

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN STROKE
INFARK DAN PENERAPAN INTERVENSI *MIRROR THERAPY*
TERHADAP PENINGKATAN KEKUATAN OTOT DI RUANG SANTOLO
RSUD SLAMET GARUT**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

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

**Disusun Oleh:
Ratu Intan Tijaniah S.Kep
KHGD25093**



**INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
TAHUN 2026**

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S
DENGAN STROKE INFARK DAN PENERAPAN
INTERVENSI *MIRROR THERAPY* TERHADAP
PENINGKATAN KEKUATAN OTOT DI RUANG SANTOLO
RSUD SLAMET GARUT
NAMA : RATU INTAN TIJANIAH
NIM : KHGD25093

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan untuk menempuh Ujian Akhir Program Profesi Ners
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut
Garut, 15 Juli 2026
Menyetujui,
Pembimbing



Eldessa Vava Rilla, Ns, M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S
DENGAN STROKE INFARK DAN PENERAPAN
INTERVENSI *MIRROR THERAPY* TERHADAP
PENINGKATAN KEKUATAN OTOT DI RUANG SANTOLO
RSUD SLAMET GARUT**

NAMA : RATU INTAN TIJANIAH

NIM : KHGD25093

Garut, 30 Juli 2026

Menyetujui,

Penguji I



Tantri Puspita, Ns., MNS

Penguji II



Rudy Alfiyansah, S.Kep., Ns., M.Pd

Mengetahui,

**Ketua Program Studi Profesi Ners
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut**



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

Mengesahkan,

Pembimbing



Eldessa Vava Rilla, Ns, M.Kep

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini menyatakan bahwa:

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

Garut, 15 Juli 2026



Ratu Intan Tijaniah

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN STROKE
INFARK DAN PENERAPAN INTERVENSI *MIRROR THERAPY*
TERHADAP PENINGKATAN KEKUATAN OTOT DI RUANG SANTOLO
RSUD SLAMET GARUT**

Ratu Intan Tijaniah

ABSTRAK

Stroke infark merupakan gangguan aliran darah ke otak akibat penyumbatan pembuluh darah yang dapat menyebabkan kelemahan otot atau hemiparesis dan menurunkan kualitas hidup penderita secara signifikan. Salah satu intervensi nonfarmakologis yang dapat diberikan untuk meningkatkan kekuatan otot pasien stroke infark adalah *mirror therapy*. Karya ilmiah akhir ini bertujuan untuk menganalisis asuhan keperawatan pada Ny. S dengan stroke infark dan penerapan intervensi *mirror therapy* terhadap peningkatan kekuatan otot di Ruang Santolo RSUD Slamet Garut. Metode yang digunakan adalah studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan selama lima hari perawatan. Hasil pengkajian menunjukkan Ny. S mengalami hemiparesis dekstra, disartria, serta riwayat hipertensi tidak terkontrol. Diagnosis keperawatan yang ditegakkan yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular, dan risiko perfusi serebral tidak efektif. Setelah diberikan *mirror therapy* dua kali sehari selama lima hari, kekuatan otot ekstremitas kanan Ny. S meningkat. Hasil asuhan keperawatan ini menunjukkan bahwa *mirror therapy* efektif sebagai intervensi tambahan dalam meningkatkan kekuatan otot pasien stroke infark sehingga dapat direkomendasikan sebagai bagian dari standar asuhan keperawatan stroke berbasis bukti.

Kata kunci: asuhan keperawatan, kekuatan otot, *mirror therapy*, stroke infark

***ANALYSIS OF NURSING CARE FOR MRS. S WITH INFARCTION
STROKE AND THE APPLICATION OF MIRROR THERAPY
INTERVENTIONS TO IMPROVE MUSCLE STRENGTH IN THE SANTOLO
WARD, SLAMET REGIONAL GENERAL HOSPITAL (RSUD), GARUT***

Ratu Intan Tijaniah

ABSTRACT

Infarction stroke is a disruption of blood flow to the brain due to blockage of blood vessels that can cause muscle weakness or hemiparesis and significantly reduce the quality of life of sufferers. One of the non-pharmacological interventions that can be given to improve muscle strength in infarction stroke patients is mirror therapy. This final scientific paper aims to analyze nursing care for Mrs. S with infarction stroke and the application of mirror therapy interventions to improve muscle strength in the Santolo Ward of Slamet Garut Regional Hospital. The method used is a case study with a nursing process approach including assessment, diagnosis, intervention, implementation, and evaluation of nursing care during five days of treatment. The results of the assessment showed that Mrs. S experienced right hemiparesis, dysarthria, and a history of uncontrolled hypertension. The established nursing diagnoses were impaired physical mobility related to decreased muscle strength, impaired verbal communication related to neuromuscular disorders, and the risk of ineffective cerebral perfusion. After being given mirror therapy twice a day for five days, Mrs. S's right extremity muscle strength increased. The results of this nursing care demonstrate that mirror therapy is effective as an additional intervention in improving muscle strength in patients with infarct stroke, and can therefore be recommended as part of evidence-based standards of stroke nursing care.

Keywords: nursing care, muscle strength, mirror therapy, infarct stroke

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayahnya, sehingga penulis dapat menyusun dan menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul “Analisis Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Stroke Infark Dan Penerapan Intervensi *Mirror Therapy* Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Di Ruang Santolo Rsud Slamet Garut” Karya Ilmiah Akhir ini disusun guna melengkapi salah satu persyaratan dalam menyelesaikan Program Studi Profesi Ners Institut Karsa Husada Garut.

Penulis menyadari selama penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini banyak sekali halangan dan rintangan, namun berkat dorongan dan bantuan dari berbagai pihak akhirnya penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini. Untuk itu penulis ingin menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak DR. H, Hadiat, MA., selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H. Suryadi, SE., M.Si., Ketua Umum Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku Rektor Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
4. Ibu Sulastini S.Kep., Ners., M.Kep., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
5. Ibu Sri Yekti Widadi, S.Kp., M.Kep., selaku ketua Program Profesi Ners Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.

6. Bapak Eldessa Vava Rilla, Ns. M.Kep, selaku pembimbing yang telah memberi masukan dan arahan serta bimbingan dalam menyusun Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
7. Ibu Tantri Puspita, Ns., MNS, selaku penguji I yang telah memberikan arahan dan masukkan untuk Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
8. Bapak Rudy Alfiyansah, S.Kep., Ns., M.Pd., selaku penguji II yang telah memberikan arahan dan masukkan untuk Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
9. Cinta pertama penulis yaitu Bapak Ajang Rahmat dan Ibu Eneng Suryani selaku kedua orang tua penulis. Terima kasih tak terhingga telah menjadi sumber kekuatan dan semangat dalam setiap langkah penulis. Terima kasih atas doa yang tiada henti, kasih sayang dan pengorbanan yang diberikan sehingga penulis dapat menyelesaikan pendidikan hingga mendapatkan gelar profesi pertama dikeluarga. Semoga bapak dan ibu sehat, panjang umur dan bahagia selalu.
10. Fadilah Nugraha dan Muhammad Lutfi Hasan selaku adik penulis yang senantiasa menemani dan mewarnai hari-hari penulis dalam menyusun Karya Ilmiah Akhir ini.
11. Ibu Iis Maryati selaku bibi dari penulis, Ais Nurul Agnia dan Naisya Rizki Utami selaku saudara penulis, terima kasih atas doa dan dukungan kepada penulis.
12. Shelfia Nuranida, Tika Sri Rahayu, Bripda Gilang Pamungkas dan Neng Rizki, terimakasih telah menemani, memberikan doa, dukungan dan semangat kepada penulis.

13. Teman-teman seperjuangan Profesi Ners di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut tahun angkatan 2025 yang selalu berjuang bersama penulis dalam menyelesaikan setiap stase praktek klinik dan tugas perkuliahan.
14. Apresiasi sebesar-besarnya kepada diri saya sendiri yang telah berjuang menyelesaikan apa yang telah dimulai. Terimakasih karena sudah sampai dititik ini. Teruslah perbaiki diri dan mencoba hal baru.

Semoga Allah SWT. senantiasa memberi serta membalas atas semua kebaikan yang telah diberikan. Akhir kata dengan segala kekurangan dan keterbatasan yang penulis miliki, penulis berharap semoga karya ilmiah akhir ini dapat memberi manfaat dan menambah wawasan tentang *mirror therapy* untuk menjadi salah satu teknik non farmakologis pada pasien stroke.

Penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun untuk Karya Ilmiah Akhir Ners ini sangat diharapkan. Terimakasih.

Garut, 15 Juli 2026

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR PERNYATAAN	iii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR BAGAN.....	vi
DAFTAR TABEL	vii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.4 Manfaat Penulisan.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Konsep Dasar Stroke Infark	8
2.1.1. Definisi.....	8
2.1.2. Klasifikasi	9
2.1.3. Etiologi.....	12
2.1.4. Faktor Resiko	13
2.1.5. Patofisiologi	16
2.1.6. Manifestasi Klinis	21
2.1.7. Pemeriksaan Penunjang	23
2.1.8. Penatalaksanaan	25
2.1.9. Komplikasi	26
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	27
2.2.1. Pengkajian.....	27
2.2.2. Analisa Data	38
2.2.3. Diagnosis Keperawatan.....	42
2.2.4. Intervensi Keperawatan.....	43
2.2.5. Implementasi Keperawatan.....	49
2.2.6. Evaluasi Keperawatan	49

2.3	Konsep <i>Mirror Therapy</i>	50
2.3.1.	Definisi <i>Mirror Therapy</i>	50
2.3.2.	Tujuan <i>Mirror Therapy</i>	50
2.3.3.	Manfaat <i>Mirror Therapy</i>	51
2.3.4.	Indikasi <i>Mirror Therapy</i>	51
2.3.5.	Kontraindikasi <i>Mirror Therapy</i>	51
2.3.6.	Pengukuran kekuatan otot MMT	53
2.4	<i>Evidence Based Practice</i> (EBP)	54
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....		58
3.1	Tinjauan Kasus	58
3.1.1	Pengkajian	58
3.1.2	Analisa Data	71
3.1.3	Diagnosis Keperawatan	73
3.1.4	Intervensi Keperawatan	75
3.1.5	Implementasi Keperawatan	77
3.1.6	Evaluasi Keperawatan	88
3.2	Pembahasan	95
3.2.1	Pengkajian Keperawatan	96
3.2.2	Diagnosis Keperawatan	98
3.2.3	Intervensi Keperawatan	101
3.2.4	Implementasi Keperawatan	103
3.2.5	Evaluasi Keperawatan	104
3.3	Pembahasan <i>Evidence Based Practice</i> (EBP)	106
BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN.....		109
4.1	Kesimpulan	109
4.2	Saran	110
DAFTAR PUSTAKA		112
LAMPIRAN-LAMPIRAN		114

DAFTAR BAGAN

Bagan 2. 1 <i>Pathway</i>	20
---------------------------------	----

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 <i>Glasgow Coma Scale</i> (GCS)	32
Tabel 2. 2 Penilaian Tingkat Kesadaran.....	32
Tabel 2. 3 Nilai Kekuatan Otot berdasarkan MMT	35
Tabel 2. 4 Analisa Data.....	38
Tabel 2. 5 Intervensi Keperawatan	43
Tabel 2. 6 SOP <i>Mirror Therapy</i>	51
Tabel 2. 7 Pengukuran kekuatan otot MMT	53
Tabel 2. 8 <i>Evidence Based Practice</i> (EBP).....	54
Tabel 3. 1 Aktivitas sehari-hari.....	66
Tabel 3. 2 Pemeriksaan Labolatorium	69
Tabel 3. 3 Terapi Medis	70
Tabel 3. 4 Analisa Data.....	71
Tabel 3. 5 Intervensi Keperawatan	75
Tabel 3. 6 Implementasi Keperawatan	77
Tabel 3. 7 Evaluasi Keperawatan	88

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit tidak menular merupakan penyakit kronis yang tidak dapat ditularkan dari seseorang kepada orang lain. Penyakit ini terus mengalami peningkatan terutama di negara-negara berkembang akibat perubahan gaya hidup, pertumbuhan populasi, urbanisasi, serta meningkatnya usia harapan hidup. Salah satu penyakit tidak menular yang mengalami peningkatan jumlahnya dari tahun ke tahun ialah penyakit stroke.

Menurut *World Health Organization* (WHO), stroke merupakan kondisi medis darurat yang terjadi akibat gangguan aliran darah ke otak, dapat menyebabkan kerusakan fungsi saraf secara tiba-tiba. Kondisi ini ditandai dengan munculnya gejala neurologis, baik bersifat fokal maupun menyeluruh, berlangsung lebih dari 24 jam atau bahkan dapat mengancam nyawa (Syahreza *et al.*, 2024). Stroke terjadi akibat aliran darah ke otak kekurangan oksigen dan nutrisi sehingga dapat mengalami cedera dan kematian neuron otak (Adella *et al.*, 2026). Secara sederhana, stroke diakibatkan oleh terhentinya aliran darah keotak karena pendarahan (stroke hemoragik) dan karena adanya penyumbatan (stroke non hemoragik/stroke infark).

Menurut *World Stroke Organisation* (WSO, 2022), prevalensi stroke didunia mencapai 12,2 juta jiwa atau 1 dari 4 jiwa mengalami stroke pada usia diatas 25 tahun. Terdapat sebanyak 7,6 juta atau 62% kasus baru penderita stroke non

hemoragik setiap tahunnya. Stroke menempati peringkat ke 2 yang menyebabkan kematian dan merupakan penyebab utama kecacatan global diantara penyakit tidak menular (Feigin *et al.*, 2025). Berdasarkan kasus baru stroke tertinggi di Asia yaitu negara China dengan angka 226,4 per 100.000 jiwa (Venketasubramanian, 2025). Menurut Kemenkes RI, Survei Kesehatan Indonesia (SKI, 2023) menunjukkan bahwa Indonesia memiliki prevalensi stroke mencapai 8,3 per 1000 jiwa pada usia di atas 15 tahun (Timur *et al.*, 2025). Di provinsi Jawa Barat kasus stroke mencapai 10,0% atau terhitung 114.619 jiwa (Kemenkes RI, 2024). Di Kabupaten Garut penderita stroke tercatat sebanyak 3.640 orang (Dinkes Kab. Garut, 2025). Berdasarkan data dari RSUD Slamet tahun 2025 jumlah penderita stroke sebanyak 726 jiwa.

Tingginya angka insiden stroke berbanding lurus dengan beratnya dampak dan komplikasi yang ditimbulkan bagi penderitanya. Stroke infark dapat mengakibatkan kerusakan sistem saraf pusat yang memicu dampak seperti wajah asimetris, gangguan menelan, sulit berbicara, serta kekuatan otot menurun sebagian maupun seluruh anggota tubuh. Masalah yang sering terjadi yaitu hemiparesis. Hemiparesis ini mengganggu refleks postur normal tubuh, seperti penurunan kemampuan menggerakkan sendi siku, hilangnya keseimbangan kepala, dan kesulitan melakukan gerakan putaran tubuh untuk mendukung aktivitas ekstremitas. Kelumpuhan motorik ini menghambat kemandirian penderita secara drastis dalam menjalankan *Activity of Daily Living* (ADL), sehingga menurunkan kualitas hidup pasien secara menyeluruh (Putri & Satrianto, 2024).

Menghadapi dampak kerusakan motorik tersebut, peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif dan berkesinambungan yaitu mengkombinasikan terapi farmakologis dan nonfarmakologis guna mempercepat pemulihan pasien. Menurut (Ernawati & Baidah, 2022), penatalaksanaan farmakologis dapat berupa *intravenous recombinant tissue* (rt-PA), antihipertensi, diuretik dan antikonvulsen. Namun, untuk mengoptimalkan pemulihan fungsi otot pada fase rehabilitatif perawat dapat mengintegrasikan terapi nonfarmakologis, salah satunya *mirror therapy*.

Mirror therapy merupakan bentuk rehabilitasi yang menggunakan latihan berbasis pembayangan imajinasi motorik pasien menggunakan media cermin. Tujuannya adalah merangsang plastisitas otak untuk memulihkan fungsi pergerakan ekstremitas yang lumpuh melalui stimulus visual. Teknik pelaksanaannya dilakukan dengan cara menempatkan cermin secara sagital di antara kedua ekstremitas pasien. Ekstremitas yang sakit tersembunyi di belakang cermin, ekstremitas yang sehat berada di depan cermin. Saat pasien menggerakkan anggota tubuh yang sehat dan melihat bayangannya di cermin, otak akan menerima persepsi ilusi visual seolah-olah anggota tubuh yang lumpuh bergerak dengan normal. Secara neurologis, mekanisme ini bekerja melibatkan *mirror neuron system* di korteks serebri. Tugasnya menstimulus korteks sensori motorik kontralateral yang mengalami lesi agar meniru gerakan tersebut sehingga mendorong peningkatan kekuatan otot (Safitri, *et al.*, 2025).

Efektivitas terapi nonfarmakologis ini telah dibuktikan oleh beberapa penelitian terdahulu. Salah satunya penelitian yang dilakukan oleh (Putri &

Satrianto, 2024) pada 2 penderita yang mengalami hemiparesis pada ekstremitas kiri akibat stroke. Kedua penderita tersebut mengalami kelemahan pada tangan dan kaki sebelah kiri dengan nilai kekuatan otot 2-3, Setelah diberikan intervensi keperawatan berupa *mirror therapy*, hasil evaluasi menunjukkan adanya peningkatan skor kekuatan otot yang signifikan pada kedua pasien. Di samping itu, studi oleh (Safitri, *et al.*, 2025) menegaskan bahwa *mirror therapy* memberikan dampak psikologis yang positif bagi penderita karena prosedurnya sederhana, murah, tanpa efek samping dan dapat dilanjutkan secara mandiri di rumah setelah bimbingan awal oleh tenaga kesehatan sehingga termotivasi untuk sembuh.

Peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan (*care provider*) dalam fase rehabilitasi ini sangat penting untuk mencegah komplikasi imobilisasi, seperti *debitus* dan kontraktur sendi. Sebagai advokat dan koordinator, perawat juga mengintegrasikan terapi mandiri yang aman ke dalam rencana asuhan harian pasien di ruang rawat inap. Melalui penerapan *mirror therapy*, perawat dapat mengoptimalkan intervensi mandiri keperawatan yang terukur untuk mempercepat pemulihan motorik.

Berdasarkan latar belakang di atas telah menunjukkan bukti empiris bahwa *mirror therapy* mampu meningkatkan kekuatan otot dan mobilitas fisik pada pasien stroke. *Mirror therapy* dapat mengaktivasi kembali sistem saraf pusat yang rusak. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Analisis Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Stroke Infark Dan Penerapan Intervensi *Mirror Therapy* Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Di Ruang Santolo Rsud Slamet Garut”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka rumusan masalah dalam karya ilmiah akhir ners ini ialah “Analisis Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan Stroke Infark dan Penerapan Intervensi *Mirror Therapy* Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Di Ruang Santolo RSUD Slamet Garut”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui asuhan keperawatan dengan kasus “Analisis Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan Stroke Infark dan Penerapan Intervensi *Mirror Therapy* Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Di Ruang Santolo RSUD Slamet Garut”

1.3.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari Karya Tulis Ilmiah Akhir-Ners ini yaitu:

1. Mampu melakukan pengkajian asuhan keperawatan pada ny. S dengan stroke infark dan penerapan intervensi *mirror therapy* terhadap peningkatan kekuatan otot di ruang Santolo RSUD Slamet Garut.
2. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada ny. S dengan stroke infark dan penerapan intervensi *mirror therapy* terhadap peningkatan kekuatan otot di ruang Santolo RSUD Slamet Garut.
3. Mampu menyusun rencana tindakan keperawatan pada ny. S dengan stroke infark dan penerapan intervensi *mirror therapy* terhadap peningkatan kekuatan otot di ruang Santolo RSUD Slamet Garut.

4. Mampu melakukan implementasi pada ny. S dengan stroke infark dan penerapan intervensi *mirror therapy* terhadap peningkatan kekuatan otot di ruang Santolo RSUD Slamet Garut.
5. Mampu melakukan evaluasi pada ny. S dengan stroke infark dan penerapan intervensi *mirror therapy* terhadap peningkatan kekuatan otot di ruang Santolo RSUD Slamet Garut.
6. Mampu menganalisis asuhan keperawatan stroke infark berbasis *Evidence Base Practice* pada ny. S dengan stroke infark dan penerapan intervensi *mirror therapy* terhadap peningkatan kekuatan otot di ruang Santolo RSUD Slamet Garut.

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Manfaat Teoritis

Manfaat bagi institusi pendidikan yaitu dapat memberikan tambahan referensi dalam perpustakaan tentang asuhan keperawatan dengan stroke infark dan pemberian intervensi *mirror therapy* terhadap peningkatan kekuatan otot.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Manfaat bagi pelayanan kesehatan

Karya ilmiah akhir ini dapat dijadikan sebagai masukan dan menambah wawasan untuk pemahaman khususnya tentang asuhan keperawatan pada pasien stroke infark dengan *therapy mirror*.

2. Memperluas pengetahuan tentang asuhan keperawatan dengan stroke infark dan pemberian intervensi *mirror therapy* terhadap peningkatan kekuatan otot.

3. Manfaat bagi mahasiswa

Memperluas pengetahuan tentang asuhan keperawatan dengan stroke infark dan pemberian intervensi *mirror therapy* terhadap peningkatan kekuatan otot.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Stroke Infark

2.1.1. Definisi

Menurut World Health Organization (WHO), stroke merupakan kondisi medis darurat yang terjadi akibat gangguan aliran darah ke otak, dapat menyebabkan kerusakan fungsi saraf secara tiba-tiba. Kondisi ini ditandai dengan munculnya gejala neurologis, baik bersifat fokal maupun menyeluruh, berlangsung lebih dari 24 jam atau bahkan dapat mengancam nyawa (Syahreza *et al.*, 2024). Stroke terjadi akibat aliran darah ke otak kekurangan suplai oksigen dan nutrisi sehingga dapat mengalami cedera dan kematian neuron otak. Stroke atau sering disebut dengan *cerebro vascular accident* (CVA) ialah gangguan fungsi saraf mendadak yang disebabkan oleh aliran darah di dalam otak yang terganggu (Adella *et al.*, 2026).

Stroke infark atau stroke non-hemoragik merupakan kondisi patologis yang secara klinis lebih sering dikenal sebagai stroke iskemik. Gangguan neurologis akut ini bermanifestasi secara mendadak ketika aliran darah fokal yang menuju ke jaringan otak mengalami hambatan atau terhenti sama sekali. Penyebab utamanya adalah keberadaan gumpalan darah atau sumbatan mekanis yang menyumbat lumen arteri serebral secara progresif. Akibat oklusi vaskular tersebut, parenkim otak di area distal mengalami penurunan drastis pada suplai oksigen serta nutrisi esensial yang sangat dibutuhkan untuk metabolisme seluler. Ketiadaan perfusi yang adekuat

dalam hitungan menit ini memicu kegagalan energi pada tingkat sel dan menyebabkan kematian jaringan saraf (*nekrosis*) secara ireversibel.

Cerebro vascular accident (CVA) infark merupakan kondisi klinis akibat dari penyempitan atau sumbatan pada jaringan otak yang mengalami nekrosis sehingga aliran oksigen dan darah ke otak berkurang, dapat menyebabkan infark ketika aliran darah tidak segera dipulihkan dalam waktu singkat (Rahayuningtyas & Ismoyowati, 2024).

Jadi, stroke infark ialah suatu kondisi darurat dan harus segera ditangani yang diakibatkan oleh aliran darah ke otak yang terganggu dan menyebabkan kurangnya suplai oksigen dan nutrisi ke otak sehingga memicu terjadinya kerusakan fungsi saraf dan kematian jaringan otak secara mendadak.

2.1.2. Klasifikasi

1. Klasifikasi Stroke menurut (Ernawati dan Baidah, 2022)

a. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik merupakan kondisi darurat akibat pecahnya pembuluh darah di otak yang mengganggu aliran darah normal. Darah yang keluar kemudian merembes dan merusak jaringan otak di sekitarnya. Kasus perdarahan otak (serebral) ini biasanya terjadi secara mendadak saat penderita sedang aktif bergerak, sering kali disertai penurunan kesadaran. Pemicu paling utama dari kondisi fatal ini adalah tekanan darah tinggi (hipertensi) yang tidak terkontrol.

b. Stroke Non Hemoragik

Stroke non hemoragik ialah stroke yang terjadi karena adanya bekuan atau sumbatan pada pembuluh darah otak yang dapat disebabkan oleh tumpuan thrombus pada pembuluh darah otak, sehingga aliran darah ke otak menjadi berhenti. Dan stroke ini merupakan sebagian kematian jaringan otak karena pasokan darah yang tidak kuat dan bukan disebabkan oleh pendarahan.

2. Klasifikasi Stroke Menurut NIHSS (*National Institutes of Health Stroke Scale*)

National (Powers *et al.*, 2019)

- a. Tidak stroke (0): Pasien tidak menunjukkan gejala neurologis atau hasil tes yang dilakukan berada dalam batas normal.
- b. Stroke ringan (1-4): Pasien mengalami gangguan neurologis minimal, seperti kelemahan otot ringan, kesulitan berbicara ringan, atau deficit
- c. Stroke sedang (5-15): Pasien mengalami defisit neurologis yang jelas, seperti hemiparesis sedang, gangguan bicara, atau penurunan kesadaran ringan. Pasien pada kategori ini memenuhi syarat untuk untuk trombolisis (misalnya tPA), jika dalam waktu terapeutik. Prognosis bervariasi tergantung lokasi dan respon terhadap pengobatan.
- d. Stroke sedang – berat (16-20): Pasien mengalami defisit neurologis yang makin berat. Kemungkinan komplikasi seperti aspirasi, edema serebral, atau trombosis vena dalam meningkat sehingga pasien membutuhkan pengawasan intensif dan kemungkinan besar mengalami keterbatasan fungsional yang menetap.

- e. Stroke berat (21-42): Pasien stroke menunjukkan gejala yang mengancam nyawa atau berpotensi menimbulkan kecacatan berat jangka panjang. Gejala dapat meliputi koma, gangguan kesadaran penuh, paralisis total satu sisi tubuh, dan tidak mampu berkomunikasi.

3. Klasifikasi stroke menurut (Rahayuningtyas & Ismoyowati, 2024) yaitu:

a. *Transient Ischemic Attack (TIA)*

Ialah serangan akut defisit neurologis fokal terjadi dengan singkat, kurang dari 24 jam dan hilang dengan sendirinya, dengan pengobatan ataupun tanpa pengobatan. Serangan dapat muncul kembali dengan gejala yang sama, menjadi lebih parah atau bahkan menetap.

b. *Residual Ischemic Neurological Deficit (RIND)*

Mirip dengan TIA, namun berlangsung lebih dari 24 jam dan sembuh total dalam waktu kurang dari 3 minggu.

c. *Completed Stroke*

Stroke dengan defisit neurologis berat dan menetap yang terjadi dalam waktu 6 jam, dengan penyembuhan yang tidak sempurna meskipun sudah lebih dari 3 minggu.

d. *Progressive Stroke*

Stroke dengan defisit neurologis fokal berkembang secara bertahap dan mencapai puncaknya dalam 24-48 jam (pada sistem karotis) atau 96 jam (pada sistem vertebrobasilar), dengan penyembuhan yang tidak sempurna dalam waktu 3 minggu.

2.1.3. Etiologi

Etiologi menurut *American Stroke Association* dalam Dewi & Fitraneti (2024):

1. Trombosis serebral

Obstruksi oleh trombus terjadi akibat aliran darah ke otak terhambat karena gumpalan di pembuluh darah otak. Plak aterosklerosis adalah penyebab utama trombosis yang paling umum dari stroke. Aterosklerosis dapat menyumbat arteri carotis interna, arteri cerebral, dan arteri kecil (Sirkulus Willisi dan sirkulus posterior) lainnya. Terjadi karena ada lesi pada endotel yang mengakibatkan terjadinya perlekatan platelet dan akan terjadi koagulasi sehingga trombus terbentuk.

2. Emboli serebral

Obstruksi akibat emboli tidak terjadi pada pembuluh darah otak, melainkan terjadi gumpalan darah di organ lain, biasanya jantung dan arteri besar di dada bagian atas dan leher. Kondisi seperti denyut jantung yang tidak teratur atau atrium fibrilasi dapat menyebabkan penumpukan darah di jantung dan meningkatkan risiko pembentukan gumpalan darah di ventrikel. Sebagian bekuan darah tersebut lepas dan berjalan memasuki pembuluh darah otak hingga mencapai pembuluh darah otak kecil dan menyebabkan obstruksi pada aliran darah.

2.1.4. Faktor Resiko

Ada beberapa aktor resiko menurut (Dewi & Fitraneti, 2024), diantaranya yaitu:

1. Faktor resiko yang tidak dapat diubah:

- a. Usia

Faktor resiko semakin tinggi jika bertambah tua usia, tapi bukan berarti stroke hanya menyerang lansia, karena stroke dapat juga menyerang kelompok usia dewasa.

- b. Jenis Kelamin

Stroke lebih beresiko menyerang laki-laki, namun seringkali terjadi pada usia dewasa muda. Tetapi yang meninggal akibat stroke lebih banyak terjadi pada Wanita.

- c. Ras

Resiko stroke lebih tinggi pada ras afrika dibandingkan dengan ras asia.

- d. Genetik

Riwayat keluarga yang pernah mengalami stroke meningkatkan risiko seseorang terkena penyakit yang sama.

2. Faktor resiko yang dapat diubah ada 2, yaitu faktor resiko mayor dan minor sebagai berikut:

Mayor diantaranya yaitu:

- a. Hipertensi: Tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol akan merusak endotel dan permeabilitas dinding pembuluh darah meningkat, tekanan tinggi dapat menyebabkan pembuluh darah pecah dan perdarahan di otak.

b. Diabetes Melitus

Kadar glukosa darah yang tinggi dapat menyebabkan penumpukan glukosa dan protein (glikoprotein) pada pembuluh darah, yang memicu pembentukan plak dan penyempitan pembuluh darah, mengurangi aliran darah ke jaringan otak.

c. Penyakit jantung

Emboli yang terbentuk di jantung akibat adanya kelainan pada arteri jantung terutama arteria coronaria dapat terlepas dan dapat mengalir ke otak sehingga dapat menyumbat arteri di otak dan dapat mencetuskan stroke non hemoragik.

d. Polisitemia reaktif

Menunjukkan hematokrit lebih dari 48% yang dapat menyebabkan hiperviskositas dan gangguan perfusi.

e. Aterosklerosis

Faktor resiko minor diantaranya yaitu:

a. Hematokrit tinggi

b. Dislipidemia

Kadar lemak, kolesterol, dan trigliserida yang tinggi dalam darah dapat membentuk plak pada pembuluh darah, menyebabkan penyempitan dan mengurangi aliran darah ke otak. Termasuk penyebab stroke ke-4 terbanyak di Indonesia terutama pada stroke iskemik.

c. Merokok

Dapat meningkatkan koagulabilitas dan viskositas darah, kadar fibrinogen, agregasi platelet, tekanan darah, hematokrit, menurunkan kolesterol HDL, dan meningkatkan kolesterol LDL.

d. Hiperurisemia

Kadar asam urat serum yang tinggi (biasanya $\geq 6,8$ –7 mg/dL) terbukti meningkatkan risiko stroke secara independen (Jiang et al., 2025).

e. Hiperkolesterolemia

Kolesterol LDL tinggi mempercepat proses aterosklerosis pada pembuluh darah serebral, yang dapat menyumbat aliran darah ke otak.

f. Fibrinogen tinggi

g. Obesitas

Obesitas, terutama obesitas sentral (lingkar perut), merupakan salah satu dari lima faktor risiko utama dalam studi interstroke. Lima faktor yaitu tekanan darah, diet, aktivitas fisik kurang, merokok, dan obesitas abdominal, menyumbang 82% dan 90% risiko populasi (population-attributable risk) untuk stroke iskemik dan hemoragik (Kleindorfer et al., 2021).

h. Aktivitas fisik kurang

Kurangnya aktivitas fisik meningkatkan risiko stroke secara signifikan. Aktivitas fisik sedang dapat menurunkan risiko stroke hingga 27%, sedangkan aktivitas fisik dapat meningkatkan risiko hingga 50%.

i. Penyalahgunaan zat

Berbagai zat terlarang terbukti meningkatkan risiko stroke secara bermakna. Penyalahgunaan amfetamin berkaitan dengan stroke hemoragik (OR 4,95), sedangkan kokain berkaitan dengan stroke hemoragik (OR 2,33) maupun iskemik (OR 2,03).

j. Kontrasepsi oral

Penggunaan pil KB kombinasi (mengandung estrogen) terbukti meningkatkan risiko stroke, terutama pada dosis estrogen lebih tinggi.

k. Stress mental fisik

Stres psikososial merupakan faktor risiko stroke yang semakin diakui. Studi kasus-kontrol internasional besar interstroke mengaitkan hampir 17% risiko stroke populasi dengan stresor psikososial, dengan odds ratio sekitar 2,2 untuk stres tinggi.

l. Konsumsi alkohol

Konsumsi alkohol yang berlebihan dalam jangka panjang dapat meningkatkan kadar kortisol dan aktivitas sistem Rennin-Angiotensin-Aldosteron (RAAS), yang berakibat pada peningkatan tekanan darah, salah satu faktor penyebab stroke.

2.1.5. Patofisiologi

Stroke iskemik merupakan kondisi darurat medis yang dipicu oleh adanya oklusi atau penyumbatan mendadak pada pembuluh darah otak sehingga menghentikan sirkulasi darah. Jaringan otak sangat peka terhadap ketiadaan pasokan darah; fungsinya akan langsung menurun hanya dalam kurun waktu 60

hingga 90 detik karena organ ini tidak memiliki cadangan oksigen sama sekali. Penyumbatan ini umumnya disebabkan oleh trombus yang terbentuk akibat proses aterosklerosis pada dinding pembuluh darah otak, atau oleh emboli berupa gumpalan darah yang berasal dari bagian tubuh lain seperti jantung akibat komplikasi fibrilasi atrium yang terlepas dan menyumbat sirkulasi serebral.

Hambatan akut ini membagi wilayah otak yang terdampak menjadi dua zona dengan tingkat keparahan berbeda. Zona pertama adalah daerah inti (*core*), yaitu pusat sumbatan dengan aliran darah sangat ekstrem di bawah 10 cc/100 g jaringan per menit yang mengalami kematian jaringan atau nekrosis permanen dalam hitungan menit. Zona kedua adalah daerah penumbra iskemik yang mengelilingi inti; area ini masih mendapat sedikit pasokan darah dari pembuluh kolateral sebesar 10–25 cc/100 g jaringan per menit sehingga memiliki prognosis yang lebih baik untuk diselamatkan jika aliran darah segera dipulihkan. Tingkat keparahan defisit neurologis pasien tidak hanya bergantung pada luasnya kedua area ini, tetapi juga dipengaruhi oleh kemampuan sumbatan dalam memicu kekakuan pembuluh darah atau vasospasme.

Ketika aliran darah terhenti, kerusakan jaringan otak berlanjut melalui proses biomolekuler yang sangat cepat dan progresif di tingkat sel yang disebut kaskade iskemia. Akibat hilangnya suplai oksigen dan glukosa yang merupakan bahan bakar utama untuk mempertahankan fungsi membran sel, jaringan otak terpaksa beralih ke metabolisme anaerob yang kemudian memicu terjadinya asidosis jaringan. Kegagalan energi dan proses anaerob ini merangsang pelepasan neurotransmitter eksitatorik berupa glutamat dalam jumlah masif ke celah sinap.

Glutamat tersebut bekerja dengan berikatan pada reseptor sel saraf, terutama reseptor NMDA (*N-methyl-D-aspartame*), yang langsung membuka gerbang masuk bagi ion natrium dan kalsium ke dalam sel secara tidak terkendali. Lonjakan masuknya ion natrium menyebabkan penumpukan cairan intraseluler yang memicu pembengkakan sel saraf atau edema sitotoksik.

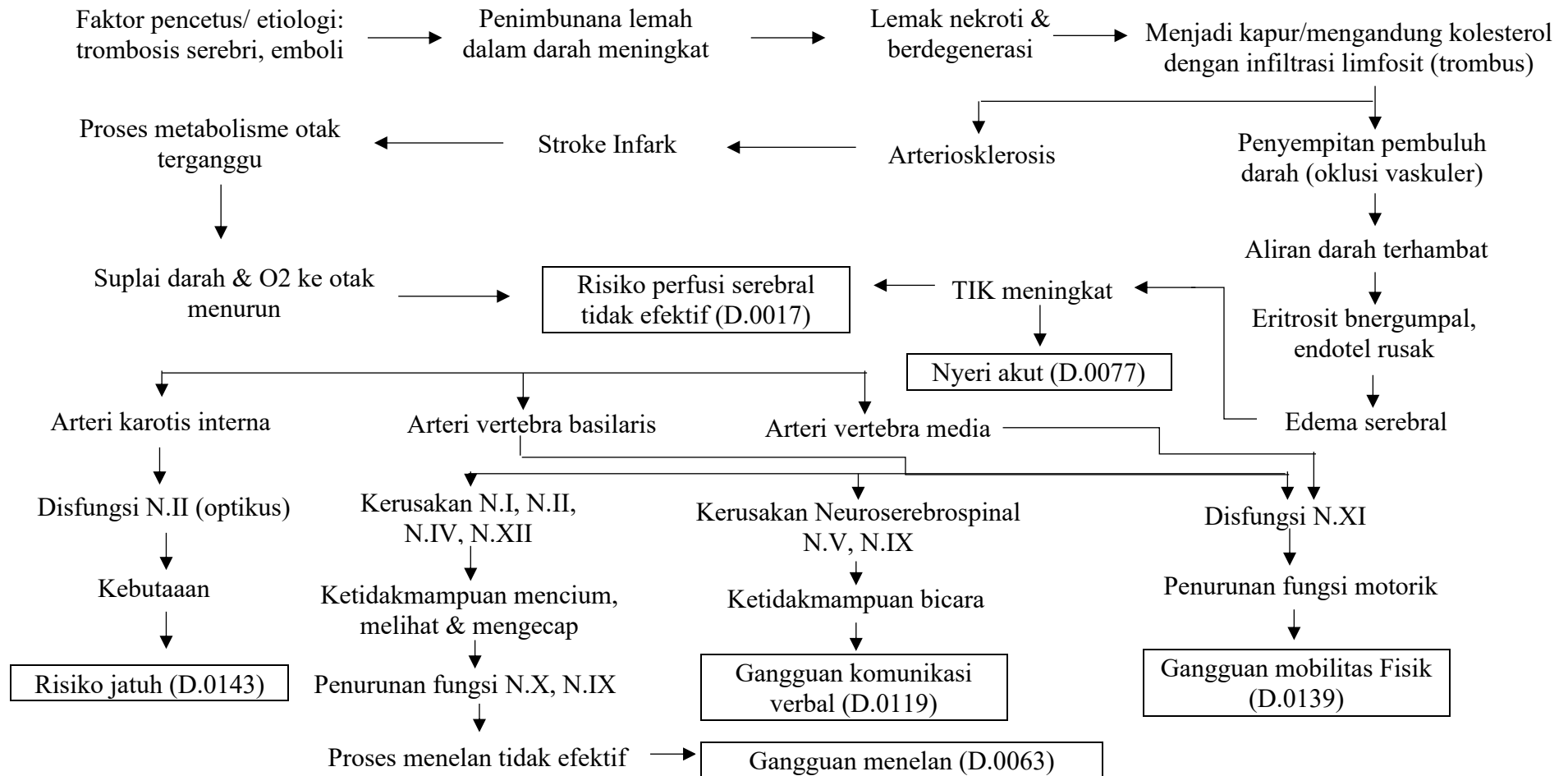
Di sisi lain, influks ion kalsium merusak mitokondria selaku organel pengatur energi sekaligus mengaktifkan berbagai enzim proteolitik merusak seperti protease, lipase, dan nuklease yang memecah struktur protein, lemak, serta komponen seluler lainnya. Rentetan kegagalan pompa ion dan kerusakan struktur sel ini pada akhirnya berujung pada kematian atau nekrosis mikroskopik neuron secara permanen yang disebut infark. Terisolasinya jaringan otak dari pasokan oksigen dan glukosa akibat penurunan Aliran Darah Otak Regional (*Regional Cerebral Blood Flow/CBF*) ini bermanifestasi secara klinis sebagai defisit neurologis fokal yang sesuai dengan area infarknya.

Gejala yang paling sering muncul meliputi kelumpuhan atau penurunan kekuatan otot pada sisi tubuh yang berlawanan dengan lokasi lesi di otak (hemiparalisis), serta gangguan sensorik seperti penurunan sensasi raba (hemihipestesia) dan kesemutan (hemiparestesia). Secara spesifik, apabila infark terjadi pada belahan atau hemisfer otak kiri yang dominan dalam pengaturan bahasa, pasien akan mengalami penurunan fungsi kognitif berupa gangguan berbicara atau afasia berat, terutama jika terjadi penyumbatan pada arteri serebri media di dekat cabang kortikal utamanya. Jenis gangguan bahasa yang dialami pasien sangat bergantung pada lokasi kerusakan jaringan otaknya; lesi pada bagian

posterior girus temporalis superior (area Wernicke) menyebabkan afasia reseptif di mana pasien kehilangan kemampuan memahami bahasa lisan maupun tulisan sehingga tidak mengerti perintah atau pertanyaan.

Jika kerusakan terjadi pada jalur fasikulus arkuatus yang menghubungkan area Wernicke dan Broca, pasien mengalami afasia konduktif yang ditandai dengan kesulitan mengulang kalimat dan menyebutkan nama benda meskipun masih bisa mengikuti instruksi. Sementara itu, lesi pada bagian posterior girus frontalis inferior (area Broca) mengakibatkan afasia ekspresif, sebuah kondisi di mana pasien mampu memahami ucapan orang lain dengan baik namun proses bicaranya menjadi tidak lancar dan tidak mampu memberikan respons kata-kata yang tepat (Ismoyowati, 2024).

Bagan 2. 1 Pathway



Sumber: Aryanti (2019) menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia ((SDKI), PPNI, 2016)

2.1.6. Manifestasi Klinis

Gejala stroke muncul tergantung pada bagian otak yang terganggu. Pada otak besar manusia terdiri atas 2 bagian, yaitu hemisfer kanan dan hemisfer kiri. Fungsi tubuh bagian sebelah kiri dikendalikan oleh hemisfer kanan, begitupun sebaliknya bagian fungsi tubuh sebelah kanan dikendalikan oleh hemisfer kiri.

1. Kelemahan anggota gerak

Penderita stroke sering kali mengalami kelemahan anggota gerak yang merupakan salah satu tanda gejala stroke. Kelemahan ini dirasakan penderita tiba-tiba kehilangan kekuatan pada salah satu tangan atau kaki.

2. Wajah asimetris

Kerusakan pada area motorik korteks serebri akibat stroke dapat menyebabkan kelumpuhan otot wajah pada salah satu sisi (paresis nervus fasialis sentral), sehingga tampak sudut mulut yang tertarik ke salah satu sisi, kelopak mata yang sulit menutup sempurna, serta wajah yang tampak tidak simetris saat penderita tersenyum atau menyeringai (Putri & Satrianto, 2024).

3. Gangguan bicara

Gangguan bicara pada penderita stroke dapat berupa disartria, yaitu kesulitan mengucapkan kata dengan jelas akibat kelemahan otot-otot artikulasi, maupun afasia, yaitu gangguan dalam memahami atau mengekspresikan bahasa akibat kerusakan pada pusat bahasa di otak. Keluhan bicara pelo atau tidak jelas merupakan salah satu tanda awal yang

sering dikeluhkan keluarga pasien stroke (Hermawan dan B. Rustandi, 2022).

4. Pusing/vertigo

Pusing atau vertigo pada pasien stroke timbul akibat gangguan suplai darah pada area otak yang mengatur keseimbangan, khususnya batang otak dan serebelum, sehingga penderita merasakan sensasi berputar dan ketidakseimbangan saat berdiri atau berjalan, yang kadang disertai mual.

5. Nyeri kepala

Nyeri kepala hebat yang tiba-tiba (sentinel headache/hemorrhage) saat berbaring, bangun tidur, membungkuk, atau batuk secara mendadak.

6. Penurunan kesadaran

Penurunan kesadaran dapat terjadi apabila area infark cukup luas atau melibatkan struktur yang berperan dalam kesadaran seperti batang otak, dengan derajat mulai dari letargi, stupor, hingga koma.

7. Gejala lain

Selain gejala di atas, penderita stroke non hemoragik dapat pula mengalami gangguan sensorik seperti kesemutan atau baal pada salah satu sisi tubuh, gangguan penglihatan (diplopia atau kehilangan sebagian lapang pandang), gangguan koordinasi (ataksia), serta gangguan menelan (disfagia) yang berisiko menimbulkan aspirasi (Adella *et al.*, 2026).

2.1.7. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut (Budianto *et al.*, 2020) sebagai berikut:

1. CT scan

Pemeriksaan CT Scan dapat memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia. Umumnya hasil pemeriksaan didapatkan hiperdens fokal, kadang pepadatan terlihat di ventrikel, atau menyebar ke permukaan otak.

2. CT angiography

CT Angiography (CTA) merupakan pemeriksaan pencitraan pembuluh darah serebral menggunakan kontras intravena untuk mendeteksi lokasi oklusi atau penyempitan arteri besar secara cepat.

3. Magnetic resonance imaging (MRI) modalitas Diffusion Weighted Imaging (DWI)

Diffusion Weighted Imaging (DWI) adalah sekuens MRI yang sangat sensitif dalam mendeteksi stroke iskemik hiperakut, bahkan dalam hitungan menit setelah onset serangan, dengan menilai restriksi pergerakan molekul air akibat edema sitotoksik dalam sel saraf yang mengalami cedera.

4. Carotid duplex scanning

Modalitas ultrasonografi non-invasif yang menggabungkan visualisasi struktur anatomi dua dimensi (*B-mode*) dengan evaluasi aliran hemodinamik darah menggunakan efek *Doppler*, untuk mengidentifikasi keberadaan plak aterosklerosis, mengukur derajat stenosis (penyempitan)

pada arteri karotis di leher, serta mendeteksi sumber emboli yang berisiko memicu serangan stroke infark berulang.

5. *Digital subtraction angiography* (DSA)

Digital Subtraction Angiography (DSA) merupakan prosedur fluoroskopi *gold standard* invasif yang mengeliminasi bayangan jaringan lunak dan tulang secara digital untuk memberikan visualisasi struktur pembuluh darah serebral secara utuh dan mendetail. Tidak hanya mendiagnosis etiologi stroke spesifik seperti aneurisma, malformasi arteriovenosa, atau vaskulitis, tetapi juga dapat langsung diintegrasikan dengan intervensi endovaskular akut seperti kateterisasi dan trombektomi.

6. Pemeriksaan laboratorium

a. Hitung Darah Lengkap (HDL)

HDL diperlukan untuk mengidentifikasi gangguan hematologi yang dapat memicu stroke seperti trombositosis atau polisitemia dan untuk memastikan trombosit normal sebelum diberikan terapi fibrinolitik.

b. Pemeriksaan biokimia

Memperlihatkan *stroke mimic* (misal: hipoglikemia, hyponatremia), atau memperlihatkan penyakit lain yang menyertai sindroma stroke (misal: diabetes, insufisiensi renal)

c. Studi koagulasi

Memperlihatkan koagulopati dan bermanfaat ketika hendak melakukan terapi fibrinolitik atau antikoagulan

d. Biomarker jantung

Penting karena hubungan antara penyakit vascular otak dengan penyakit arteri koroner

e. Skrining toksikologi

Mengidentifikasi pasien intoksikasi dengan gejala menyerupai sindroma stroke atau penyalahgunaan simpatomimetik, yang berisiko tinggi menyebabkan stroke iskemik maupun hemoragik.

f. Tes kehamilan

Tes urin kehamilan dilakukan untuk semua perempuan hamil dengan sindroma stroke, menurut FDA *Pregnancy Categories recombinant tissue-type plasminogen activator* (rt-PA) merupakan obat kategori C pada pasien hamil.

2.1.8. Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan umum menurut (*American Stroke Association; (Dewi & Fitraneti, 2024)*)), diantaranya yaitu:
 - a. Stabilisasi jalan nafas dan pernafasan
 - b. Stabilisasi hemodinamik: infus dengan cairan kristaloid
 - c. Pengendalian tekanan intracranial: mannitol, furosenide
 - d. Pengendalian kejang
 - e. Analgetic dan antipiretik
 - f. Manajemen nutrisi

2. Penatalaksanaan spesifik menurut (*American Stroke Association*;(Dewi & Fitraneti, 2024)), diantaranya yaitu:

- a. Trombolisis intravena : Alteplase dosis 0,6-0,9 mg/KgBB, pada stroke onset
- b. Terapi endovaskular trombektomi mekanik, pada stroke iskemik dengan oklusi karotis interna atau pembuluh darah intrakranial, onset
- c. Manajemen hipertensi (Nicardipin, ARB, ACE-Inhibitor, Calcium Antagonist, Beta Blocker, Diuretik)
- d. Manajemen gula darah (Insulin, anti diabetik oral)
- e. Pencegahan stroke sekunder (antiplatelet : aspirin, clopidogrel)
- f. Neuroprotektor (Citicolin, Piracetam)
- g. Neurorestorasi/neurorehabilitasi

2.1.9. Komplikasi

Ada berbagai komplikasi menurut (Maria;(Ismoyowati, 2024)) yaitu:

1. *Deep vein thrombosis*

Berhentinya pergerakan otot pada tungkai yang mengalami kelumpuhan dapat mengganggu sirkulasi pembuluh vena. Kondisi inilah yang memicu terjadinya pembekuan darah, atau yang secara medis dikenal sebagai *deep vein thrombosis*.

2. Disfagia (Sulit menelan)

Kerusakan akibat stroke dapat mengganggu refleks menelan yang berpotensi menyebabkan pneumonia aspirasi.

3. Pneumonia

Retensi sputum karena ketidakmampuan untuk batuk dapat mengakibatkan penumpukan cairan di paru-paru dan berisiko menimbulkan pneumonia.

4. Luka tekan

Gesekan kulit dengan tempat tidur dalam waktu lama dan kurangnya suplai oksigen pada pembuluh darah akibat bedrest dapat menyebabkan luka tekan.

5. Atrofi otot

Minimnya pergerakan ini berisiko menyebabkan otot dan sendi menjadi kaku, sebuah kondisi yang secara medis disebut sebagai kontraktur.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1. Pengkajian

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

1. Identitas pasien

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

2. Keluhan utama

Terdapat kelumpuhan pada satu sisi atau kedua sisi, kelumpuhan satu ekstremitas, kelumpuhan otot-otot penggerak bola mata, kelumpuhan otot menelan, bicara dan sebagainya (Dewi & Fitraneti, 2024).

3. Riwayat penyakit sekarang

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

4. Riwayat Kesehatan dahulu

Biasanya memiliki Riwayat hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, stroke, alergi obat dan Riwayat penggunaan KB hormonal. Pengkajian ini dapat mendukung data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya (Dewi & Fitraneti, 2024).

5. Riwayat Kesehatan keluarga

Stroke termasuk penyakit yang kompleks salah satunya dipengaruhi oleh factor genetic. Biasanya keluarga ada yang memiliki penyakit riwayat hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung dan riwayat stroke (Dewi & Fitraneti, 2024).

6. Pengkajian psikospiritual

Pengkajian psikologis pada pasien stroke mencakup evaluasi berbagai dimensi guna memberikan gambaran yang utuh mengenai kondisi

emosional, kognitif, dan perilakunya. Selain itu, aspek mekanisme coping juga krusial untuk diperiksa; hal ini bertujuan untuk mengukur respons emosional pasien terhadap penyakitnya, adaptasi terhadap perubahan peran di lingkungan keluarga maupun sosial, serta dampaknya bagi aktivitas kehidupan sehari-hari.

7. Pemeriksaan Fisik

a. Kesadaran

Biasanya pada pasien stroke mengalami tingkat kesadaran mengantuk, dapat sadar saat dirangsang (sammolen), pasien acuh tak acuh terhadap lingkungan (apati), mengantuk yang dalam (sopor), stupor, hingga penurunan kesadaran (koma), dengan gcs < 12 pada awal terserang stroke. Sedangkan pada saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan compos mentis dengan gcs 13-15 (Ismoyowati, 2024).

b. Tanda-tanda vital

Pada pasien stroke non hemoragik Tekanan Darah biasanya sistolik >140 dan diastolik >80 serta dapat berfluktuasi. Biasanya nadi normal yaitu 60-100x/menit. Pada pernafasan pasien sering mengalami gangguan jalan nafas. Suhu pada pasien biasanya normal.

c. Pemeriksaan fisik persistem

1) Sistem Pernafasan

Inspeksi biasanya tampak penggunaan otot bantu nafas, produksi sputum meningkat, sesak nafas, frekuensi nafas meningkat. Palpasi

toraks didapatkan taktil premitus seimbang kanan dan kiri. Perkusi biasanya sonor. Auskultasi terdengar bunyi nafas tambahan yaitu ronkhi akibat menurunnya kemampuan batuk efektif.

2) System kardiovaskuler

Biasanya terjadi syok hipotolemik karena tekanan darah mengalami peningkatan dan dapat terjadi hipertensi masif.

3) System persyarafan

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

a) Tingkat Kesadaran

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

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

iii) Delirium adalah menurunnya tingkat kesadaran yang disertai dengan penurunan kemampuan motorik. Kondisi ini ditandai dengan pasien yang mengalami gangguan siklus tidur, gelisah, disorientasi,

kacau, hingga meronta- ronta. Nilai GCS pada tingkat kesadaran ini, yaitu 11-10.

- iv) Somnolen adalah kondisi mengantuk yang cukup dalam, tetapi masih bisa dibangunkan melalui rangsangan seperti mengajaknya berbicara. Namun, ketika rangsangan tersebut berhenti, pasien akan kembali tertidur. Nilai GCS pada tingkat kesadaran ini adalah 9- 7\
- v) Sopor merupakan kondisi mengantuk berat yang dialami oleh pasien dan hanya dapat dibangunkan melalui rangsangan nyeri. Meskipun begitu, pasien yang berada pada tingkat kesadaran ini tidak bisa memberikan respons verbal secara baik. Nilai GCS pada kondisi Sopor adalah 6-5.
- vi) Semi-koma adalah kondisi pasien yang tidak dapat memberikan respons pada rangsangan verbal bahkan tidak dapat dibangunkan sama sekali. Respons terhadap rangsang nyeri hanya sedikit, tetapi refleks kornea dan pupil masih baik.
- vii) Koma Hasil ini menunjukkan kondisi Pasien tidak bisa dibangunkan dan tidak ada respons terhadap rangsangan (tidak ada respon kornea maupun refleks muntah. Mungkin juga tidak Ada merespon murid terhadap Cahaya).

Berikut skor GCS untuk menentukan Tingkat kesadaran pasien:

Tabel 2. 1 Glasgow Coma Scale (GCS)

Test	Respon	Skor
Eye (respon membuka mata)	- Spontan membuka mata	4
	- Membuka mata dengan perintah (suara)	3
	- Membuka mata dengan rangsangan nyeri	2
	- Tidak buka mata	1
Verbal (respon verbal)	- Berorientasi baik	5
	- Bingung, bicara kacau	4
	- Kata-kata tidak sesuai atau tidak tepat	3
	- Mengerang/merintih	2
	- Tidak bersuara	1
Motorik (respon motoric)	- Mengikuti perintah	6
	- Melokalisasi nyeri	5
	- Menghindari atau menjauhi nyeri	4
	- Fleksi abnormal	3
	- Ekstensi abnormal	2
	- Tidak ada Gerakan	1

Sumber: (Munakomi *et al.*, 2026)

Tabel 2. 2 Penilaian Tingkat Kesadaran

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

Sumber: *American Association of Neurological Surgery (AANS)*(2020)

b) Pemeriksaan Syaraf Kranial

- i) Saraf I (Olfaktorius): biasanya pada klien dengan CVA tidak ada kelainan pada fungsi penciuman. Cara pemeriksaannya yaitu minta

pasien menutup mata dan salah satu lubang hidungnya. Dekatkan aroma yang sudah dikenali pasien, minta pasien menyebutkan aroma tersebut, kemudian ulangi pada lubang hidung lainnya.

- ii) Saraf II (Optikus): disfungsi persepsi visual karena gangguan jarak sensorik primer diantara sudut mata dan kortek visual. Gangguan hubungan visual-spasial sering terlihat pada klien dengan hemiplegi kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh. Cara pemeriksaannya bisa dengan cara menempatkan snellen chart pada jarak 6 meter, minta pasien untuk membaca, apabila pasien pakai kacamata lakukan sebanyak 2x menggunakan kacamata dan ketika tidak menggunakan kacamata.
- iii) Saraf III (Okulomotorius), IV (Trochlearis), dan VI (Abducens): apabila akibat CVA mengakibatkan paralisis sisi otot-otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral disisi yang sakit. Cara pemeriksaannya dengan meminta pasien ditempatkan pada posisi nyaman, lalu lihat cahaya dan mengikutinya.
- iv) Saraf V (Trigeminus): pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigeminus, penurunan fungsi koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah ke sisi ipsilateral, serta kelumpuhan satu sisi otot pterigoldeus internus dan ekstremitas.

- v) Saraf VII (Fasialis): persepsi pengecapan dalam batas normal, wajah asimetris, otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat. Pada pasien stroke saat menggembungkan pipi terlihat tidak simetris kanan dan kiri tergantung lokasi kelemahan.
 - vi) Saraf VIII (Auditorius): tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi. Biasanya pasien kurang bisa mendengarkan gesekan benda sekitar tetapi tergantung dengan lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengarkan jika suara jelas dan artikulasi jelas.
 - vii) Saraf IX (Glosofaringeus) dan X (Vagus): kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut.
 - viii) Saraf XI (Asesorius): tidak ada atrofi otot, Pada pasien stroke biasanya ovula terangkat simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang lemah
 - ix) Saraf XII (Hipoglossus): lidah asimetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi serta indra pengecapan normal Pada pasien stroke biasanya dapat menjulurkan lidah dan dapat diarahkan ke kiri dan kanan namun artikulasi kurang jelas saat berbicara
- c) Pemeriksaan motorik
- Biasanya pada kekuatan otot 0 pada ekstremitas yang terganggu, biasanya ditemukan hemiparase atau hemiplegia yang diakibatkan oleh kontralateral pada traktus kortikospinal.

Tabel 2. 3 Nilai Kekuatan Otot berdasarkan MMT

Nilai Otot	Keterangan
0	Tidak ada kontraksi otot yang terdeteksi sama sekali.
1	Terlihat atau teraba adanya kontraksi otot, tetapi tidak ada gerakan pada sendi.
2	Mampu menggerakkan sendi (rentang gerak penuh) namun tidak mampu melawan gravitasi.
3	Mampu menggerakkan sendi melawan gravitasi (rentang gerak penuh) namun tidak bisa menahan tahanan dari pemeriksa.
4	Mampu bergerak melawan gravitasi dan menahan tahanan tingkat sedang.
5	Mampu bergerak melawan gravitasi dan menahan tahanan tingkat sedang.

Sumber: (Muhanifah & Susilo, 2025)

d) Sistem pencernaan

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

e) Sistem perkemihan

Terjadi inkontinensia ketidakmampuan urine sementara mengkomunikasikan karena kebutuhan, konfusi, dan ketidakmampuan untuk megendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang kontrol sfingter urine eksternal hilang atau

berkurang, sehingga selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermiten dengan teknik steril. Inkontinensia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologi luas.

f) Sistem musculoskeletal

Sebagai penyakit *upper motor neuron* (UMN), stroke memicu hilangnya kendali volunter pada sistem motorik. Akibat adanya penyilangan jalur saraf pusat, gangguan gerak sadar pada satu sisi tubuh menandakan letak kerusakan saraf otak berada di sisi kontralateral (berlawanan). Manifestasi disfungsi motorik yang paling sering dijumpai adalah hemiplegia, yaitu kelumpuhan salah satu sisi tubuh akibat lesi pada belahan otak yang berlawanan. Hambatan mobilitas yang dipicu oleh kelemahan otot, penurunan sensorik, kelumpuhan, serta rasa cepat lelah ini pada akhirnya mengganggu stabilitas pola aktivitas dan istirahat pasien.

g) Sistem penginderaan

System penginderaan tidak terganggu.

h) System endokrin

Biasanya tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

8. Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari

a) Pola nutrisi

Penderita stroke infark umumnya menunjukkan penurunan nafsu makan serta sering kali menghadapi hambatan dalam menelan makanan. Di

samping itu, asupan cairan pada pasien ini biasanya disesuaikan dan dibatasi berdasarkan volume kebutuhan yang telah ditetapkan.

b) Pola eliminasi

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

c) Pola aktivitas/Latihan

Mengalami kesulitan dalam bergerak akibat kelemahan otot. Pada sebagian orang akan membutuhkan bantuan orang lain dalam setiap kegiatan sehari-hari.

d) Pola istirahat/tidur

Biasanya mengalami gangguan tidur dan merasa tidak segar setelah bangun tidur.

e) Pola kognitif

Dapat mengalami masalah pada pendengaran, penglihatan, penciuman, biasanya klien mengeluh sakit kepala dan kelemahan otot.

f) Pola peran dan hubungan

Pola peran dan hubungan akan mengalami perubahan.

g) Pola konsep diri

Mengalami gangguan konsep diri.

h) Pola koping

Dapat terjadi gangguan apabila koping tidak efektif

i) Pola nilai dan keyakinan

Dapat menghambat pasien dalam menjalankan ibadah.

2.2.2. Analisa Data

Tabel 2. 4 Analisa Data

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

		2. Menunjukkan respon tidak sesuai 3. Pelo 4. Afasia 5. Sulit memahami komunikasi 6. Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh		
		Menjadi kapur/mengandung kolestrol dengan infiltrasi limfosit (trombus) ↓ Penyumbatan pembuluh darah otak ↓ Vasospasme pada arteri karotis ↓ Stroke infark ↓ Kerusakan di area pusat bicara (Broca) ↓ Kerusakan pada NV (trigeminus) NVII (fasialis) ↓ Kontrol otot fasialis lemah ↓ Ketidakmampuan bicara ↓ Kerusakan artikular, tidak dapat bicara (disatria) ↓ Gangguan komunikasi Verbal		
3	DS: 1. Mengeluh nyeri DO: 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis: waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat	Faktor risiko ↓ Peningkatan penimbunan lemak/kolestrol yang meningkat dalam darah ↓ Menjadi kapur/mengandung kolestrol dengan infiltrasi limfosit (trombus) ↓ Penyumbatan pembuluh darah otak ↓ Eritrosit bergumpal, endotel rusak ↓ Edema serebral	Nyeri (D.0077)	akut

↓ TIK meningkat ↓ Nyeri akut			
4	DS: 1. Mengeluh sulit menelan DO: 1. Batuk sebelum menelan 2. Batuk setelah makan atau minum 3. Tersedak 4. Makanan tertinggal di rongga mulut	Faktor risiko ↓ Peningkatan penimbunan lemak/kolestrol yang meningkat dalam darah ↓ Menjadi kapur/mengandung kolestrol dengan infiltrasi limfosit (trombus) ↓ Penyumbatan pembuluh darah otak ↓ Vasospasme pada arteri karotis ↓ Stroke infark ↓ Proses metabolisme otak terganggu ↓ Suplai darah & O₂ ke otak menurun ↓ Arteri vertebra basilaris ↓ Penurunan fungsi N.X, N.IX ↓ Proses menelan tidak efektif ↓ Gangguan menelan	Gangguan Menelan (D.0063)
5	Faktor risiko: 1. Keabnormalan masa protombin dan/atau masa tromboplastin parsial 2. Cedera kepala	Faktor risiko ↓ Peningkatan penimbunan lemak/kolestrol yang meningkat dalam darah ↓	Resiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)

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

2.2.3. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan dirumuskan berdasarkan hasil analisis data pengkajian dengan mengacu pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) yang diterbitkan oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI).

Diagnosis keperawatan yang biasanya muncul pada pasien stroke infark yaitu:

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054)
2. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D.0119)
3. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)
4. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan syaraf kranialis (D.0063)
5. Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan embolisme (D.0017)
6. Resiko jatuh ditandai dengan kekuatan otot menurun (D.0143)

2.2.4. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan disusun mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan disesuaikan dengan luaran yang diharapkan berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI).

Tabel 2. 5 Intervensi Keperawatan

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

				10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
2	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular (area broca)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan Selama ... x 24 jam, maka komunikasi verbal meningkat, dengan kriteria hasil:	Promosi komunikasi: defisit bicara (I. 13492)	
		1. Kemampuan berbicara meningkat	Observasi	1. onitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara
		2. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat		2. Monitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis: memori, pendengaran, dan Bahasa)
				3. Monitor frustasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara
				4. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi
			Terapeutik	5. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis: menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer)
				6. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan
				7. Ulangi apa yang disampaikan pasien
				8. Berikan dukungan psikologis
				9. Gunakan juru bicara, jika perlu
			Edukasi	10. Anjurkan berbicara perlahan
				11. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara
			Kolaborasi	12. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis

3	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	Setelah dilakukan intervensi keperawatan Selama ... x 24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) bservasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 10. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 12. Fasilitasi istirahat dan tidur 13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 14. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 15. Jelaskan strategi meredakan nyeri 16. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
---	---	--	---

				17. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 18. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi 19. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
4	Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan syaraf kranial	Setelah dilakukan intervensi keperawatan Selama ... x 24 jam, diharapkan status menelan membaik dengan kriteria hasil: 1. Mempertahankan makanan di mulut meningkat 2. Reflek menelan meningkat 3. Kemampuan mengosongkan mulut meningkat 4. Frekuensi tersedak menurun 5. Batuk menurun	Dukungan Perawatan Diri: Makan/Minum (I.11351) Observasi 1. Identifikasi diet yang dianjurkan 2. Monitor kemampuan menelan 3. Monitor status hidrasi pasien, jika perlu Terapeutik 4. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan 5. Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum 6. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 7. Letakkan makanan di sisi mata yang sehat 8. Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan 9. Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan 10. Sediakan makanan dan minuman yang disukai 11. Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu 12. Motivasi untuk makan di ruang makan, jika tersedia Edukasi 13. Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (mis: sayur di jam 12, rendang di jam 3) Kolaborasi 14. Kolaborasi pemberian obat (mis: analgesik, antiemetik), sesuai indikasi	

5	Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan embolisme	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... x 24 jam, maka perfusi serebral meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Sakit kepala menurun 3. Gelisah menurun 4. Tekanan arteri rata-rata membaik 5. Tekanan intra kranial membaik	Manajemen peningkatan tekanan intra kranial (1.06194) Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP (mean arterial pressure) (LIHAT: Kalkulator MAP) 4. Pantau CVP (tekanan vena sentral) 5. Monitor status pernapasan 6. Monitor intake dan output cairan Terapeutik 7. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 8. Berikan posisi semi fowler 9. Hindari manuver valsava 10. Cegah terjadinya kejang 11. Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi 12. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu 13. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu 14. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu
6	Resiko jatuh ditandai dengan kekuatan otot menurun	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... x 24 jam, maka tingkat jatuh menurun, dengan kriteria hasil:	Pencegahan jatuh (1.14540) Observasi 1. Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati)

1. Jatuh dari tempat tidur menurun	2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi
2. Jatuh saat berdiri menurun	3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang)
3. Jatuh saat duduk menurun	4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu
4. Jatuh saat berjalan menurun	5. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya
	Terapeutik
	6. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga
	7. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci
	8. Pasang handrail tempat tidur
	9. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah
	10. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien
	Edukasi
	11. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah

2.2.5. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahap pelaksanaan rencana tindakan yang telah disusun sebelumnya, dilakukan secara langsung kepada pasien sesuai intervensi yang telah ditetapkan. Pada kasus stroke non hemoragik dengan gangguan kekuatan otot, implementasi dapat berupa pelaksanaan latihan ROM aktif maupun pasif, pelaksanaan *mirror therapy* dengan frekuensi dan durasi tertentu, edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai pentingnya latihan berkelanjutan, serta kolaborasi pemberian terapi farmakologis bersama tim medis lain. Setiap tindakan yang dilakukan didokumentasikan secara lengkap sebagai bentuk tanggung jawab dan tanggung gugat perawat (Simamora *et al.*, 2021)

2.2.6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang bertujuan menilai keberhasilan asuhan keperawatan yang telah diberikan dengan membandingkan respons pasien terhadap kriteria hasil yang telah ditetapkan dalam SLKI. Evaluasi pada pasien stroke non hemoragik dengan intervensi *mirror therapy* dilakukan dengan menilai perubahan skor kekuatan otot menggunakan MMT sebelum dan sesudah intervensi, tingkat kemandirian dalam activity of daily living (ADL), serta perkembangan kondisi klinis lain secara berkala menggunakan format SOAP, sehingga dapat ditentukan apakah tujuan asuhan keperawatan telah tercapai, tercapai sebagian, atau memerlukan modifikasi rencana tindakan lebih lanjut (PPNI, 2019).

2.3 Konsep *Mirror Therapy*

2.3.1. Definisi *Mirror Therapy*

Mirror therapy merupakan modalitas rehabilitasi non-farmakologis yang bekerja langsung pada sistem motorik dengan menstimulus korteks sensorimotor ipsilateral serta kontralateral di area lesi. Terapi ini mengaktifasi jaringan *mirror neuron* di korteks serebri secara ekonomis dan non-invasif, sehingga sangat efektif dalam mendukung pemulihan fungsi gerak ekstremitas pasca-stroke.

Mirror therapy yaitu rehabilitasi yang mengandalkan dan melatih imajinasi motorik pada pasien. Cara kerja *mirror therapy* ini untuk mengaktifkan area premotor sehingga yang terjadi adalah peningkatan aktivitas area motorik primer yang rusak sebagian dan meningkatkan fungsi motorik ekstremitas. Rehabilitasi ini melibatkan superimposisi refleksi gerakan ekstremitas yang sehat kenapa ekstremitas yang sakit agar pasien dapat mengamati seolah-olah ekstremitas yang sakit ikut bergerak. Jadi, ilusi visual akan meningkatkan kemampuan gerak ekstremitas yang mengalami kelemahan (Tamba *et al.*, 2023).

2.3.2. Tujuan *Mirror Therapy*

Adapun tujuan dari *mirror therapy* menurut (Rahayuningtyas & Ismoyowati, 2024) ialah:

1. Meningkatkan kekuatan otot ekstremitas
2. Meningkatkan kemandirian pasien dalam melakukan gerakan
3. Mengurangi rasa sakit
4. Meningkatkan fungsi motorik dan ADL
5. Mengurangi gangguan sensorik

2.3.3. Manfaat *Mirror Therapy*

Manfaat dari *mirror therapy* ini dapat meningkatkan fungsi motorik dan meningkatkan kekuatan otot pada pasien yang mengalami penurunan kekuatan otot (Valentina *et al.*, 2022).

2.3.4. Indikasi *Mirror Therapy*

Indikasi *mirror therapy* menurut (Pratiwi;(Rahayuningtyas & Ismoyowati, 2024)) diantaranya yaitu:

1. Pasien stroke non hemoragik yang mengalami hemiparesis
2. Pasien stroke dengan gangguan motorik
3. Pasien stroke dengan kesulitan menjalani ADL

2.3.5. Kontraindikasi *Mirror Therapy*

Kontraindikasi melakukan *mirror therapy* menurut Simamora (2021):

1. Pasien yang mengalami perburukan kondisi

2.3.6. SOP *Mirror Therapy*

Tabel 2. 6 SOP *Mirror Therapy*

SOP <i>Mirror Therapy</i>	
Prosedur	Tekhnik <i>Mirror Therapy</i> dapat dilakukan dengan tiga strategi, yaitu : 1. Subjek melihat gerakan tangan yang sehat dicerminkan dan mencoba meniru gerakan dengan tangan yang sakit. 2. Subjek membayangkan tangan yang sakit bergerak sebagaimana yang diinginkan. 3. Perawat membantu gerakan tangan yang sakit sehingga sinkron dengan pantulan gerakan pada tangan yang sehat yang terlihat pada cermin
Pra Interaksi	1. Mencuci tangan 2. Menyiapkan alat
Pra Orientasi	1. Memberikan salam dan memperkenalkan diri 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur Tindakan 3. Menanyakan kesiapan pasien
Tahap Kerja	1. Menjaga <i>privacy</i> pasien

	2. Mencuci tangan 3. Posisikan pasien duduk dikursi menghadap meja, kedua tangan dan lengan bawah diletakkan diatas meja. 4. Sebuah cermin diletakkan didepan tangan pasien, tangan yang sakit diletakkan dibelakang cermin dan tangan yang sehat diletakkan didepan cermin. 5. Latihan selama 15-30 menit dengan istirahat selama 2 menit pergerakan. 6. Lihatlah pantulan tangan kiri anda dicermin, bayangkan seolah-olah ini adalah tangan kanan pasien (jika yang sakit tangan kanan atau sebaliknya). Pasien tidak diperbolehkan melihat tangan yang sakit dibalik cermin. 7. Lakukan gerakan secara bersamaan pada kedua tangan anggota gerak, Gerakan diulangi sesuai intruksi dengan kecepatan constant + 1 detik/Gerakan. 8. Jika anda tidak bisa menggerakkan tangan yang sakit berkonsentrasilah dan bayangkan seolah olah anda mampu menggerakkannya sambil tetap melihat bayangan dicermin. 9. Gerakan Ekstremitas Atas : a. Pronasi-Supinasi, gerakan dimana pergelangan tangan menghadap ke bawah dan menghadap keatas. b. Fleksi-Ekstensi, gerakan menekuk mengangkat pergelangan tangan, sehingga pergelangan tangan menghadap kebawah dan keatas. c. Abduksi-Adduksi, yakni menggerakkan pergelangan tangan ke samping arah ibu jari dan ke arah kelingking. d. Fleksi-Ekstensi, yakni gerakan mengepalkan jari-jari dan luruskan seperti semula. 10. Gerakan Ekstremitas Bawah : a. Menaikkan lutut keatas kemudian menurunkan kembali. b. Menekuk kaki, sehingga kaki menghadap kedepan dan kembali posisi semula. c. Melangkah kesamping dan kembali ke posisi tengah d. Mengoyangkan pergelangan kaki.
Terminasi	1. Melakukan evaluasi Tindakan 2. Membereskan alat 3. Mencuci tangan 4. Mendoakan pasien 5. Berpamitan dengan pasien dan keluarga 6. Mendokumentasikan hasil implementasi

Sumber: (Simamora *et al*, 2021)

2.3.7. Pengukuran kekuatan otot MMT

Tabel 2. 7 Pengukuran kekuatan otot MMT

Skala	Deskripsi
5	Kekuatan otot normal, dapat digerakan, mampu melawan gaya gravitasi dan dapat melawan tahanan dengan kuat
4	Terdapat gerakan, mampu melawan gravitasi dan dapat melawan tahanan ringan yang diberikan
3	Terdapat gerakan normal tetapi hanya mampu melawan gaya gravitasi
2	Terdapat gerakan tetapi gerakan ini tidak mampu melawan gravitasi
1	Tidak ada gerakan tetapi terdapat kontraksi otot saat dilakukan palpasi atau kadang terlihat
0	Paralisis total, tidak ada kekuatan otot sama sekali

Sumber: (Rahayuningtyas & Ismoyowati, 2024)

2.4 Evidence Based Practice (EBP)

Evidence Based Practice (EBP) dalam keperawatan merupakan proses pengambilan keputusan klinis yang mengintegrasikan bukti ilmiah terbaik yang tersedia, keahlian klinis perawat, serta nilai dan preferensi pasien dalam memberikan asuhan keperawatan.

Tabel 2. 8 Evidence Based Practice (EBP)

NO	Nama Penulis, Tahun	Judul Penelitaian	Populasi dan Sampel	Jenis Penelitian	Hasil
1	Tahani Ali Salem Maharem, Hayat Mohamed Abdelkader, Azza Anwar Aly Mesir, 2022	Effect of mirror therapy on upper extremity functional and motor skills among patients with chronic stroke	50 responden	Quasi-experimental design (pre/post-test)	Significant improvements were found across all measures: Brunnstrom stages ($p=0.001$), FMA score ($32.0 \rightarrow 37.6$, $p<0.001$), FIM score ($71.4 \rightarrow 77.6$, $p<0.001$), and several MAS items (shoulder flexors/extensors, abductors, adductors, external rotators, elbow extension, forearm supination). Mirror therapy produced positive changes in upper extremity motor and functional skills among chronic stroke patients; recommended for integration into routine chronic stroke care.
2	Dorcas B. C. Gandhi, Albert Sterba, Himani Khatter, Jeyaraj D. Pandian, Komal Bhanot	Mirror Therapy in Stroke Rehabilitation: Why, How Early,	16 studies, 416 participants	Systematic review and meta-analysis	Significant improvement was found in Brunnstrom stages for arm ($P=.04$) and hand ($P<.001$) in the acute phase. FIM self-care

India, 2020		and Effects: A Meta analysis				subsection also improved significantly ($P<.001$) across both acute and chronic phases. Mirror therapy is an effective, affordable, and feasible intervention for inducing true recovery in upper limb motor stages and self-care activities, particularly in the acute phase post-stroke; suitable for adoption in low- and middle-income countries.
3	Nova Wahyu Valentina, Indhit Tri Utami, Nury Luthfiyatil Fitri 2022	Penerapan " <i>Mirror Therapy</i> " Terhadap Perubahan Kekuatan Otot dan Rentang Gerak pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Hemiparase di Kota Metro	2 responden	Studi deskriptif	kasus	Ny. S yang mengalami hemiparesis dekstra menunjukkan peningkatan kekuatan otot tangan kanan dari 4444 menjadi 5555 pada hari ke-4, sedangkan Ny. E dengan hemiparesis sinistra mengalami peningkatan kekuatan otot tangan kiri dari 0000 menjadi 2222 pada hari ke-5, dan kedua subjek juga menunjukkan perluasan rentang gerak sendi setelah terapi; berdasarkan hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa <i>mirror therapy</i> terbukti efektif meningkatkan kekuatan otot dan memperluas rentang gerak sendi pada pasien stroke non hemoragik dengan hemiparese

4	Shafira Gunawan, Noorana Zahra1 2025	Youanita Anggri	The Application of <i>Mirror Therapy</i> in Ischemic Stroke Patients with Hemiparesis to Improve Upper Extremity Muscle Strengt		Studi kasus	Hasil evaluasi menunjukkan peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas yang progresif dari skor awal 5555 4432 menjadi 5555 4443, dimana peningkatan terjadi secara bertahap terutama pada lengan kiri (bagian yang mengalami kelemahan), sementara parameter toleransi fisik seperti tekanan darah, MAP, nadi, laju napas, dan saturasi oksigen tetap stabil sebelum dan sesudah terapi tanpa menunjukkan tanda-tanda kelelahan. Hal tersebut terjadim karena aktivasi motor cortex ipsilateral dapat distimulasi melalui pengamatan gerakan bayangan tangan yang sehat di cermin dapat meningkatkan stimulasi otot kortikal pada sisi kontralateral yang mengalami kelemahan.
5	Dika Putri Robinson, Hartian Med Pansori, Dilfera Hermiati 2023		Pengaruh <i>Mirror Therapy</i> terhadap Uji Kekuatan Otot Pasien Stroke Non Hemoragik Di Rsud Curup	16 responden	Quasy-Eksperimental, one group pretest-posttest	Hasil penelitian menunjukkan nilai rata-rata kekuatan otot sebelum <i>mirror therapy</i> adalah 2,38 (SD 0,500) dan setelah diberikan <i>mirror therapy</i> meningkat menjadi 3,38 (SD 0,500), dimana dari 16 responden seluruhnya (positive rank

= 16) mengalami peningkatan kekuatan otot tanpa satupun yang mengalami penurunan (negative rank = 0) atau tetap (ties = 0), sehingga hasil uji statistik Wilcoxon memperoleh p-value 0,000 ($<0,05$) yang berarti H_0 ditolak dan H_a diterima, menunjukkan adanya pengaruh signifikan *mirror therapy* terhadap uji kekuatan otot pasien stroke non hemoragik; hal ini sejalan dengan teori bahwa *mirror therapy* bekerja melalui sistem *mirror* neuron di korteks serebri yang memberikan stimulasi visual sehingga membantu penyembuhan motorik

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Tinjauan Kasus

3.1.1 Pengkajian

1. Pengkajian

a. Identitas Pasien

Nama	: Ny. S
Usia	: 29 Tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: IRT
Alamat	: Cisurupan
Agama	: Islam
Status Perkawinan	: Kawin
Diagnosa medis	: Stroke Infark
No. CM	: 1486XXX

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Tn. A
Usia	: 39 Tahun
Jenis kelamin	: Laki-laki
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Buruh

Alamat : Cisurupan
Agama : Islam
Hubungan dengan klien : Suami Klien

2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Keluarga mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan pasien lemah ketika ingin digerakkan

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

1) Alasan masuk RS

Ny. S mengalami kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan. Gejala muncul tiba-tiba tanpa aktivitas berat sebelumnya. Pada tanggal 31 Mei 2026 pukul 10.00 awal munculnya kelemahan ekstremitas Ny. S, pada pukul 13.00 dibawa oleh keluarga ke Puskesmas dan pulang lagi ke rumah. Melihat kondisi Ny. S tidak membaik, keluarga akhirnya membawa Ny. S untuk diperiksa ke RSUD Slamet pada pukul 22.00.

2) Keluhan Saat Pengkajian

Pada saat dilakuka pengkajian tanggal 2 April, keluarga mengatakan bahwa pasien mengalami kelemahan pada tangan dan kaki sebelah kanan sehingga tidak mampu mengangkat tangan dan tidak mampu menggerakkan kaki kanan nya. Kelemahan tersebut terlihat hanya pada tangan dan kaki kanan saja. Pasien merasakan kesemutan pada tangan dan kaki kanan pasien, kemampuan mobilisasi dibantu

keluarga, rentang gerak (ROM) menurun, kekuatan otot ekstremitas kanan 2/1 dan bagian ekstremitas kiri 5/5. Keluarga juga mengatakan sejak keluhan muncul, bicara pasien menjadi pelo dan terdengar tidak jelas sehingga sulit dipahami serta pelan. Keluhan tersebut menetap dari awal hingga saat ini.

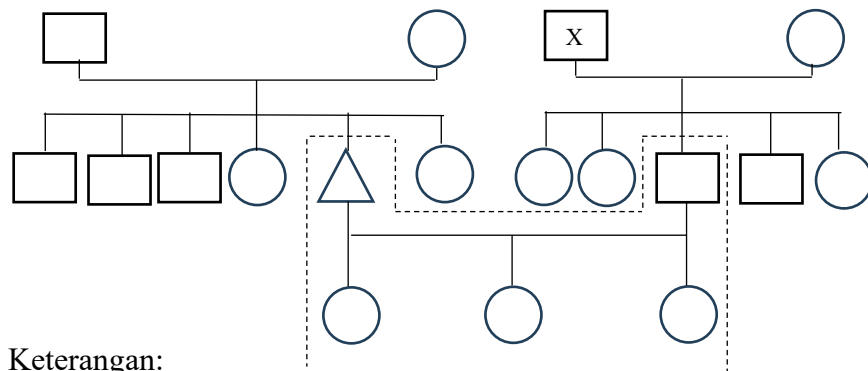
3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Keluarga mengatakan sebelumnya pasien belum pernah mengalami keluhan kelemahan gerak ataupun bicara pelo dan tidak jelas seperti saat ini dan kejadian ini merupakan serangan stroke pertama. Pasien mengatakan tidak mengontrol tekanan darahnya secara rutin tetapi terakhir dicek tekanan darahnya 180/100mmHg. Pasien menyukai makanan yang asin dan gurih. Pasien tidak pernah diperiksa kolesterol, pasien tidak memiliki Riwayat penyakit diabetes melitus, penyakit jantung dan pasien tidak memiliki riwayat penyakit menular seperti TBC, hepatitis ataupun HIV/AIDS.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga mengatakan sepengetahuannya keluarga Ny. S tidak ada yang memiliki penyakit kronis seperti diabetes melitus, hipertensi, penyakit jantung ataupun stroke. Keluarga tidak ada yang memiliki penyakit menular seperti TBC, hepatitis ataupun HIV/AIDS.

Genogram



Keterangan:



: Laki-laki



: Pasien



: Garis keturunan

X

: Meninggal



: Perempuan



: Serumah



: Menikah

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan persistem

a. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 160/98 mmHg

Nadi : 102x/menit

Respirasi : 21x/menit

Suhu : 36.2°C

Saturasi oksigen : 97%

b. Sistem persyarafan

Tingkat kesadaran: Compos mentis

Keadaan umum : Baik

1) Nervus Olfactorius (penciuman)

Pasien dapat mencium bau ataupun wangi dengan baik dan dapat membedakan aroma bau dan wangi dari lingkungan sekitar.

2) Nervus Optikus (ketajaman penglihatan)

Penglihatan pasien masih berfungsi dengan baik dan dapat menerima rangsangan cahaya dengan baik dan jelas.

3) Nervus Okulomotorius (mengkaji ukuran pupil)

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

4) Nervus trochlearis (gerakan mata)

Pasien dapat menggerakkan kedua bola matanya ke bawah dan dalam menuju hidung.

5) Nervus Trigeminus (membuka mulut dan mengunyah)

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

6) Nervus Abdusen (mengontrol gerakan mata)

Pasien mampu menggerakkan bola mata dengan baik dan terkontrol.

7) Nervus Fasialis

Pasien dapat merasakan manis, asin pada dua pertiga anterior lidah.

Pada saat diminta tersenyum sudut bibir kiri terangkat normal

sedangkan pada sudut bibir kanan tidak terangkat normal seperti yang sebelah kiri atau tidak simetris.

8) Nervus Vestibulokoklearis (pendengaran dan keseimbangan)

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

9) Nervus Glosafaringeal (daya mengecap dan reflek muntah)

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

10) Nervus Vagus (bersuara dan menelan)

Bicara pasien tidak jelas/ pelo, pergerakan langit-langit lunak tampak simetris disisi kiri, namun pada sisi kanan pergerakan menurun, fungsi menelan sedikit kesulitan.

11) Nervus Aksesorius (kekuatan otot)

Pada saat diminta mengangkat tangan dan kaki kanan, pasien kesulitan menggerakannya dan tampak lemah.

12) Nervus Hipoglosus (menjulurkan lidah)

Pasien mampu menjulurkan lidah namun tidak maksimal dan sedikit kesulitan, tidak bisa cepat dalam menggerakannya.

c. Sistem pernafasan

Inspeksi : hidung simetris, kedua lubang hidung bersih, tidak ada lesi, tidak ada pernafasan cuping hidung, bentuk dada normal, pergerakan

dada simetris kanan kiri, tidak ada retraksi dinding dada, pola nafas teratur, tidak ada penggunaan otot bantu nafas, 21x/menit, SpO2 97%.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada krepitasi

Perkusi : sonor pada kesua lapang paru

Auskultasi: suara nafas vesikuler, tidak ada suara tambahan

d. Sistem kardiovaskuler

Inspeksi : tidak tampak sianosis, tidak ada edema, CRT<2detik, konjungtiva anemis (-/-)

e. Sistem pencernaan

Inspeksi : bentuk abdomen datar, tidak ada distensi abdomen

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak teraba massa

Perkusi : timpani pada seluruh kuadran abdomen

Auskultasi: bising usus 12x/menit

f. Sistem perkemihan

Inspeksi : tidak terpasang kateter

Palpasi : tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan, kandung kemih teraba lembek (kandung kemih kosong)

g. Sistem integument

Inspeksi : warna kulit sawo matang, turgor kulit <2detik, tidak ada lesi

Palpasi : turgor kulit elastis, suhu kulit hangat, tidak ada edema

h. Sistem emndokrin

Inspeksi : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

Palpasi : tidak teraba pemebesaran kelenjar tiroid

i. Sistem musculoskeletal

Inspeksi : kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan mengalami penurunan

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tonus otot ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan mengalami penurunan

Kekuatan otot

$$\frac{2}{1} \mid \frac{5}{5}$$

4. Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-Hari

a. Pemeriksaan IMT

BB : 52 Kg

TB : 150 Cm

IMT= Kg/TB²=23.1 (Ideal)

1) Kebutuhan Kalori

Kebutuhan kalori saat ini menggunakan rumus BMR dikalikan dengan factor aktivitas harian

$$\begin{aligned} \text{BMR} &= (10 \times 52 \text{Kg}) + (6,25 \times 150 \text{cm}) - (5 - 29) = 1.320,5 \times 1,2 \\ &= 1.584,6 \text{ kkal/hari} \end{aligned}$$

2) Kebutuhan cairan

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

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

$$32 \text{Kg} = 20 \times 32 = 640 \text{ml}$$

$$\text{Jadi, } 1000 + 500 + 640 = 2.140 \text{ml}$$

b. Aktivitas sehari-hari

Tabel 3. 1 Aktivitas sehari-hari

NO	Jenis Aktivitas	Sehat	Sakit
1	Pola Makan		
	Jenis	Nasi, sayur, tahu/daging	Bubur, sayur, telur/daging
	Porsi	1 porsi	1/2 porsi
	Frekuensi	2-3 x sehari	3 x sehari
	Diet khusus	Tidak ada	Diet rendah garam
	Makanan disukai	Makanan gurih	Makanan gurih
	Gigi palsu	Tidak ada	Tidak ada
	Nafsu makan	Baik	Kurang baik
	Usaha mengatasi masalah	Tidak ada	Makan sedikit-sedikit
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
2	Pola Minum		
	Jenis	Air putih	Air putih
	Frekuensi	±8 gelas/hari	±3 botol/hari
	Jumlah	±250ml/ 1 gelas	600ml/ 1 botol
	Pantangan	Tidak ada	Tidak ada
	Minuman yang disukai	Minuman manis	Minuman manis
	Usaha mengatasi masalah	Tidak ada	Tidak ada
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
3	Pola Eliminasi		
	BAB		
	Frekuensi	1x/hari	1x/ 2hari
	Warna	Kuning kecoklatan	Kuning kecoklatan
	Bau	Khas feses	Khas feses
	Masalah	Tidak ada	Sulit jalan ke toilet
	Usaha mengatasi masalah	Tidak ada	Dibantu oleh keluarganya
	BAK		
	Frekuensi	±5x/hari	Ganti pempers ±4x/hari
	Jumlah	Tidak terkaji	Tidak terkaji
	Warna	Kuning jernih	Kuning
	Masalah	Tidak ada	Sulit jalan ke toilet
	Usaha mengatasi masalah	Tidak ada	Pakai pempers
4	Personal hygiene		
	Mandi	2x/hari	1x/hari diwashlap
	Berpakaian	2x/hari	1x/hari
	Menyikat gigi	2x/hari	1x/hari
	Menggunting kuku	1x/minggu	Belum menggunting kuku
	Keluhan	Tidak ada	Sulit melakukan sendiri
	Usaha mengatasi masalah	Tidak ada	Dibantu keluarga
5	Tidur siang		
	Lama tidur	±1-2 jam	±1-2 jam
	Keluhan	Tidak ada	Terkadang pusing

Mempermudah tidur	Karena cape	Mengantuk
Mempermudah bangun	Terbangun sendiri	Berisik
Tidur malam		
Lama tidur	± 7 jam	± 7 jam
Mempermudah tidur	Mengantuk	Mengantuk
Mempermudah bangun	Terbangun sendiri	Berisik
Keluhan	Tidak ada	Tidak ada

5. Aspek Psikologis

a. Status emosi

Saat pengkajian pasien tampak tenang, namun sesekali menunjukkan rasa sedih karena belum ada perubahan. Keluarga mengatakan khawatir terhadap kondisi pasien, namun tetap berusaha optimis karena rasa optimis tersebut menjadi motivasi pasien untuk berusaha sembuh.

b. Konsep diri

1) Citra tubuh

Pasien menyadari adanya perubahan pada fisiknya karena mengalami kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah pada bagian kanan.

2) Identitas diri

Pasien mengetahui bahwa dirinya seorang perempuan.

3) Ideal diri

Pasien dan keluarga berharap kondisinya kembali sehat seperti sebelumnya.

4) Peran diri

Pasien merupakan seorang ibu rumah tangga namun saat ini belum bisa melakukan perannya dalam menjalankan tugas sebagai ibu rumah tangga karena kelemahan otot yang dialaminya

5) Harga diri

Pasien merasa sedikit malu karena tidak bisa melakukan aktivitas seperti biasanya.

c. Mekanisme koping

Keluarga pasien mengatakan menerima kondisi pasien dan pasien bersedia mengikuti latihan *mirror therapy*. Pasien memanfaatkan dukungan dari keluarganya untuk dijadikan semangat dalam melakukan *mirror therapy*. Pasien tidak menunjukkan koping maladaptif yang mengganggu proses perawatan seperti menarik diri ataupun menolak perawatan.

6. Aspek Sosial

a. Pola komunikasi

Pasien tampak melakukan kontak mata dengan baik dan berusaha merespon dengan ucapan meskipun bicara pasien terbatas, suara yang terdengar kurangng jelas dan bicara pasien pelan.

b. Gaya komunikasi

Pasien menunjukkan sikap kooperatif selama proses pengkajiaan dan proses pemeriksaan, pasien tampak tenang, pasien lebih sering

menggunakan kode anggukan kepala untuk persetujuan ataupun penolakan.

c. Hubungan sosial

Keluarga mengatakan sebelum sakit pasien merupakan ibu rumah tangga yang aktif mengikuti kegiatan memasak jika ada acara besar di kampungnya, aktif mengikuti pangajian. Semenjak beberapa hari terakhir pasien mengalami kelemahan otot, pasien mengalami keterbatasan Gerak sehingga tidak mengikuti kegiatan di lingkungannya.

7. Aspek Spiritual

Pasien beragama islam, pasien meyakini bahwa sakit yang sedang dialaminya merupakan bagian dari takdir yang telah ditetapkan dan rencana Allah SWT., sehingga sedikit-sedikit pasien menerima kondisinya dengan Ikhlas dan percaya bahwa akan ada hal baik setelahnya.

8. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium

Tanggal pemeriksaan: 1 April 2026

Tabel 3. 2 Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal	Satuan	Keterangan
Darah lengkap				
Leukosit	3.690	3.800-10.600	/ μ L	N
Eritrosit	3.58	4.5-6.5	/ μ L	↓
Trombosit	327.000	150.000-440.000	/ μ L	N
Haemoglobin	12.6	13.0-18.0	gr/dl	↓
Haematokrit	33	35.0-47	gr/dl	↓
GDS	101	<140	mg/dl	N
Kreatinin	0.34	0.57-1.3	mg/dl	↓
Ureum	43	20-40	mg/dl	↑

SGPT	23	s/d 37	/ μ L	N
SGOT	10	s/d 40	/ μ L	N
Kolesterol HDL	20	>45	mg/dl	↓
Kolesterol total	164	<200	mg/dl	N
Kolesterol LDL	139	<130	mg/dl	↑
Trigliserida	112	<150	mg/dl	N

b. Pemeriksaan radiologi

Tanggal pemeriksaan: 2 April 2026

Kesan:

Kardiomegali

c. Pemeriksaan CT-Scan

Tanggal pemeriksaan: 2 April 2026

Infark pada cortical subcortical parietalis kiri

9. Terapi Medis

Tabel 3. 3 Terapi Medis

No	Nama obat	Golongan	Cara pemberian	Dosis	Kegunaan
1	Citicoline	Neuroprotectant	IV	2x1gr	Untuk mempercepat rehabilitasi ekstremitas atas pada pasien dengan hemiplegia, memperbaiki dinding sel otak yang rusak, mempercepat pemulihan fungsi saraf, serta melindungi sel-sel otak di sekitar area infark agar tidak ikut mati.
2	Piracetam	Nootropik/ <i>GABA</i> <i>Analogue</i>	IV	2x40mg	Bekerja pada sistem saraf pusat untuk meningkatkan kelenturan sel darah merah agar lebih mudah mengalir melewati area sumbatan kecil. Obat ini juga melindungi sel otak dari kerusakan akibat kekurangan oksigen
3	Mecobalamin	Vitamin Neurotropic / Koenzim	IV	2x500mg	Untuk mempercepat pembentukan protein dan selubung pelindung saraf

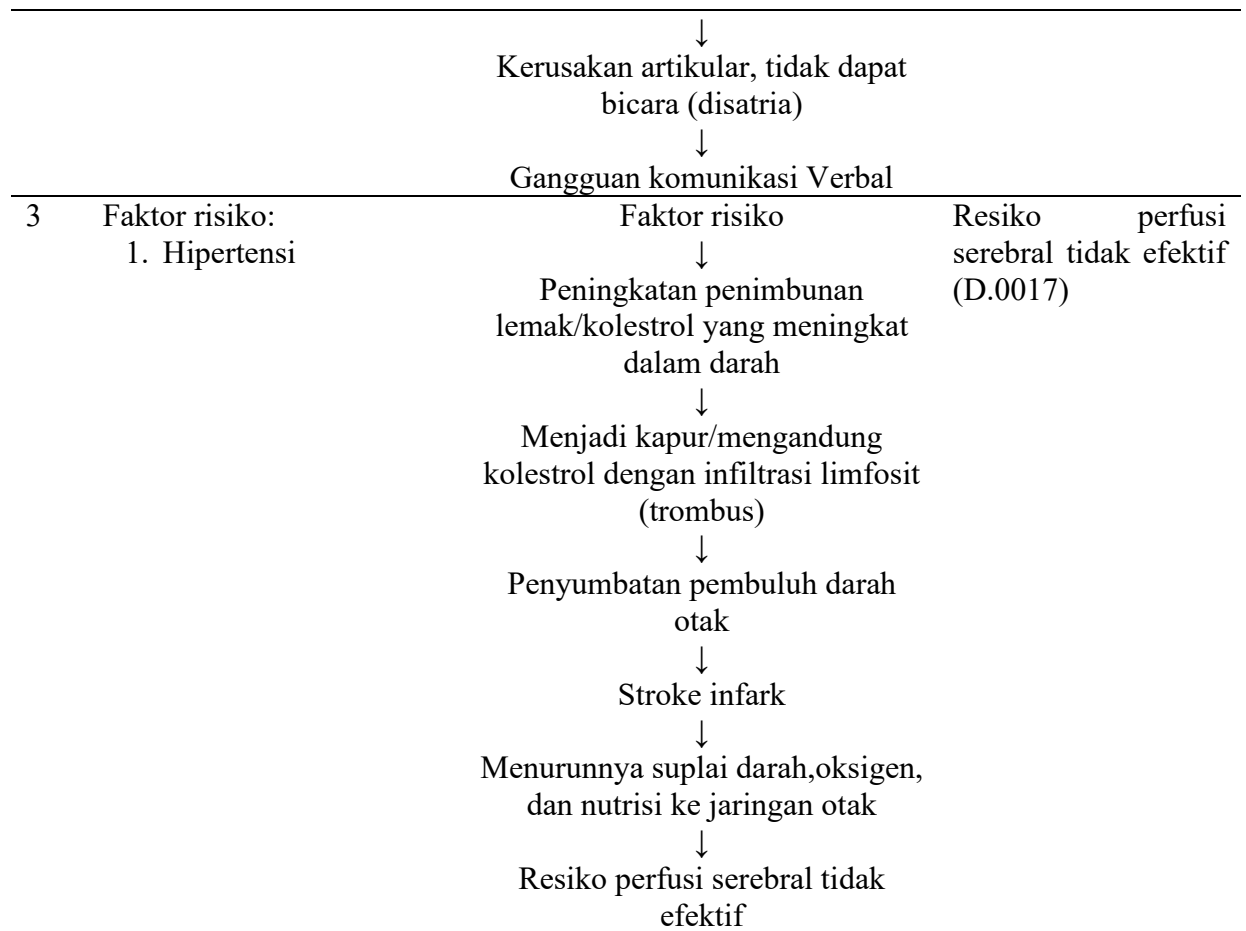
		Vitamin B12 Aktif			(<i>mielin</i>) guna memulihkan kerusakan fungsi gerak dan sensasi rasa.
4	Omeprazole	<i>Proton Pump Inhibitor (PPI)</i>	IV	2X40mg	Untuk memblokir sel-sel di dinding lambung yang memproduksi asam. Penurunan asam lambung ini sangat penting untuk mencegah terjadinya luka atau robekan pada lambung akibat stres fisik berat (<i>stress ulcer</i>) selama fase akut stroke.
5	Amlodipine	<i>Calcium Channel Blocker</i>	Oral	1x5mg	Menurunkan tekanan darah tinggi, bekerja dengan mempengaruhi kalsium ke dalam sel-sel jantung dan pembuluh darah, akibatnya pembuluh darah menjadi rileks dan meningkatkan suplai darah dan oksigen ke jantung.
6	Infus asering	Cairan Kristaloid Isotonis	IV	21 Tpm	Untuk menjaga volume darah tetap stabil, mencegah dehidrasi, dan menyuplai energi instan (lewat kandungan asetatnya) tanpa membebani organ hati pasien.

3.1.2 Analisa Data

Tabel 3. 4 Analisa Data

NO	Analisa Data	Etiologi	Problem
1	Gejala dan Tanda: DS: 1. Pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas 2. Pasien mengeluh mengalami keterbatasan gerak DO: 1. Kekuatan otot menurun	Faktor risiko ↓ Peningkatan penimbunan lemak/kolesterol yang meningkat dalam darah ↓ Menjadi kapur/mengandung kolesterol dengan infiltrasi limfosit (trombus) ↓ Penyumbatan pembuluh darah otak	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)
	2 5		

1 5 2. Rentang gerak (ROM) menurun 3. Sendi kaku 4. Fisik lemah 5. Gerakan terbatas 6. Gerakan tidak terkoordinasi 7. Hasil lab Eritrosit ↓ hemoglobin ↓ hematokrit ↓	↓ Vasospasme pada arteri karotis ↓ Stroke infark ↓ Terganggunya pusat sensori motorik di lobus parietal ↓ Gangguan jalur descending ↓ Kerusakan neuroserebrospinal ↓ Penurunan fungsi motorik dan muskuloskeletal ↓ Kelemahan pada bagian atau seluruh anggota gerak ↓ Hemiparesis, hemiplegia ↓ Gangguan mobilitas fisik	
2 Gejala dan Tanda: DS : keluarga pasien mengatakan bicara pasien kurang jelas dan pelan sehingga sulit dipahami DO: 1. Bicara pasien tidak jelas dan pelan 2. Pasien tampak kesulitan saat mengucapkan kata/kalimat 3. Pelo	Faktor risiko ↓ Peningkatan penimbunan lemak/kolesterol yang meningkat dalam darah ↓ Menjadi kapur/mengandung kolesterol dengan infiltrasi limfosit (trombus) ↓ Penyumbatan pembuluh darah otak ↓ Vasospasme pada arteri karotis ↓ Stroke infark ↓ Kerusakan di area pusat bicara (Broca) ↓ Kerusakan pada NV (trigeminus) NVII (fasialis) ↓ Kontrol otot fasialis lemah ↓ Ketidakmampuan bicara	Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)



Resiko perfusi
serebral tidak efektif
(D.0017)

3.1.3 Diagnosis Keperawatan

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan

DS:

- a. Pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
- b. Pasien mengeluh mengalami keterbatasan gerak

DO:

- a. Kekuatan otot menurun

$$\frac{2}{1} \bigg| \frac{5}{5}$$

- b. Rentang gerak (ROM) menurun

- c. Sendi kaku

- d. Fisik lemah

- e. Gerakan terbatas

- f. Gerakan tidak terkoordinasi

2. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan

DS :

- a. keluarga pasien mengatakan bicara pasien kurang jelas dan pelan sehingga sulit dipahami

DO:

- a. Bicara pasien tidak jelas dan pelan

- b. Pasien tampak kesulitan saat mengucapkan kata/kalimat

- c. Pelo

3. Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan hipertensi

3.1.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 5 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan DS: 1. Pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas 2. Pasien mengeluh mengalami keterbatasan gerak DO: 1. Kekuatan otot menurun 2 5 1 5 2. Rentang gerak (ROM) menurun 3. Sendi kaku 4. Fisik lemah 5. Gerakan terbatas 6. Gerakan tidak terkoordinasi	Setelah dilakukan intervensi keperawatan Selama 5 x 8 jam, maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak ROM meningkat	Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 5. Latih pergerakan dengan <i>Mirror therapy</i> 6. Fasilitasi melakukan pergerakan 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 8. Jelaskan tujuan dan prosedur <i>mirror therapy</i> 9. Anjurkan keluarga untuk membantu pasien melakukan <i>mirror therapy</i> 10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) Kolaborasi 11. Berikan obat mecobalamin

2	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan DS : 1. keluarga pasien mengatakan bicara pasien kurang jelas dan pelan sehingga sulit dipahami DO: 1. Bicara pasien tidak jelas dan pelan 2. asien tampak kesulitan saat mengucapkan kata/kalimat 3. Pelo	Setelah dilakukan intervensi keperawatan Selama 5 x 8 jam, maka komunikasi verbal meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan berbicara meningkat 2. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat	Promosi komunikasi: defisit bicara (I. 13492) Observasi 1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara 2. Monitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis: memori, pendengaran, dan Bahasa) 3. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara 4. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik 5. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis: menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer) 6. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan 7. Ulangi apa yang disampaikan pasien 8. Berikan dukungan psikologis 9. Latih <i>vocal exercise</i> (AIUEO) Edukasi 10. Anjurkan berbicara perlahan
3	Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan hipertensi	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5 x 8 jam, maka perfusi serebral meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Sakit kepala menurun 3. Gelisah menurun	Manajemen peningkatan tekanan intra kranial (1.06194) Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor status pernapasan Terapeutik 4. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang

4. Tekanan intra kranial membaik	5. Berikan posisi semi fowler 6. Cegah terjadinya kejang 7. Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi 8. Kolaborasi pemberian citicoline, amlodipine
----------------------------------	---

3.1.5 Implementasi Keperawatan

Tabel 3. 6 Implementasi Keperawatan

Tanggal	Jam	No DX	Implementasi	TTD				
3/4/2026	07.10	1	Observasi 1. Memonitor adanya nyeri atau keluhan fisik lain Respon/Hasil: pasien mengatakan tidak ada nyeri yang terasa 2. Memonitor toleransi fisik Respon/Hasil: pasien dapat berbaring dan duduk tapi tidak bisa melakukan aktivitas 3. Memonitor tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Respon/Hasil: 158/90 mmHg 4. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Respon/Hasil: pasien dalam keadaan umum baik	 Ratu				
	07.12		5. Mengkaji kekuatan otot Respon/Hasil: <table><tr><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>1</td><td>5</td></tr></table>		2	5	1	5
2	5							
1	5							
	07.20		Terapeutik 6. Melatih <i>Mirror Therapy</i>					
	13.00		Respon/Hasil: pasien mengikuti sesuai arahan					

		7. Memfasilitasi melakukan pergerakan Respon/Hasil: pasien difasilitasi cermin dan meja untuk melakukan <i>mirror therapy</i> 8. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Respon/Hasil: keluarga bersedia Edukasi 9. Menjelaskan tentang manfaat dari <i>mirror therapy</i> Respon/Hasil: keluarga dan pasien mengatakan mengerti Kolaborasi 10. Memberikan obat mecobalamin Respon/Hasil: obat diberikan sesuai indikasi	
3/4/2026	2	Observasi 07.35 1. Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara Respon/Hasil: pasien bicara dengan lambat, volume kecil 2. Memonitor kemampuan bicara Respon/Hasil: pasien belum mampu berbicara dengan jelas 3. Memonitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara Respon/Hasil: tidak ada 07.40 4. Mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Respon/Hasil: anggukan atau geleng-geleng kepala saat dimintai persetujuan Terapeutik 5. Mengulangi apa yang disampaikan pasien Respon/Hasil: perawat selalu mengulang untuk memvalidasi ucapan Ny. S 6. Melatih latihan vocal (AIUEO) Respon/Hasil: pasien dapat mengikuti latihan dan mampu mengucapkan beberapa huruf vocal Edukasi 07.35 7. Mengajarkan berbicara perlahan Respon/Hasil: pasien berbicara secara perlahan Kolaborasi	 Ratu

			8. Memberikan obat piracetam Respon/hasil: diberikan sesuai dosis	
3/4/2026	07.10	3	Observasi 1. Memonitor Tanda-tanda vital Respon/Hasil: TD: 158/90 mmHg N: 109x/menit R: 20x/menit S: 36,0°C SPO2: 97% Terapeutik 2. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Respon/Hasil: penunggu pasien dibatasi, hanya 1 orang 3. Memberikan posisi semi fowler Respon/Hasil: Ketika berbaring pasien diposisikan 30 ° dan posisi 90 ° untuk makan dan minum serta latihan Kolaborasi 4. Memberikan obat citicoline, amlodipine Respon/hasil: diberikan sesuai dosis	 Ratu
4/4/2026	7.15	1	Observasi 1. Memonitor adanya nyeri atau keluhan fisik lain Respon/Hasil: pasien mengatakan tidak ada nyeri yang terasa, tangan dan kaki masih lemah 2. Memonitor toleransi fisik Respon/Hasil: pasien dapat berbaring dan duduk tapi tidak bisa melakukan aktivitas 3. Memonitor tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Respon/Hasil: 150/90 mmHg 4. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Respon/Hasil: pasien dalam keadaan umum baik	 Ratu

			5. Mengkaji kekuatan otot Respon/Hasil: 2 5 1 5
			Terapeutik
07.20			6. Melatih <i>Mirror Therapy</i> Respon/Hasil: pasien mengikuti sesuai arahan
13.00			7. Memfasilitasi melakukan pergerakan Respon/Hasil: pasien difasilitasi cermin dan meja untuk melakukan <i>mirror therapy</i>
			8. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Respon/Hasil: keluarga bersedia
			Edukasi
			9. Menjelaskan tentang manfaat dari <i>mirror therapy</i> Respon/Hasil: keluarga dan pasien mengatakan mengerti
			Kolaborasi
			10. Memberikan obat mecobalamin Respon/Hasil: obat diberikan sesuai indikasi
4/4/2026	07.35	2	Observasi
			1. Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara Respon/Hasil: pasien bicara dengan lambat, volume kecil
			2. Memonitor kemampuan bicara Respon/Hasil: pasien belum mampu berbicara dengan jelas
			3. Memonitor frustasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara Respon/Hasil: tidak ada
			Terapeutik
			4. Mengulangi apa yang disampaikan pasien Respon/Hasil: perawat selalu mengulang untuk memvalidasi ucapan Ny. S


Ratu

			5. Melatih latihan vocal (AIUEO) Respon/Hasil: pasien dapat mengikuti latihan dan mampu mengucapkan beberapa huruf vocal Edukasi 6. Mengajukan berbicara perlahan Respon/Hasil: pasien berbicara secara perlahan Kolaborasi 7. Memberikan obat piracetam Respon/hasil: diberikan sesuai dosis	
4/4/2026	07.15	3	Observasi 1. Memonitor Tanda-tanda vital Respon/Hasil: TD: 150/90 mmHg N: 100x/menit R: 20x/menit S: 36,4°C SPO2: 99% Terapeutik 2. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Respon/Hasil: penunggu pasien dibatasi, hanya 1 orang 3. Memberikan posisi semi fowler Respon/Hasil: Ketika berbaring pasien diposisikan 30 ° dan posisi 90 ° untuk makan dan minum serta latihan Kolaborasi 4. Memberikan obat citicoline, amlodipine Respon/hasil: diberikan sesuai dosis	 Ratu
5/4/2026	07.00	1	Observasi 1. Memonitor adanya nyeri atau keluhan fisik lain Respon/Hasil: pasien mengatakan tidak ada nyeri yang terasa, tangan dan kaki masih lemah	 Ratu

-
2. Memonitor toleransi fisik
Respon/Hasil: pasien dapat berbaring dan duduk tapi tidak bisa melakukan aktivitas
 3. Memonitor tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
Respon/Hasil: 140/90 mmHg
 4. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
Respon/Hasil: pasien dalam keadaan umum baik
 5. Mengkaji kekuatan otot
Respon/Hasil:

2	5
1	5

Terapeutik

6. Melatih *Mirror Therapy*
Respon/Hasil: pasien mengikuti sesuai arahan
7. Memfasilitasi melakukan pergerakan
Respon/Hasil: pasien difasilitasi cermin dan meja untuk melakukan *mirror therapy*
8. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
Respon/Hasil: keluarga bersedia

Kolaborasi

9. Memberikan obat mecobalamin
Respon/Hasil: obat diberikan sesuai indikasi

5/4/2026 07.40 2

Observasi

1. Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara
Respon/Hasil: pasien bicara dengan lambat, volume kecil
 2. Memonitor kemampuan bicara
Respon/Hasil: pasien belum mampu berbicara dengan jelas
 3. Memonitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara
-



Ratu

			Respon/Hasil: tidak ada Terapeutik 4. Mengulangi apa yang disampaikan pasien Respon/Hasil: perawat selalu mengulang untuk memvalidasi ucapan Ny. S 5. Melatih latihan vocal (AIUEO) Respon/Hasil: pasien dapat mengikuti latihan dan mampu mengucapkan beberapa huruf vocal Edukasi 6. Menganjurkan berbicara perlahan Respon/Hasil: pasien berbicara secara perlahan Kolaborasi 7. Memberikan obat piracetam Respon/hasil: diberikan sesuai dosis	
5/4/2026	07.00	3	Observasi 1. Memonitor Tanda-tanda vital Respon/Hasil: TD: 140/90 mmHg N: 100x/menit R: 22x/menit S: 36,2°C SPO2: 99% Terapeutik 2. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Respon/Hasil: penunggu pasien dibatasi, hanya 1 orang 3. Memberikan posisi semi fowler Respon/Hasil: Ketika berbaring diposisikan 30 ° dan posisi 90 ° untuk makan,minum, latihan Kolaborasi 4. Memberikan obat citicoline, amlodipine Respon/hasil: diberikan sesuai dosis	 Ratu

6/4/2026	07.00	1	Observasi 1. Memonitor adanya nyeri atau keluhan fisik lain Respon/Hasil: pasien mengatakan tidak ada nyeri yang terasa, tangan dan kaki masih lemah 2. Memonitor tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Respon/Hasil: 128/85 mmHg 3. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Respon/Hasil: pasien dalam keadaan umum baik 4. Mengkaji kekuatan otot Respon/Hasil: <table><tr><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>1</td><td>5</td></tr></table> Terapeutik 5. Melatih pergerakan sendi dengan <i>Mirror Therapy</i> Respon/Hasil: pasien mengikuti sesuai arahan 6. Memfasilitasi melakukan pergerakan Respon/Hasil: pasien difasilitasi cermin dan meja untuk melakukan <i>mirror therapy</i> 7. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Respon/Hasil: keluarga bersedia Kolaborasi 8. Memberikan obat mecobalamin Respon/Hasil: obat diberikan sesuai indikasi	2	5	1	5	 Ratu
2	5							
1	5							
6/4/2026	07.40	2	Observasi 1. Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara Respon/Hasil: pasien bicara dengan lambat 2. Memonitor kemampuan bicara Respon/Hasil: pasien belum mampu berbicara dengan jelas 3. Memonitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara	 Ratu				

			Respon/Hasil: tidak ada Terapeutik 4. Mengulangi apa yang disampaikan pasien Respon/Hasil: perawat selalu mengulang untuk memvalidasi ucapan Ny. S 5. Melatih latihan vocal (AIUEO) Respon/Hasil: pasien dapat mengikuti latihan dan mampu mengucapkan beberapa huruf vocal Edukasi 6. Menganjurkan berbicara perlahan Respon/Hasil: pasien berbicara secara perlahan Kolaborasi 7. Memberikan obat piracetam Respon/hasil: diberikan sesuai dosis	
6/4/2026	07.00	3	Observasi 1. Memonitor Tanda-tanda vital Respon/Hasil: TD: 128/85 mmHg N: 100x./menit R: 20x/menit SPO2: 98% Terapeutik 2. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Respon/Hasil: penunggu pasien dibatasi, hanya 1 orang 3. Memberikan posisi semi fowler Respon/Hasil: Ketika berbaring diposisikan 30 ° dan posisi 90 ° untuk makan,minum, latihan Kolaborasi 4. Memberikan obat citicoline Respon/hasil: diberikan sesuai dosis	 Ratu

7/4/2026	1	Observasi																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
----------	---	-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

			3. Memonitor frustasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara Respon/Hasil: tidak ada Terapeutik 4. Mengulangi apa yang disampaikan pasien Respon/Hasil: perawat selalu mengulang untuk memvalidasi ucapan Ny. S 5. Melatih latihan vocal (AIUEO) Respon/Hasil: pasien dapat mengikuti latihan dan mampu mengucapkan beberapa huruf vocal Edukasi 6. Mengajarkan berbicara perlahan Respon/Hasil: pasien berbicara secara perlahan Kolaborasi 7. Memberikan obat piracetam Respon/hasil: diberikan sesuai dosis	
7/4/2026	07.00	3	Observasi 1. Memonitor Tanda-tanda vital Respon/Hasil: TD: 130/80 mmHg N: 100x./menit R: 20x/menit SPO2: 98% Terapeutik 2. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Respon/Hasil: penunggu pasien dibatasi, hanya 1 orang 3. Memberikan posisi semi fowler Respon/Hasil: Ketika berbaring diposisikan 30 ° dan posisi 90 ° untuk makan,minum, latihan Kolaborasi 4. Memberikan obat citicoline Respon/hasil: diberikan sesuai dosis	 Ratu

3.1.6 Evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 7 Evaluasi Keperawatan

No	Waktu & Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi	TTD & Nama				
1	3/4/2026 13.50	1	S: Pasien mengatakan tangan dan kaki kanannya masih mengalami kelemahan gerak O: - Pergerakan ekstremitas yang mengalami kelemahan masih keterbatasan gerak - Kekuatan otot belum ada peningkatan <table><tr><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>1</td><td>5</td></tr></table> - Rentang gerak ROM belum ada peningkatan - Pasien belum mampu focus ketika latihan <i>mirror therapy</i> - Tekanan darah setelah melakukan mirror therapy: 155/89 mmHg A: masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi P: Lanjutkan intervensi I: - Monitor adanya nyeri atau keluhan lain - Monitor kondisi umum selama melakukan pergerakan - Kaji kekuatan otot - Latih pergerakan sendi - Fasilitasi melakukan pergerakan - Libatkan keluarga untuk membantu meningkatkan pergerakan - Berikan obat mecabalamin E: gangguan mobilitas fisik belum teratasi R: Ajarkan <i>mirror therapy</i>	2	5	1	5	 Ratu
2	5							
1	5							
	3/4/2026 13.55	2	S: pasien mengatakan masih sulit berbicara O: - Kemampuan berbicara pasien masih sama - Pasien berbicara pelo - Kurang terdengar saat berbicara karena volume terlalu pelan - Kesesuaian ekspresi pasien masih belum maksimal A: masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi P: lanjutkan intervensi	 Ratu				

			I: 1. Monitor kemampuan bicara 2. Monitor ekspresi wajah 3. Ulang yang disampaikan pasien 4. Latih vocal pasien 5. Berikan piracetam 6. Libatkan keluarga dalam melatih vocal pasien E: gangguan komunikasi verbal belum teratasi R: latih vocal (AIUEO)	
	3/4/2026 14.00	3	S: 1. pasien mengatakan tidak sesak nafas 2. pasien mengatakan sudah BAB 3. pasien mengatakan terkadang ada sedikit pusing O: 1. Tingkat kesadaran: Compos Mentis 2. monitor TTV TD: 155/89 mmHg N:103x./menit R:21x/menit SPO2:97% A: masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P: lanjutkan intervensi I: 1. monitor kesadaran 2. monitor TTV 3. pertahankan posisi dengan nyaman 4. berikan citicoline, amlodipine E: risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi R: monitor TTV	 Ratu
2	4/4/2026 13.45	1	S: Pasien dan keluarga mengatakan tangan dan kaki kanannya masih mengalami kelemahan gerak O: 1. Pergerakan ekstremitas yang mengalami kelemahan masih keterbatasan gerak 2. Kekuatan otot belum ada peningkatan $\begin{array}{r l} 2 & 5 \\ \hline 1 & 5 \end{array}$ 3. Rentang gerak ROM belum ada peningkatan 4. Sedikit-sedikit pasien berusaha untuk bisa melakukan <i>mirror therapy</i>	 Ratu

		5. Tekanan darah setelah melakukan mirror therapy: 148/90 mmHg A: masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi P: Lanjutkan intervensi I: 1. Monitor adanya nyeri atau keluhan lain 2. Monitor kondisi umum selama melakukan pergerakan 3. Kaji kekuatan otot 4. Latih pergerakan sendi 5. Fasilitasi melakukan pergerakan 6. Libatkan keluarga untuk membantu meningkatkan pergerakan 7. Berikan obat mecobalamin E: gangguan mobilitas fisik belum teratasi R: Ajarkan <i>mirror therapy</i>	
4/4/2026 13.50	2	S: pasien mengatakan masih sulit berbicara O: 1. Kemampuan berbicara pasien masih sama 2. Pasien berbicara pelo 3. Kurang terdengar saat berbicara karena volume terlalu pelan 4. Kesesuaian ekspresi pasien masih belum maksimal A: masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1. Monitor kemampuan bicara 2. Monitor ekspresi wajah 3. Ulang yang disampaikan pasien 4. Latih vocal pasien 5. Libatkan keluarga dalam melatih vocal pasien 6. Berikan piracetam E: gangguan komunikasi verbal belum teratasi R: latih vocal (AIUEO)	 Ratu
4/4/2026 13.55	3	S: 1. pasien mengatakan tidak sesak nafas 2. pasien mengatakan terkadang ada sedikit pusing O: 1. Tingkat kesadaran: Compos Mentis 2. monitor TTV TD: 148/90 mmHg N:101x./menit	 Ratu

			R:21x/menit SPO2:99% A: masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P: lanjutkan intervensi I: 1. monitor kesadaran 2. monitor TTV 3. pertahankan posisi dengan nyaman 5. berikan citicoline, amlodipine E: risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi R: monitor TTV	
3	5/4/2026 13.50	1	S: Pasien mengatakan tangan dan kaki kanannya masih mengalami kelemahan gerak O: 1. Pergerakan ekstremitas yang mengalami kelemahan masih keterbatasan gerak 2. Kekuatan otot belum ada peningkatan $\begin{array}{r l} 2 & 5 \\ \hline 1 & 5 \end{array}$ 3. Rentang gerak ROM belum ada peningkatan 4. Pasien mampu melakukan <i>mirror therapy</i> 5. Tekanan darah setelah melakukan <i>mirror therapy</i> : 144/85 mmHg A: masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi P: Lanjutkan intervensi I: 1. Monitor adanya nyeri atau keluhan lain 2. Monitor kondisi umum selama melakukan pergerakan 3. Kaji kekuatan otot 4. Latih pergerakan sendi 5. Fasilitasi melakukan pergerakan 6. Libatkan keluarga untuk membantu meningkatkan pergerakan 7. Berikan obat mecobalamin E: gangguan mobilitas fisik belum teratasi R: Ajarkan <i>mirror therapy</i>	 Ratu
	5/4/2026 13.55	2	S: pasien mengatakan bicaranya masih kurang jelas O: 1. Kemampuan berbicara sedikit meningkat 2. Pasien berbicara pelo sedang	 Ratu

			3. Kurang terdengar saat berbicara karena volume terlalu pelan 4. Kesesuaian ekspresi pasien masih belum maksimal A: masalah gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1. Monitor kemampuan bicara 2. Monitor ekspresi wajah 3. Ulang yang disampaikan pasien 4. Latih vocal pasien 5. Libatkan keluarga dalam melatih vocal pasien 6. Berikan piracetam E: gangguan komunikasi verbal belum teratasi R: latih vocal (AIUEO)	
5/4/2026	3	14.00	S: 1. pasien mengatakan tidak sesak nafas 2. pasien mengatakan pusing sudah mulai tidak terasa O: 1. Tingkat kesadaran: Compos Mentis 2. monitor TTV TD: 144/85 mmHg N: 97x./menit R: 21x/menit SPO2: 96% A: masalah risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi I: 1. monitor kesadaran 2. monitor TTV 3. pertahankan posisi dengan nyaman 4. berikan citicoline, amlodipine E: risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi R: monitor TTV	 Ratu
4	6/5/2026	1	S: 1. pasien mengatakjan masih merasa lemas, tapi tidak seperti beberapa hari lalu 2. pasien mengatakan merasa agak ringan untuk digerakkan tidak seperti sebelumnya O: 1. Pergerakan ekstremitas yang mengalami kelemahan mulai menunjukkan perubahan	 Ratu

		meskipun belum meningkatkan kekuatan otot	
		2. Kekuatan otot belum ada peningkatan	
		$\begin{array}{r l} 2 & 5 \\ \hline 1 & 5 \end{array}$	
		3. Rentang gerak ROM sedikit menunjukkan peningkatan	
		4. Pasien mampu melakukan <i>mirror therapy</i>	
		5. Tekanan darah setelah melakukan <i>mirror therapy</i> : 128/85 mmHg	
		A: masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian	
		P: Lanjutkan intervensi	
		I:	
		1. Monitor adanya nyeri atau keluhan lain	
		2. Monitor kondisi umum selama melakukan pergerakan	
		3. Kaji kekuatan otot	
		4. Latih pergerakan sendi	
		5. Fasilitasi melakukan pergerakan	
		6. Libatkan keluarga untuk membantu meningkatkan pergerakan	
		7. Berikan obat citicoline	
		E: gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian	
		R: Ajarkan <i>mirror therapy</i>	
13.35	2	S: pasien mengatakan bicaranya masih kurang jelas	 Ratu
		O:	
		1. Kemampuan berbicara sedikit meningkat	
		2. Pasien berbicara pelo sedang	
		5. Volume bicara pasien meningkat	
		6. Kesesuaian ekspresi pasien sesuai tapi masih belum maksimal	
		A: masalah gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian	
		P: lanjutkan intervensi	
		I:	
		1. Monitor kemampuan bicara	
		2. Monitor ekspresi wajah	
		3. Ulang yang disampaikan pasien	
		4. Latih vocal pasien	
		5. Libatkan keluarga dalam melatih vocal pasien	
		6. Berikan piracetam	

			E: gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian	
			R: latih vocal (AIUEO)	
13.40		3	S:	 Ratu
			1. pasien mengatakan tidak sesak nafas	
			2. pasien mengatakan pusing sudah mulai tidak terasa	
			3. pasien mengatakan tidak nyeri kepala	
			4. pasien mengatakan tidak gelisah	
			O:	
			1. Tingkat kesadaran: Compos Mentis	
			2. monitor TTV	
			TD: 128/85 mmHg	
			N: 100x./menit	
			R: 20x/menit	
			SPO2: 98%	
			A: masalah risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian	
			P: lanjutkan intervensi	
			I:	
			1. monitor kesadaran	
			2. monitor TTV	
			3. pertahankan posisi dengan nyaman	
			4. berikan citicoline	
			E: risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian	
			R: monitor TTV	
5	7/5/2026 13.30	1	S: pasien mengatakan bisa mengangkat tangan kanan nya, tapi kaki masih agak terasa berat ketika mau diangkat	 Ratu
			O:	
			1. Pergerakan ekstremitas yang mengalami kelemahan mulai menunjukkan perubahan	
			2. Kekuatan otot meningkat	
			$\begin{array}{r l} 3 & 5 \\ \hline 2 & 5 \end{array}$	
			3. Rentang gerak ROM menunjukkan peningkatan sedikit-sedikit	
			4. Pasien mampu melakukan <i>mirror therapy</i>	
			5. Tekanan darah setelah melakukan mirror therapy: 130/80 mmHg	
			A: masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian	
			P: Lanjutkan intervensi	
			I: Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan	

		E: gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian R: Ajarkan <i>mirror therapy</i>	
13.35	2	S: pasien mengatakan bicaranya masih kurang jelas O: 1. Kemampuan berbicara sedikit meningkat 2. Pasien berbicara pelo sedang 3. Volume bicara pasien meningkat 4. Kesesuaian ekspresi pasien sesuai tapi masih belum maksimal A: masalah gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi I: Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan E: gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian R: latih vocal (AIUEO)	 Ratu
13.45	3	S: 1. pasien mengatakan tidak sesak nafas 2. pasien mengatakan pusing sudah mulai tidak terasa 3. pasien mengatakan tidak nyeri kepala 4. pasien mengatakan tidak gelisah O: 1. Tingkat kesadaran: Compos Mentis 2. monitor TTV TD: 130/80 mmHg N: 100x./menit R: 20x/menit SPO2: 98% A: masalah risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan I: 1. monitor kesadaran 2. monitor TTV 3. pertahankan posisi dengan nyaman 4. berikan citicoline E: risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian R: monitor TTV	 Ratu

3.2 Pembahasan

Berdasarkan pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny. S dengan stroke infark di Ruang Santolo RSUD Slamet Garut yang dilaksanakan selama enam hari yaitu

tanggal 2-7 April 2026, dimana penulis berusaha melakukan asuhan keperawatan yang berkesinambungan dari pengkajian pada tanggal 2, implementasi dilakukan pada tanggal 3 dan seterusnya sampai dengan evaluasi keperawatan dengan tujuan teoritis dan memperhatikan kebutuhan pasien.

3.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahapan utama dari proses keperawatan. Pengkajian dilakukan pada tanggal 2 April 2026 kepada Ny. S dan keluarga melalui wawancara langsung. Ny. S berjenis kelamin perempuan berusia 29 tahun, pendidikan terakhirnya SD, Ny. S merupakan ibu rumah tangga, saat ini Ny. S dirawat di Ruang Santolo RSUD Garut. Hasil pemeriksaan fisik dan observasi langsung serta melihat rekam medis, diketahui bahwa pasien masuk RS pada tanggal 31 Mei 2026 di IGD dan dipindahkan ke Ruang Santolo pada tanggal 2 April 2026. Menurut penuturan keluarga pasien mengalami kelemahan mendadak pada anggota gerak atas dan bawah sebelah kanan saat berada di rumah. Gejala tersebut muncul secara tiba-tiba tanpa aktivitas berat sebelumnya. Setelah kejadian tersebut keluarga menunggu beberapa saat tidak ada perubahan dan tetap lemas, jadi keluarga membawa pasien ke RS.

Faktor risiko yang mendukung terjadinya stroke pada Ny. S adalah riwayat hipertensi yang tidak terkontrol secara rutin, dengan tekanan darah terakhir sebelum kejadian tercatat 180/100 mmHg, serta kebiasaan mengonsumsi makanan asin dan gurih. Kondisi ini sesuai dengan penelitian (Dewi & Fitraneti, 2024) yang menempatkan hipertensi sebagai faktor risiko mayor stroke infark, karena tekanan darah tinggi yang kronis dapat mempercepat proses aterosklerosis dan merangsang

pembentukan trombus yang pada akhirnya menyumbat arteri serebri media sehingga area otak di sekitarnya mengalami hipoksia dan infark jaringan.

Hasil pemeriksaan fisik pada saat pengkajian terhadap Ny. S pada tanggal 2 April 2026 menunjukkan tekanan darah 160/98 mmHg, nadi 102 kali per menit, kesadaran compos mentis, kekuatan otot ekstremitas kanan atas dengan skor 2 dan pada ekstremitas bawah dengan skor 1, sedangkan ekstremitas kiri bagian atas dan bawah normal pada skor 5. Ditemukan wajah asimetris saat tersenyum, bicara pelo, tidak jelas dan volume bicara Ny. S pelan, ini terjadi akibat lesi pada area kortikal motorik dan pusat bicara. Manifestasi klinis ini berkorelasi kuat dengan hasil pemeriksaan penunjang CT-Scan membenarkan adanya infark pada kortikal subkortikal parietalis kiri, yang secara anatomis menjelaskan munculnya hemiparesis pada sisi kanan tubuh pasien sesuai prinsip persilangan jalur piramidal (dekusasi piramidalis) (Lohia & McKenzie, 2023).

Berdasarkan ulasan klinis mengenai anatomi traktus kortikospinal oleh (Lohia & McKenzie, 2023), serabut saraf dari korteks motorik primer di hemisfer kiri berjalan turun dan mengalami penyeberangan ke sisi kontralateral di area medula oblongata, sebuah proses yang dikenal sebagai dekusasi piramidalis. Oleh karena itu, cedera nekrotik pada korteks parietalis kiri mengganggu transmisi sinyal motorik atas (*upper motor neuron*) yang menuju ke sisi kanan tubuh, sekaligus memengaruhi traktus kortikobulbar yang menginervasi saraf kranial wajah dan artikulasi, sehingga mengakibatkan terjadinya wajah asimetris dan penurunan kemampuan bicara.

Selain data biologis, data pengkajian psikososial menunjukkan bahwa Ny. S menerima kondisinya dengan cukup baik dan bersedia mengikuti latihan *mirror therapy*, didukung oleh keluarga yang optimis terhadap proses pemulihan. Menurut Esti dan Johan (2020), pengkajian yang komprehensif mencakup aspek biopsikososial dan spiritual sangat penting karena kondisi psikologis pasien turut memengaruhi motivasi dan kepatuhan dalam menjalani program rehabilitasi jangka panjang seperti *mirror therapy*.

3.2.2 Diagnosis Keperawatan

Perumusan diagnosis keperawatan pada Ny. S dilakukan berdasarkan hasil analisis data pengkajian yang mengacu pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (PPNI, 2019). Berdasarkan data hasil pengkajian yang telah didapatkan Ny. S mengalami kelemahan pada bagian ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan dan bicara pelo. Berdasarkan hasil CT-Scan membenarkan adanya infark pada kortikal subkortikal parietalis kiri. Diagnosis keperawatan yang muncul yaitu: gangguan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal dan resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif. Diagnosa ini diangkat sesuai dengan keadaan serta prioritas kebutuhan klien yang dapat menimbulkan komplikasi jika tidak segera mendapatkan penanganan.

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Berdasarkan hasil pengkajian pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas bagian atas dan bagian bawah sebelah kanan serta data objektif berupa kekuatan otot 2 pada ekstremitas atas dan pada ekstremitas bawah kanan didapatkan skor 1, pada ekstremitas kiri didapatkan skor kekuatan otot

normal skor kekuatan otot bagian atas 5 dan bagian bawah 5. Berdasarkan teori dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), gangguan mobilitas fisik didefinisikan sebagai keterbatasan pergerakan pada satu atau seluruh ekstremitas. Penulis menempatkan gangguan mobilitas fisik sebagai diagnosis prioritas utama karena penundaan penanganan berisiko memicu kekakuan otot yang berpotensi menimbulkan komplikasi baru.

Gangguan mobilitas fisik pada kasus stroke dipicu oleh sumbatan trombus atau embolus yang mengganggu fungsi pusat sensorimotor di lobus parietal. Kondisi ini merusak lintasan jalur *descending* (jaras motorik), sehingga menurunkan kemampuan fungsi fungsional tubuh (Loeffler & Hart, 2018). Mekanisme ini selaras dengan penelitian Aditama & Muntamah (2024) yang menjelaskan bahwa hambatan aliran darah serebral mengganggu pemenuhan oksigen dan nutrisi di otak. Akibatnya, terjadi kerusakan seluler saraf sehingga terjadi penurunan kekuatan otot atau hemiparesis.

2. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan didapatkan data keluarga mengatakan Ny. S bicara tidak jelas, kurang mampu berbicara dengan kalimat panjang, pasien dapat berkomunikasi namun terbatas, pasien bicara pelo, pasien dapat tersenyum tetapi hanya bagian kiri saja, jika pasien diam tampak wajah pasien mencong ke sebelah kiri, pasien dapat menonjolkan lidah ke arah kiri dan kanan tetapi tidak terlalu kuat. Sejalan dengan teori yang terdapat dalam SDKI bahwa gangguan komunikasi verbal adalah adanya gangguan

berupa penurunan, perlambatan atau hilangnya kemampuan menerima, memproses, mengirim atau menggunakan simbol.

Diagnosis ini muncul akibat kerusakan nervus facialis, nervus vagus dan nervus hipoglossus dapat melemahkan kontrol otot wajah maupun mulut. Akibatnya, pasien mengalami hambatan bicara yang parah, yang dikategorikan sebagai gangguan komunikasi verbal. Ketika sistem saraf pusat yang mengatur otot-otot bicara mengalami gangguan, pengucapan kata pun menjadi tidak jelas; kondisi inilah yang disebut dengan disartria (Haryanti *et al.*, 2023).

3. Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan adanya hipertensi

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan didapatkan data Ny. S mengeluh pusing, riwayat hipertensi tidak terkontrol, sebelum masuk rumah sakit mencapai 180/100 mmHg dan pada saat pengkajian 160/98 mmHg dan hasil CT-Scan membenarkan adanya infark pada kortikal subkortikal parietalis kiri. Merujuk pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), kondisi yang dialami Ny. S mengarah pada penegakan diagnosis Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif, yang didefinisikan sebagai suatu kondisi klinis di mana seorang pasien berisiko tinggi mengalami penurunan sirkulasi atau aliran darah menuju ke jaringan otak.

Ketika pembuluh darah di area otak mengalami oklusi atau penyumbatan, suplai oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh darah terhenti seketika, menyebabkan kematian jaringan (infark) seperti yang terlihat pada hasil CT-Scan pasien di area parietalis kiri. Sebagai mekanisme kompensasi tubuh terhadap iskemia otak tersebut, terjadi respons autoregulasi serebral yang

sering kali memicu lonjakan tekanan darah sistemik guna mendorong aliran darah melewati area yang tersumbat. Hal tersebut dijelaskan dalam (Anita Mirawati *et al.*, 2025) dimana stroke yang disebabkan oleh rusaknya pembuluh darah otak berdampak pada pecah/tersumbatnya pembuluh darah serebral, sehingga dapat menyebabkan tekanan darah meningkat dan perfusi jaringan otak tidak efektif.

3.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada Ny. S disusun mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dengan luaran yang diharapkan berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), yang disesuaikan dengan tiga diagnosis prioritas yang telah ditegakkan. Berdasarkan diagnosis keperawatan tersebut dibuat intervensi keperawatan sebagai berikut:

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Intervensi keperawatan dari diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik yang dialami Ny. S yaitu dukungan mobilisasi dengan kriteria hasil agar mobilitas fisik meningkat, ditandai dengan peningkatan pergerakan ekstremitas, kekuatan otot, dan rentang gerak ROM meningkat. Intervensi dukungan mobilisasi terdiri dari observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi sesuai dengan SIKI (2018), pada aspek terapeutik penulis berfokus pada melatih kekuatan otot dengan menggunakan *mirror therapy*.

Mirror therapy adalah rehabilitasi yang mengandalkan dan melatih imajinasi motorik pada pasien. Rehabilitasi ini melibatkan superimposisi refleksi gerakan ekstremitas yang sehat ke ekstremitas yang sakit agar

pasien dapat mengamati seolah-olah ekstremitas yang sakit ikut bergerak. (Tamba *et al.*, 2023). Menurut Rahayuningtyas dan Ismoyowati (2024) bahwa tujuan *mirror therapy* adalah meningkatkan kekuatan otot ekstremitas, kemandirian gerak, dan fungsi motorik pasien stroke. Pemilihan *mirror therapy* sebagai intervensi terapeutik karena penelitian (Valentina *et al.*, 2022) membuktikan bahwa *mirror therapy* efektif meningkatkan kekuatan otot dan memperluas rentang gerak sendi pada pasien yang mengalami hemiparese. SOP *mirror therapy* yang digunakan pada Karya Ilmiah Akhir ini pernah digunakan pada penelitian yang dilakukan oleh Simamora *et al.*, (2021) dengan hasil penelitiannya yang terbukti bahwa *mirror therapy* dapat dijadikan sebagai salah satu terapi untuk meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke.

2. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan

Intervensi yang dipilih adalah promosi komunikasi: defisit bicara (I.13492). Promosi komunikasi: defisit bicara adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk menggunakan teknik komunikasi tambahan pada individu dengan gangguan bicara (SIKI, 2018). Adapun kriteria hasil yang ingin dicapai adalah kemampuan berbicara dengan jelas meningkat dan kesesuaian ekspresi wajah pasien sesuai. Intervensi keperawatan untuk Ny. S berfokus pada stimulasi motorik wajah secara berkala guna meningkatkan kekuatan otot fasialis dan mengoptimalkan kemampuan bicaranya.

Terapi ini dilakukan melalui latihan vokal dengan melafalkan huruf A, L, U, E, O secara jelas. Proses pengucapan ini efektif karena secara aktif menstimulasi jalur saraf kranial yang mengatur mekanisme bicara, khususnya

nervus kranial V (trigeminus) untuk pergerakan rahang dan nervus kranial VII (fasialis) untuk mengontrol pergerakan serta ekspresi otot wajah. Sejalan dengan (Haryanti *et al.*, 2023) yang mengungkapkan bahwa terapi AIUEO memiliki sejumlah manfaat yang signifikan untuk meningkatkan kemampuan berkomunikasi dan dapat memperbaiki pengucapan sehingga dapat dimengerti.

3. Resiko perfusi serebral tidak efektif ditangani dengan hipertensi

Intervensi manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.06194) meliputi monitoring tanda vital, pemberian posisi semi fowler, minimalisasi stimulus lingkungan, dan berkolaborasi pemberian antihipertensi untuk mendukung stabilisasi tekanan darah dan perfusi serebral pasien. Konsisten dengan pandangan Ernawati dan Baidah (2022) bahwa penatalaksanaan pasien stroke idealnya mengintegrasikan terapi farmakologis salah satunya berupa antihipertensi.

3.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahap pelaksanaan rencana tindakan yang telah disusun sebelumnya, dilakukan secara langsung kepada pasien sesuai intervensi yang telah ditetapkan. Penulis melakukan implementasi keperawatan selama 5 hari sesuai dengan intervensi yang telah disusun.

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Implementasi keperawatan berfokus pada dukungan mobilisasi dengan cara memonitor adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, memonitor toleransi fisik melakukan pergerakan, melatih *mirror therapy* setiap 2x/hari, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan,

mengajarkan keluarga untuk melakukan latihan isometrik dan *mirror therapy*, memberikan obat mecobalamin.

2. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan neuromuskular

Implementasi pada diagnosis ini berfokus pada promosi komunikasi (defisit bicara) dengan cara memonitor kemampuan bicara pasien, melakukan komunikasi yang jelas dan tenang saat dengan pasien, memberikan reinforcement positif terhadap kemampuan pasien dalam berbicara, melatih Vocal Exercise (AIUEO). Menurut Djabar *et al.*, (2020) mengaiak klien untuk berekap-cakap merupakana salah satu terapi yang dapat digunakan untuk membantu meningkatkan kemampuan bicara.

3. Risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan hipertensi

Implementasi pada diagnosis risiko perfusi serebral tidak efektif meliputi pemantauan tanda-tanda vital secara berkala, pemberian posisi semi fowler 30 derajat saat berbaring dan 90 derajat saat makan atau latihan, pembatasan pengunjung untuk meminimalkan stimulus lingkungan serta memberikan farmakologis berupa citicoline dan amlodipine.

3.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pada Ny. S dilakukan secara berkesinambungan menggunakan format SOAP setiap hari selama periode asuhan berlangsung, mengacu pada kriteria hasil yang telah ditetapkan dalam Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) untuk setiap diagnosis.

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Evaluasi hari pertama menunjukkan kekuatan otot ekstremitas kanan masih pada skor 2 dan ekstremitas bagian bawah pada skor 1, dengan rentang gerak yang terbatas dan pasien belum mampu fokus mengikuti sesi *mirror therapy*, sehingga masalah dinyatakan belum teratasi dan intervensi dilanjutkan. Evaluasi pada hari kelima menunjukkan perkembangan positif berupa perubahan pergerakan, kekuatan otot ekstremitas kanan atas Ny. S meningkat dari skor 2 menjadi skor 3 dan pada ekstremitas bawah dari 1 menjadi 2 disertai perluasan rentang gerak sendi dan kemampuan pasien mengangkat tangan kanan meskipun kaki masih terasa berat saat diangkat. Masalah gangguan mobilitas fisik dinyatakan teratasi sebagian, dan intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan untuk memastikan kesinambungan terapi setelah masa asuhan berakhir.

2. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan neuromuscular

Evaluasi diagnosis gangguan komunikasi verbal menunjukkan perbaikan bertahap pada kemampuan bicara, volume suara, dan kesesuaian ekspresi wajah pasien, meskipun disartria ringan masih dirasakan hingga hari kelima dinyatakan teratasi sebagian.

3. Risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan hipertensi

Evaluasi diagnosis risiko perfusi serebral tidak efektif menunjukkan penurunan tekanan darah yang konsisten dari 160/89 mmHg pada hari pertama menjadi 128–130 mmHg pada hari kelima, disertai perbaikan keluhan pusing dan nyeri kepala, sehingga masalah dinyatakan teratasi sebagian.

3.3 Pembahasan *Evidence Based Practic (EBP)*

Penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny. S yang mengalami stroke infark dengan diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik diberikan tambahan salah satu terapi yang dapat mengatasi masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik. Terapi tersebut ialah terapi cermin (*Mirror therapy*), *Mirror therapy* adalah rehabilitasi yang mengandalkan dan melatih imajinasi motorik pada pasien. Rehabilitasi ini melibatkan superimposisi refleksi gerakan ekstremitas yang sehat kenapa ekstremitas yang sakit agar pasien dapat mengamati seolah-olah ekstremitas yang sakit ikut bergerak. Jadi, ilusi visual akan meningkatkan kemampuan gerak ekstremitas yang mengalami kelemahan (Tamba *et al.*, 2023).

Mirror Therapy digunakan untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke guna mencegah pelemahan otot, kontraktur, abnormalitas tonus, dan penurunan aktivitas harian. Terapi berbasis latihan gerakan ini bertujuan mengoptimalkan status fungsional sensorimotor pasien. Pada kasus Ny. S, intervensi ini memanfaatkan imajinasi motorik untuk mengaktifkan kembali koneksi saraf yang rusak, memicu neuroplastisitas, serta meregenerasi akson. Melalui perubahan pada korteks sensorimotor tersebut, kekuatan dan fungsi motorik pasien diharapkan dapat meningkat kembali.

Pada Ny. S terdapat perubahan kekuatan otot setelah dilakukan penerapan *mirror therapy* selama lima hari, pada hari keempat menunjukkan perubahan rentang gerak namun belum menunjukkan perubahan kekuatan otot. Pada hari kelima dengan frekuensi 2x dalam satu hari selam 15-30 menit Ny. S menunjukkan perubahan kekuatan otot yang awalnya ektremitas atas sebelah kanan skor kekuatan

ototnya 2 menjadi 3 dan pada ekstremitas bawah sebelah kanan yang awalnya 1 menjadi 2. Salah satunya hal ini dapat terjadi karena pasien memiliki motivasi untuk sembuh lagi (Rahmawati, 2020).

Penelitian deskriptif oleh Rahayuningtyas dan Ismoyowati (2024) pada satu responden stroke non hemoragik dengan pemberian *mirror therapy* dua kali sehari selama lima hari melaporkan peningkatan kekuatan otot ekstremitas (Rahayuningtyas & Ismoyowati, 2024). Pola serupa ditemukan pada Ny. S, di mana kekuatan otot ekstremitas kanan mulai menunjukkan perubahan pada hari kelima perawatan dan meningkat dari skor 2 menjadi skor 3, memperkuat asumsi bahwa efek *mirror therapy* terhadap kekuatan otot bersifat kumulatif dan membutuhkan pengulangan sesi yang konsisten.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Valentina *et al.*, 2022) dengan pasien yang mengalami hemiparese kemudian dilakukan *mirror therapy* selama dua kali sehari dalam lima hari yang memberikan hasil nyata terjadinya perubahan peningkatan kekuatan otot dan rentang gerak sendi pada subjek juga mengalami peningkatan. Pada penelitian tersebut disebutkan hasilnya menunjukkan ada yang mengalami peningkatan 1 tingkatan, ada juga yang sampai 2 tingkatan kekuatan otot.

Berdasarkan tinjauan sejumlah jurnal menunjukkan bahwa terapi cermin merupakan intervensi alternatif yang efektif untuk meningkatkan pergerakan anggota tubuh yang terganggu melalui interaksi input visiomotor proprioepsi. Berbeda dengan metode pemulihan yang berfokus pada area paretik yang kerap dihindari pasien kelumpuhan berat, terapi cermin dinilai lebih potensial karena memanfaatkan sisi non-paretik. Sejalan dengan penelitian (Samarang &

Syamsuddin, 2025) menjelaskan bahwa mekanisme mirror therapy bekerja melalui stimulus visual yang ditangkap oleh cermin kemudian diteruskan ke otak sehingga merangsang sisi kontralateral maupun ipsilateral otak yang mengontrol pergerakan anggota tubuh yang mengalami kelemahan. Cermin memberikan umpan balik visual yang membuat otak "tertipu" seolah-olah anggota tubuh yang lemah bergerak normal, sehingga memicu aktivasi korteks premotor dan lobus parietal yang berperan dalam menghasilkan gerakan.

Berdasarkan telaah jurnal dan studi kasus yang dilakukan selama 5 hari, diperoleh hasil bahwa intervensi *mirror therapy* dapat dijadikan sebagai teknik yang dapat membantu pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik meningkatkan pergerakan.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1 Kesimpulan

Setelah penulis melakukan Analisis Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Stroke Infark Dan Penerapan Intervensi *Mirror Therapy* Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Di Ruang Santolo Rsud Slamet Garut mulai dari tanggal 2 April 2026 s.d. 7 April 2026 selesai dengan tahap proses keperawatan yang terdiri dari: pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi yang mencakup berbagai aspek, bio, psiko, sosial, spiritual, yang selanjutnya didokumentasikan dalam bentuk karya ilmiah. Maka penulis dapat menarik kesimpulan dan saran sebagai berikut:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. S dengan stroke infark di Ruang Santolo RSUD Slamet Garut secara komprehensif menggunakan komunikasi terapeutik hingga data terkumpul dan menemukan masalah yang dialami Ny. S.
2. Penulis mampu menentukan diagnosis keperawatan pada Ny. S dengan stroke infark di Ruang Santolo RSUD Slamet Garut, diagnosis keperawatan yang muncul sebanyak 3 diagnosis keperawatan.
3. Penulis mampu merencanakan Tindakan keperawatan pada Ny. S dengan stroke infark di Ruang Santolo RSUD Slamet Garut berdasarkan prioritas masalah.

4. Penulis mampu melakukan asuhan keperawatan pada Ny. S dengan stroke infark di Ruang Santolo RSUD Slamet Garut yang sesuai dengan rencana.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi pada Ny. S dengan stroke infark di Ruang Santolo RSUD Slamet Garut dengan melihat perkembangan Ny. S terhadap intervensi yang telah diberikan sesuai dengan kriteria hasil dan tujuan dari intervensi keperawatan.
6. Penulis mampu melakukan analisis *Evidence Based Practice* (EBP) tentang salah satu diagnosis keperawatan yaitu gangguan mobilitas fisik dengan penggunaan *mirror therapy*.

4.2 Saran

Berikut beberapa saran dari penulis:

1. Bagi Pelayanan Kesehatan

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

2. Bagi Institut Kesehatan

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

3. Bagi Pasien

Pasien stroke infark beserta keluarga pendamping disarankan untuk berkomitmen menjaga kepatuhan dan konsistensi dalam melakukan latihan *mirror*

therapy secara rutin setiap hari sesuai durasi yang dianjurkan oleh tim medis. Saat latihan berlangsung, pasien diharapkan dapat menjaga fokus penuh dengan memperhatikan pantulan anggota gerak yang sehat pada cermin guna menstimulasi area motorik otak yang terganggu secara maksimal. Peran aktif keluarga sangat dibutuhkan untuk menciptakan lingkungan latihan yang kondusif, membantu menyiapkan peralatan cermin di rumah, serta memberikan dukungan emosional agar pasien tetap termotivasi tanpa merasa jenuh.

DAFTAR PUSTAKA

- Anita Mirawati, Dewi Aprho Dita, Tintin Sumarni, Desi Deswita, & Zulharmaswita Zulharmaswita. (2025). Studi Kasus: Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik di RS Otak Dr. Drs. Muh. Hatta Kota Bukittinggi Tahun 2024. *Jurnal Medical Laboratory*, 4(2), 30–48. <https://doi.org/10.57213/medlab.v4i2.279>
- Budianto, P., Mirawati, D. K., Prabaningtyas, H. R., Putra, S. E., Muhammad, F., & Hafizhan, M. (n.d.). *STROKE*.
- Dewi, L., & Fitraneti, E. (2024). Stroke Iskemik. *Scientific Journal*, 3(6), 365–374. <https://doi.org/10.56260/sciena.v3i6.173>
- Ernawati, & Baidah. (2022). Oleh Ernawati, S.Kep., Ns., M.Kep Baidah, S.Kep., Ns., M.Kep.
- Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S. O., Pandian, J., Lindsay, P., Grupper, M. F., & Rautalin, I. (2025). *World Stroke Organization : Global Stroke Fact Sheet 2025*. 20(2). <https://doi.org/10.1177/17474930241308142>
- Haryanti, D., Sukmaningtyas, W., Sebayang, S. M., & Susanto, A. (2023). Asuhan Keperawatan Gangguan Komunikasi Verbal Dengan Stroke Non Hemoragik Di Ruang Arrahman Rumah Sakit Islam Purwokerto. *Jurnal Keperawatan Notokusumo (JKN)*, 11(2), 38–46.
- Iskemik, S., Rsud, D. I., Moeloek, H. A., & Lampung, B. (2026). *No Title*. 6, 443–460.
- Jiang, H., Su, Y., Liu, R., Xu, X., Xu, Q., Yang, J., & Lin, Y. (2025). Hyperuricemia and the risk of stroke incidence and mortality: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Rheumatology*, 40(1), 128–143. <https://doi.org/10.46497/ArchRheumatol.2025.10808>
- Kleindorfer, D. O., Towfighi, A., Chaturvedi, S., Cockcroft, K. M., Gutierrez, J., Lombardi-Hill, D., Kamel, H., Kernan, W. N., Kittner, S. J., Leira, E. C., Lennon, O., Meschia, J. F., Nguyen, T. N., Pollak, P. M., Santangeli, P., Sharrief, A. Z., Smith, S. C., Turan, T. N., & Williams, L. S. (2021). 2021 Guideline for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. In *Stroke* (Vol. 52, Number 7). <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000375>
- Muhanifah, L. M., & Susilo, T. S. (2025). Pengelolaan Gangguan Mobilitas Fisik Dengan Range Of Motion Pasif Kombinasi Mirror Therapy Pada Stroke Iskemik di Rs. Soerojo Magelang. *Jurnal Abdi Kesehatan Dan Kedokteran*, 4(2), 45–54. <https://doi.org/10.55018/jakk.v4i2.83>
- Putri, R. S., & Satrianto, A. (2024). *PENERAPAN MIRROR THERAPY PADA ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK KLIEN STROKE NON HEMORAGIK DENGAN MASALAH KEPERAWATAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KLATAK BANYUWANGI 2024*. 67–74.
- Rahayuningtyas, I., & Ismoyowati, T. W. (2024). Intervensi Mirror Therapy Terhadap Kekuatan Otot Ekstremitas Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di Rumah Sakit Swasta Di Purwodadi. *Prosiding Stikes Bethesda Conference*,

14–20.

- Rahmawati, A. Y. (2020). Patofisiologi Stroke Iskemik dan Stroke Hemoragic. *Jurnal Kesehatan Ilmiah Indonesia (Indonesian Health Scientific Journal)*, (July), 1–23.
- SDKI. (2019). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan tindakan keperawatan (Edisi 1)*. Jakarta: DPP PPNI.
- SIKI. (2022). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI.
- SLKI. (2023). *Standar luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI.
- Stroke, P., Ruangan, D., Rsud, N., Aloei, P. H., & Kota, S. (2025). *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah Pengaruh Mirror Therapy Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pada Pasien*. 10(1), 130–134.
- Syahreza, F. N., Sabrina, P. N., & Ramadhan, E. (2024). *PREDIKSI PENYAKIT STROKE MENGGUNAKAN METODE K-NEAREST NEIGBORS DAN INFORMATION GAIN*. 8(6), 11354–11359.
- Syifa Putri Hermawan dan B. Rustandi. (2022). *Jurnal Riset Ilmiah*. *Jurnal Riset Ilmiah*, 1(01), 15–18.
- Tamba, D. H., Iswoyo, G. V., Koanak, Y. D., Watania, L. N., & Fangidae, E. (2023). Efektivitas Mirror Therapy terhadap Peningkatan Kekuatan Otot pada Pasien Stroke: Kajian Literatur. *MAHESA : Malahayati Health Student Journal*, 3(6), 1585–1600. <https://doi.org/10.33024/mahesa.v3i6.10477>
- Timur, I. R., Tunjung, I. W., & Setiarini, R. (2025). *Jurnal Biologi Tropis Relationship Between Family History of Stroke , Hypertension and Smoking History with The Incidence of Ischemic Stroke in Stroke Patients*. 2018.
- Valentina, N. W., Utami², I. T., Fitri³, N. L., Dharma, A. K., & Metro, W. (2022). DI KOTA METRO THE APPLICATION OF ‘MIRROR THERAPY’ TO CHANGES IN MUSCLE STRENGTH AND RANGE OF MOTION IN STROKE NON HEMORAGIC PATIENTS WITH HEMIPARASE IN METRO CITY. *Jurnal Cendikia Muda*, 2(2).
- Venkatasubramanian, N. (2025). *Stroke Epidemiology in Asia*. 81–92. <https://doi.org/10.1159/000543399>

LAMPIRAN-LAMPIRAN

Lampiran 1

LEMBAR RESPONDEN

(informed Consent)

Dengan mendatangi lembar ini, saya:

Nama : Ny. S

Usia : 29 Tahun

Alamat: Cisurupan

Dengan ini saya memberikan persetujuan untuk menjadi responden dalam penelitian yang berjudul “Analisis Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Stroke Infark Dan Penerapan Intervensi *Mirror Therapy* Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Di Ruang Santolo Rsud Slamet Garut” yang dilakukan oleh Ratu Intan Tijaniah NIM: KHGD25093 mahasiswa Program Studi Profesi Ners Institut Karsa Husada Garut.

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

Garut, 3 April 2026



(.....)

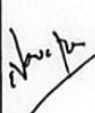
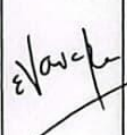
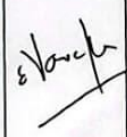
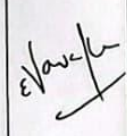
Lampiran 2

LEMBAR BIMBINGAN

LEMBAR BIMBINGAN
KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Nama : Ratu Intan Tijaniah
 NIM : KIIGD25093
 Pembimbing : Eldessa Vava Rila, M.kep
 Judul : Analisis Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan Stroke Infark dan Penerapan Intervensi *Mirror Therapy* Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Di Ruang Santolo RSUD Slamet Garut

NO	TANGGAL		MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	TTD
	MASUK	KELUAR			
1.	1/5/2026		Judul	ACC Lanjut BAB1	<i>elavita</i>
2.	18/5/2026		BAB1	Revisi	<i>elavita</i>
3.	30/5/2026		BAB1 BAB2	Revisi & Lanjut BAB2	<i>elavita</i>

No	Tanggal masuk	Tanggal keluar	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	TTD
4	10/6/2016		BAB 1 BAB 2	Revisi + BAB 3	
5	17/6/2016		BAB 1 BAB 2 BAB 3	Revisi	
6	24/6/2016		BAB 2 & 3	Revisi	
7	26/6/2016		BAB 2 & 3	Revisi	

8	21/7/2020	BAB 3	Revisi	<u>elawika</u>
	9/7/2020	BAB 3	Revisi + BAB 4	<u>elawika</u>
	13/7/2020	BAB 1, 2, 3, 4	Revisi + Lengkapi	<u>elawika</u>
	15/7/2020	BAB 1, 2, 3, 4	Acc Sidang KAN.	<u>elawika</u>

	28/7/26		Perbaikan/ Revisi setelah sidang	Revisi Penulisan	
	30/7/26		Revisi	ACC	

DAFTAR RIWAYAT HIDUP**1. Data diri**

Nama : Ratu Intan Tijaniah
Nim : KHGD25093
Jenis kelamin : Perempuan
Tempat tanggal lahir : Garut, 15 Maret 2003
Agama : Islam
Alamat : Kp. Biru Ds. Situsari Kec. Karangpawitan
Email : ratuintan07@gmail.com

2. Riwayat Pendidikan

SD : SDN SITUJAYA 1
SMP : MTs. Darussalam
SMA : MAN 1 Garut
Pendidikan Sarjana : Institut Kesehatan Karsa Husada Garut
Pendidikan Profesi : Institut Kesehatan Karsa Husada Garut