeluh bagian tubuh sebelah kirinya lemas, Kes : CM GCS : E4M6V5, TTV TD : 169/82 mmH, Nadi : 94x/m, Respirasi : 20x/m, Suhu : 36,3 0C, SPO2 : 98%, hasil CT Scan : ISKEMIK serebri di substansia alba periventrikuler lateralis kanan, lobus fronto-temporo-parietal kanan

Sejalan dengan teori yang terdapat dalam SDKI (2016), bahwa penegakan diagnosis keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif harus sesuai dengan kondisi klinis terkait yaitu Stroke. Dan juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rahmadani & Rustandi (2022), yang menunjukkan bahwa pada kasus stroke ISKEMIK diperlukan penegakan diagnosis keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif.

Pada kasus stroke ISKEMIK, penegakan diagnosis keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif sangat penting untuk mengidentifikasi adanya gangguan pada aliran darah ke otak yang dapat memperburuk kerusakan jaringan otak. Diagnosis ini memungkinkan perencanaan intervensi yang tepat, seperti manajemen tekanan darah dan terapi obat, untuk meningkatkan perfusi serebral dan mencegah komplikasi tambahan. Selain itu, diagnosis ini membantu dalam pemantauan kondisi pasien secara berkelanjutan dan penyesuaian rencana

keperawatan, memastikan perawatan yang optimal dan mencegah kerusakan lebih lanjut.

4. Resiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun

Berdasarkan pengkajian pada 01 April 2026 didapatkan data berupa klien mengatakan pernah jatuh di kamar mandi 5 bulan yang lalu, klien berusia 67 tahun, kekuatan otot 5/2 5/2, hasil *Morse Falls Scale* (MFS) menunjukkan skor >45 (resiko tinggi jatuh).

Sejalan dengan teori yang terdapat dalam SDKI (2016), bahwa penegakan diagnosis keperawatan risiko jatuh harus sesuai dengan kondisi klinis terkait yaitu Stroke. Dan juga sejalan dengan teori *Morse Fall Scale* (MFS) bahwa skor >45 menandakan bahwa klien dengan resiko tinggi jatuh.

Pada kasus stroke ISKEMIK, penegakan diagnosis keperawatan risiko jatuh sangat penting untuk mengidentifikasi adanya resiko jatuh yang mungkin terjadi yang dapat memperburuk kondisi klien. Diagnosis ini memungkinkan perencanaan intervensi yang tepat, seperti pemantauan yang lebih intens dan memastikan lingkungan sekitar aman. Selain itu, diagnosis ini membantu dalam pemantauan kondisi pasien secara berkelanjutan dan penyesuaian rencana perawatan, memastikan perawatan yang optimal dan mencegah kondisi lebih buruk.

3.2.1.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan, dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada pasien/klien

berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan dapat diatasi (Kusuma, dkk 2023).

Perencanaan keperawatan adalah proses terstruktur untuk menetapkan langkah-langkah keperawatan yang diperlukan untuk mencapai tujuan atau hasil yang diinginkan. Proses ini mencakup masalah keperawatan, pembuatan tujuan jangka pendek dan panjang yang spesifik, terstruktur, dapat dicapai, relevan, dan terbatas waktu (SMART), pemilihan intervensi keperawatan, penyusunan rencana tindakan, serta pendokumentasian. Tujuannya adalah untuk memberikan tindakan keperawatan yang terorganisir dan fokus pada kebutuhan pasien, meningkatkan efektivitas intervensi, dan menyediakan panduan yang jelas bagi tim keperawatan (SIKI,2016).

Berikut ini merupakan rencana tindakan yang akan dilakukan :

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular

Berdasarkan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular dengan tujuan setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam, maka diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : Pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat (SLKI,2018) sehingga intervensi atau rencana tindakan yang akan dilakukan yaitu menggunakan intervensi utama dukungan mobilitas berupa observasi : identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi, monitor kondisi umum sebelum melakukan mobilisasi, terapeutik : fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat

bantu, fasilitas melakukan pergerakan, libatkan keluarga dalam membantu pasien melakukan pergerakan, lakukan latihan ROM pada pasien, edukasi : jelaskan tujuan dan prosedur latihan ROM, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis : duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi), kolaborasi : pemberian obat Nootropik & Neotropik (SIKI,2018).

Pada Diagnosis ini penulis akan memberikan terapi nonfarmakologis dengan ROM, dimana terapi ini dapat mencegah kekakuan otot dan meningkatkan kekuatan otot pada ekstremitas yang mengalami kelemahan yang dilakukan oleh Rahmadani dan Rustandi (2022), dengan hasil penelitian menunjukkan ada pengaruh latihan *Range Of Motion* (ROM) pada pasien stroke non hemoragik di RS Latihan gerak *Range Of Motion* (ROM) memiliki pengaruh signifikan terhadap kemampuan pergerakan pada pasien stroke ISKEMIK karena beberapa alasan penting, salah satunya adalah pencegahan kekuatan otot dan sendi, yang sering terjadi akibat mobilitas setelah stroke dengan menjaga fleksibilitas sendi, ROM mencegah kontraktur yang dapat memperburuk mobilitas. Selain itu, latihan ini meningkatkan sirkulasi darah ke otot-otot yang terkena, membawa oksigen dan nutrisi penting untuk penyembuhan, serta mencegah pembentukan bekuan darah yang beresiko pada pasien yang tidak banyak bergerak.

Latihan ROM juga memperkuat otot-otot yang lemah, mempertahankan tonus otot, dan secara bertahap meningkatkan kekuatan melalui penggunaan yang berkelanjutan. Lebih jauh latihan ini merangsang neuroplastitas dimana otak membentuk koneksi saraf baru yang memungkinkan bagian otak lain

mengambil alih fungsi otak lain akibat stroke. Akhirnya latihan ROM berkontribusi pada peningkatan kemampuan fungsional pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari, memberikan dampak positif pada pemulihan.

Berdasarkan hal tersebut peneliti akan membuktikan penelitian Rahmadani & Rustandi 2022, apakah terjadi peningkatan kemampuan pergerakan ekstremitas pada pasien stroke ISKEMIK.

2. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuscular

Berdasarkan Diagnosis keperawatan gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuscular dengan tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam, maka komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil : kemampuan berbicara meningkat, berbicara perlahan menurun (SLKI,2018). Maka intervensi ataupun rencana tindakan yang akan dilakukan yaitu, menggunakan intervensi utama promosi komunikasi : defisit bicara. Berupa kolaborasi kecepatan, tekanan, kualitas, volume, dan diksi bicara, monitor progress kognitif, anatomis dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis : bicara, pendengaran dan bahasa), terapeutik : sesuai gaya komunikasi dengan kebutuhan, ulangi apa yang disampaikan pasien, berikan dukungan psikologis. Edukasi : ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan gangguan bicara dan kolaborasi pemberian obat nootropik & neurotropik (SIKI,2018).

Intervensi yang dilakukan pada pasien TN. F terhadap keterkaitan penelitian yang dilakukan oleh Ramadhani & Rustandi 2022, bahwa pasien stroke ISKEMIK memerlukan intervensi promosi komunikasi : defisit bicara yang

bertujuan untuk membantu memulihkan kemampuan bicara dan berkomunikasi yang terganggu akibat kerusakan pada area otak yang mengontrol fungsi bicara.

Intervensi promosi komunikasi untuk pasien dengan defisit bicara sangat penting karena gangguan komunikasi dapat menyebabkan isolasi sosial, frustrasi, dan penurunan kualitas hidup. Intervensi ini membantu pasien memulihkan kemampuan bicara atau menggunakan metode komunikasi alternative, mengurangi kesalahpahaman dalam perawatan, dan memastikan partisipasi dalam pengambilan keputusan terkait perawatan. Setelah itu, intervensi ini juga mengurangi stress emosional, memperkuat hubungan interpersonal, dan mendukung proses pemulihan pasien.

3. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan ISKEMIK serebri

Berdasarkan Diagnosis keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan ISKEMIK serebri, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan perfusi jaringan serebral pasien menjadi efektif dengan kriteria hasil, tanda TIK menurun, sakit kepala/pusing menurun, nilai TD dalam batas normal 120/80 mmHg, tekanan sistolik membaik, tekanan diastolic membaik (SLKI,2018). Sehingga intervensi atau rencana tindakan yang akan dilakukan yaitu menggunakan intervensi utama manajemen peningkatan internal, observasi : identifikasi penyebab peningkatan TIK, monitor tanda dan gejala peningkatan TIK, monitor MAP, monitor status pernafasan. Terapeutik, minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, berikan posisi semifowler, pertahankan suhu tubuh normal. Kolaborasi terdiri dari kolaborasi pemberian obat pada pasien (SIKI,2018).

Intervensi yang akan dilakukan pada pasien Tn. F terhadap keterkaitan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ramadhani % Rustandi 2022, bahwa pasien stroke ISKEMIK memerlukan intervensi manajemen peningkatan TIK yang bertujuan untuk mencegah kerusakan lebih lanjut pada otak, menjaga aliran darah dan oksigen, serta menghindari komplikasi serius, seperti herniasi otak dan meningkatkan peluang pemulihan. Intervensi manajemen peningkatan TIK penting untuk pasien dengan resiko perfusi serebral tidak efektif karena tekanan tinggi dapat menghambat aliran darah ke otak, memperburuk kerusakan, dan menyebabkan komplikasi serius. Intervensi ini menjaga perfusi serebral, mencegah edema otak, mendukung pemulihan pasien.

4. Resiko jatuh berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Berdasarkan Diagnosis keperawatan resiko jatuh berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan resiko jatuh menurun dengan kriteria hasil, jatuh dari tempat tidur dapat dicegah, jatuh pada saat berjalan dapat dicegah (SLKI,2018). Sehingga intervensi atau rencana tindakan yang akan dilakukan yaitu menggunakan intervensi utama manajemen pencegahan jatuh, observasi : identifikasi faktor jatuh (mis : usia, riwayat jatuh, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) , identifikasi faktor lingkungan, hitung resiko jatuh, monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur.Terapeutik, orientasikan ruangan pada pasien, pastikan kursi roda atau roda tempat tidur terkunci, dan pasang handtrail tempat tidur (SIKI,2018).

Intervensi yang akan dilakukan pada pasien Tn. F terhadap keterkaitan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ramadhani % Rustandi 2022, bahwa pasien stroke ISKEMIK memerlukan intervensi pencegahan jatuh yang bertujuan untuk resiko jatuh yang terjadi pada pasien dengan penurunan kekuatan otot, Intervensi ini menjaga kondisi pasien tetap stabil, mencegah resiko cedera lain yang terjadi akibat resiko jatuh, dan mendukung pemulihan pasien.

3.2.1.4 Implementasi Keperawatan

Penulis melakukan implementasi sesuai dengan intervensi yang sudah yang sudah ditetapkan sebelumnya. Pelaksanaan implementasi dilaksanakan pada tanggal 1 April 2026 yang sebelumnya sudah dilakukan kontrak waktu pada saat pengkajian.

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular

Penulis melakukan implementasi mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, mengidentifikasi toleransi fisik melakukan penggerakan, memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ROM, memonitor kondisi umum selama pelaksanaan ROM, memfasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: duduk di atas tempat tidur), memfasilitasi melakukan penggerakan, melibatkan keluarga dalam membantu pasien untuk meningkatkan penggerakan, menjelaskan tujuan dan prosedur ROM, menganjurkan melakukan mobilisasi ROM dini, dan mengajarkan mobilisasi ROM.

Implementasi yang dilakukan pada pasien Tn. F terdapat keterkaitan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rahmadani & Rustandi (2022), bahwa tindakan keperawatan pada pasien stroke ISKEMIK dengan keluhan gangguan mobilitas fisik memerlukan intervensi utama yaitu dukungan mobilisasi yang terdapat di dalamnya yaitu mulai dari observasi sampai dengan kolaborasi dan juga menerapkan implementasi teknik non gangguan mobilitas fisik memerlukan intervensi utama yaitu dukungan mobilisasi yang terdapat di dalamnya yaitu mulai dari observasi sampai dengan kolaborasi dan juga menerapkan implementasi teknik non farmakologis yaitu Range Of Motion (ROM).

2. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi verbal

Penulis melakukan implementasi memonitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume dan diksi bicara, memonitor proses kognitif anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis: memori, pendengaran dan bahasa). Memberi dukungan psikologis, menganjurkan bicara perlahan, dan melatih terapi vocal AIUEO.

3. Gangguan perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan ISKEMIK serebri

Penulis melakukan implementasi mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK, memonitor tanda gejala peningkatan TIK, memonitor status pernapasan, meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, pasien tampak tenang, memberikan posisi semi fowler dan berkolaborasi pemberian diuretic osmosis.

3.2.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi hasil dari Diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular pada tanggal 04 April 2026 didapatkan hasil data yaitu klien mengatakan tubuh sebelah kirinya masih kaku dan lemas untuk digerakkan, klien sudah tidak kesemutan lagi, klien mengatakan kesakitan sudah berkurang dan tidak kaku, 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 ekstremitas kanan atas dan bawah 5/5, juga ekstremitas kiri atas dan bawah 3/3.

Evaluasi hasil dari Diagnosis keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif pada tanggal 04 April 2026 pada pukul 13.45 WIB didapatkan hasil data yaitu klien mengatakan nyeri kepala sudah berkurang skala 3 (0-10), tampak tenang, TD : 140/85 mmHg MAP : 103 mmHg Nadi : 90x/m Respirasi : 21x/m Suhu : 36,5 0C SPO2 : 98%

Berdasarkan hasil evaluasi setelah 3 hari dilakukan tindakan keperawatan, didapatkan hasil bahwa tiga masalah keperawatan pada Tn. F, 1 masalah teratasi sebagian dan 3 masalah sudah teratasi. Pada masalah gangguan mobilitas fisik, masalah teratasi sebagian dikarenakan implementasi yang dilakukan belum maksimal hanya 3 hari saja, akan tetapi terjadi sedikit peningkatan pada kekuatan otot ekstremitas kiri pasien, dari kekuatan otot 52/2 menjadi 53/3, dan pada masalah

keperawatan gangguan komunikasi verbal sudah teratasi, karena pasien sudah bisa berbicara seperti biasanya, namun masih merasa kaku. Untuk masalah keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif dan resiko jatuh juga sudah teratasi dalam 3 hari setelah dilakukan tindakan keperawatan.

Evaluasi setelah implementasi keperawatan pada ketiga diagnosis tersebut menunjukkan dampak yang komprehensif terhadap pasien, di mana pasien mengalami pemulihan yang lumayan cepat. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rahmadani & Rustandi (2022), yang menyatakan bahwa penerapan intervensi keperawatan, termasuk dukungan mobilisasi dengan menambahkan latihan Range of Motion (ROM) dan pengucapan A I U E O, berkontribusi signifikan terhadap pemulihan kondisi pasien.

3.2.2 Pembahasan EBP (Evidance Base Practice)

Penulis melakukan pengkajian pada Tn. F dengan Stroke ISKEMIK di Ruang Ustman Bin Affan RSUD Welas asih Provinsi Jawa Barat dengan masalah kematian yang muncul yaitu gangguan mobilitas fisik, untuk masalah kematian tersebut penulis melakukan intervensi dukungan mobil dengan latihan gerak *Range Of Motion* (ROM) yang bertujuan untuk mencegah kekakuan otot dan melatih kemampuan pergerakan pada ekstremitas yang mengalami kelemahan. Adapun cara mengatasi gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke ISKEMIK memerlukan pendekatan yang menyeluruh, dimulai dengan penilaian kondisi fisik dan fungsional pasien, diikuti oleh rehabilitasi dimulai dengan latihan peregangan, penguatan dan keseimbangan. Alat bantu mobilitas seperti tongkat atau kursi roda dapat memfasilitasi pergerakan pasien agar lebih aman, sementara terapi okupasi

dan edukasi mandiri membantu pasien dalam proses pemulihan. Selain itu untuk membantu pasien dalam proses pemulihan penting untuk mencegah adanya kontraktur dengan menjaga postur tubuh dan melakukan peregangan secara teratur, serta memastikan asupan nutrisi yang baik dengan mengkonsultasikan pada ahli gizi. Pendekatan ini membutuhkan kerjasama tim multidisiplin dan keterlibatan keluarga dalam mengawasi resiko komplikasi dan memastikan kondisi terbaik bagi pasien (Cheever,2022).

Penanganan gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke ISKEMIK dapat dengan cara terapi okupasi yakni 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 kelompok pada intervensi, dengan nilai signifikan $p = 0,008$, sementara pada kelompok kontrol tidak terdapat peningkatan yang signifikan ($p > 0,5$). Penelitian ini menyimpulkan bahwa latihan *Range Of Motion* (ROM) berpengaruh positif pada kekuatan otot pada pasien stroke non-hemoragik di ruang ICU RSUD Curup. Kurnawan Saputro 2023 juga mengemukakan bahwa latihan *Range Of Motion* (ROM) efektif dilakukan pada pasien stroke Iskemik dengan gangguan mobilitas fisik, dimana pengukuran menggunakan goniometer menunjukkan hasil positif setelah dilakukan selama 5 hari berturut turut untuk mencegah kekakuan pada otot dan meningkatkan kemampuan pergerakan ekstremitas yang mengalami kelemahan.

Penulis melakukan latihan gerakan ROM pada pasien selama 3 hari berturut-turut dengan waktu 15 menit. Latihan gerak ROM merupakan teknik untuk mencegah kekakuan pada otot dan meningkatkan kemampuan pergerakan pada ekstremitas yang mengalami kelemahan.

Dari kelima jurnal di atas dapat disimpulkan bahwa *Range of Motion* (ROM) pada pasien stroke iskemik 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 iskemik. *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.

Latihan ROM membantu menjaga fleksibilitas otot dan sendi, serta 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.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1. Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan terhadap Tn. F dengan Stroke Non Hemoragik (Stroke iskemik) dari tanggal 01 April - 05 April 2026, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Tn.F dengan Stroke Non Hemoragik (Stroke ISKEMIK) di ruang Ustman Bin Affan RSUD Welas Asih Provinsi Jabar, secara komprehensif dengan menggunakan komunikasi terapeutik, teknik anamnesa, observasi pemeriksaan fisik dan catatan medis (CM) untuk mengumpulkan data-data pasien sehingga masalah dapat ditemukan pada Tn. F yaitu klien mengeluh ekstremitas kiri yang tidak bisa digerakan, pasien berbicara pelo dan mengeluh tidak nafsu makan
2. Penulis mampu merumuskan Diagnosis keperawatan pada Tn. F dengan Stroke Non Hemoragik (Stroke Iskemik) di ruang Ustman Bin Affan RSUD Welas Asih Provinsi Jabar, adapun Diagnosis yang muncul pada Tn. F yaitu sebanyak 4 Diagnosis keperawatan:
 - a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
 - b. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler
 - c. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan infark serebral
 - d. Resiko jatuh dibuktikan dengan menurunnya kekuatan otot
3. Penulis mampu menyusun intervensi keperawatan pada Tn. F dengan Stroke Non Hemoragik (Stroke Iskemik) di ruang Ustman Bin Affan RSUD Welas Asih

Provinsi Jabar, berdasarkan prioritas masalah yang telah disusun dengan melibatkan pembimbing klinik dan pembimbing akademik dan peran serta klien dalam menyusun rencana tindakan keperawatan memudahkan penulis dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

4. Penulis mampu melakukan implementasi keperawatan pada Tn. F dengan Stroke Non Hemoragik (Stroke Iskemik) di Ustman Bin Affan RSUD Welas Asih Provinsi Jabar, dengan rencana yang telah dibuat melalui metode asuhan keperawatan secara langsung ataupun melalui pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarga klien.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi keperawatan dan intervensi Latihan ROM pada Tn. F dengan Stroke Non Hemoragik (Stroke Iskemik) di ruang Ustman Bin Affan RSUD Welas Asih Provinsi Jabar, dengan melihat perkembangan klien dengan respon klien terhadap intervensi yang telah diberikan sehingga tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria dan tujuan yang dapat diukur dari rencana keperawatan.

4.2. Saran

4.2.1. Rumah Sakit

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

4.2.2. Instansi Perguruan Tinggi

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi sebagai salah satu bagian dari pembelajaran asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik (Stroke Iskemik).

4.2.3. Mahasiswa

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

DAFTAR PUSTAKA

- Anwairi, U. (2020). Manajemen Asuhan Keperawatan Psikososial Dengan Masalah Kecemasan Pada Penderita Stroke.
- Bella, C., Inayati, A., & Immawati. (2021). Penerapan Range Of Motion (ROM) Pasif Untuk Mengatasi Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di Kota Metro. *Jurnal Cendikia Muda*, 1(22), 216–222 .
- Dourman. K. 2013, Waspada Stroke Usia Muda. Jakarta: Cerdas Sehat
- Esther (2019). Patofisiologi Aplikasi pada Praktek Keperawatan. Jakarta: EGC. Retrieved from <https://id.scribd.com/doc/69850518/ASKEP-SNH-StrokeNon-Hemoragik>
- Gofir, A. (2021). Tatalaksana Stroke dan Penyakit Vaskuler Lain. Yogyakarta: UGM PRESS
- Handayani, D., & Dominica, D. (2019). Gambaran Drug Related Problems (DRP's) pada Penatalaksanaan Pasien Stroke Hemoragik dan Stroke Non Hemoragik di RSUD Dr M Yunus Bengkulu. *Jurnal Farmasi dan Ilmu Kefarmasian Indonesia*, 5(1), 36-44. <https://doi.org/10.20473/jfiki.v5i12018.36-44>
- Jannah, A. (2021). PROSES ASUHAN GIZI TERSTANDAR PADA PASIEN DIABETES PROSES ASUHAN GIZI TERSTANDAR PADA PASIEN DIABETES STROKE NON- HEMORAGIK DI RSUD PANEMBAHAN SENOPATI BANTUL. Tugas Akhir.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Stroke (PNPk). In *Jurnal Kajian Pendidikan Ekonomi dan Ilmu Ekonomi* (Vol. 2, Issue 1).
- <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84865607390&partnerID=tZ0tx3y1%0Ahttp://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=2LIMMD9FVXkC&oi=fnd&pg=PR5&dq=Principles+of+Digital+Image+Processing+fundamental+techniques&ots=HjrHeuS>
- Lindsay, M.P., Author, C., Norrving, B., Sacco, R. L., Brainin, M., Hacke, W., Martins, S., Pandian, J., & Feigin, V. (2023). Global Stroke Fact Sheet 2023 Authors : World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2023, 806-87.
- Mutiarasari, D. (2023). Ischemic Stroke: Symptoms, Risk Factors, and Prevention. *Jurnal Ilmiah Kedokteran Medika Tandulako*, 1(1), 60–73.

- Nurarif, Amin Huda & Kusuma, H. (2022). Asuhan Keperawatan Praktis Berdasarkan Penerapan Diagnosis Nanda, NIC, NOC dalam Berbagai Kasus(jilid 2.). Jogjakarta: Mediaction Publishing.
- Oktaria, D., & Fazriesa, S. (2021). Efektivitas Akupuntur untuk Rehabilitas Stroke.
- Riskesdas. (2023). Hasil utama riskesdas 2021.
- Parmar, B.P. (2021) ‘Stroke : classification and diagnosis’, pp. 1–19 (Accessed: 26 June 2023).
- 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. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tujuan Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- Pratama, M. Z., Faradisi, F., & Fajriyah, N. N. (2021). Penerapan Terapi Range Of Motion (Rom) Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pada Pasien Dengan Stroke. Prosiding Seminar Nasional Kesehatan, 1, 692–698.
- Rahmadani, E., & Rustandi, H. (2022). Peningkatan Kekatan Otot Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Hemiparese melalui Latihan Range Of Motion (ROM) Pasif. Journal of Telenursing (JOTING), 1(20, 354-363.
- Tarwoto. (2021). Keperawatan Medikal Bedah, gangguan sistem persarafan. Jakarta: CV.Sagung Seto.
- Wahyuningsih, N., & Kurnia, R. (2020). Pengaruh Mirror Therapy terhadap Kemandirian Aktivitas Berpakaian pada Pasien Stroke di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar. Jurnal Terapi Wicara Dan Bahasa, 1(2), 340–346.
- Wijaya, & Putri. (2021). Stroke Non Hemoragik. Retrieved from http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/636/3/KTI_UPLOAD_BABII.pdf