

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. N DENGAN
GANGGUAN SISTEM PERSARAFAN (STROKE INFARK) DAN
INTERVENSI *STRENGTHENING EXERCISE* DI RUANGAN
ABDURRAHMAN BIN AUF II DI RSUD WELAS ASIH
PROVINSI JAWA BARAT**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

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

**FARHAN HILMY RAMADHAN, S.KEP.
KHGD25075**



**INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
2025/2026**

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. N DENGAN GANGGUAN SISTEM PERSARAFAN STROKE INFARK DAN INTERVENSI *STRENGTHENING EXERCISE* DI RUANGAN ABDURRAHMAN BIN AUF II DI RSUD WELAS ASIH PROVINSI JAWA BARAT

NAMA : FARHAN HILMY RAMADHAN, S.KEP.
NIM : KHGD25075

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan Untuk Menempuh Ujian Akhir
Pada Program Studi Profesi Ners
Institut Karsa Husada Garut

Garut, 13 Juli 2026

Menyetujui,

Pembimbing Utama

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

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. N DENGAN
STROKE INFARK DAN INTERVENSI *STRENGTHENING
EXERCISE* DI RUANGAN ABDURRAHMAN BIN AUF II
DI RSUD WELAS ASIH PROVINSI JAWA BARAT**

**NAMA : FARHAN HILMY RAMADHAN, S.KEP.
NIM : KHGD25075**

Garut, 13 Juli 2026

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

Sri Yekti Widadi, M. Kep

E. V. Rilla, Ns., M. Kep

Ketua Program Studi Profesi Ners

Pembimbing

Sri Yekti Widadi, M. Kep

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

LEMBAR PERBAIKAN
KARYA ILMIAH AKHIR NERS

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

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

Garut, 13 Juli 2026

Farhan Hilmy Ramadhan, S.Kep.

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. N DENGAN STROKE
INFARK DAN INTERVENSI *STRENGTHENING EXERCISE* DI
RUANGAN ABDURRAHMAN BIN AUF II DI RSUD
WELAS ASIH PROVINSI JAWA BARAT**

ABSTRAK

Latar belakang : Stroke infark merupakan gangguan neurologis akibat terhambatnya aliran darah ke otak yang menyebabkan kerusakan jaringan otak dan sering menimbulkan gangguan mobilitas fisik akibat penurunan kekuatan otot. Kondisi tersebut berdampak pada menurunnya kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari sehingga diperlukan intervensi rehabilitasi yang tepat. Salah satu intervensi berbasis *evidence* yang dapat diterapkan adalah *strengthening exercise* untuk meningkatkan kekuatan otot dan kemampuan mobilisasi pasien. **Tujuan :** Penulisan karya ilmiah ini bertujuan menganalisis penerapan *strengthening exercise* dalam asuhan keperawatan pada pasien stroke infark dengan gangguan mobilitas fisik di Ruang Abdurrahman Bin Auf II RSUD Welas Asih Provinsi Jawa Barat. **Metode :** Metode yang digunakan adalah studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi pada satu pasien selama tiga hari. Implementasi dilakukan melalui pemberian *strengthening exercise* berbasis *evidence-based practice* disertai pemantauan respons pasien terhadap latihan. **Hasil :** Hasil implementasi menunjukkan adanya peningkatan kemampuan menggerakkan ekstremitas yang mengalami kelemahan, peningkatan kekuatan otot, peningkatan toleransi aktivitas, serta peningkatan kemampuan mobilisasi secara bertahap. **Kesimpulan :** Penerapan *strengthening exercise* memberikan respons positif terhadap peningkatan mobilitas fisik pada pasien stroke infark dan dapat dijadikan sebagai salah satu intervensi rehabilitasi keperawatan berbasis bukti untuk membantu meningkatkan kemampuan fungsional pasien

Kata kunci : Stroke infark; *Strengthening exercise*; Gangguan mobilitas fisik; Rehabilitasi stroke

**ANALYSIS OF NURSING CARE FOR MRS. N WITH ISCHEMIC STROKE
THROUGH A STRENGTHENING EXERCISE INTERVENTION IN THE
ABDURRAHMAN BIN AUF II WARD OF RSUD WELAS ASIH WEST JAVA
PROVINCE**

ABSTRACT

Background: Ischemic stroke is a neurological disorder caused by impaired cerebral blood flow, resulting in brain tissue damage and frequently leading to impaired physical mobility due to decreased muscle strength. This condition reduces patients' functional ability to perform activities of daily living, thereby requiring appropriate rehabilitation interventions. One evidence-based rehabilitation intervention that can be implemented is strengthening exercise, which aims to improve muscle strength and functional mobility. **Objective:** This scientific paper case aimed to analyze the implementation of strengthening exercise as part of nursing care for a patient with ischemic stroke experiencing impaired physical mobility in the Abdurrahman Bin Auf II Ward at RSUD Welas Asih, West Java Province. **Method:** This study employed a case study design using the nursing process approach, including assessment, nursing diagnosis, planning, implementation, and evaluation, involving one patient over a three-day period. The intervention consisted of evidence-based strengthening exercise accompanied by continuous monitoring of the patient's response throughout the rehabilitation process. **Result:** The implementation demonstrated improvements in the patient's ability to move the affected extremities, increased muscle strength, enhanced activity tolerance, and gradual improvement in functional mobility. The patient also showed greater participation during exercise sessions and was able to perform several daily activities more independently. **Conclusion :** The application of strengthening exercise produced positive outcomes in improving physical mobility in a patient with ischemic stroke and may serve as an evidence-based nursing rehabilitation intervention to enhance patients' functional independence.

Keyword : *Ischemic stroke; Strengthening exercise; Impaired physical mobility; Stroke rehabilitation*

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Wr.Wb

Segala puji dan syukur peneliti panjatkan ke khadirat illahi robbi, karena berkat rahmat dan hidayah-Nya peneliti dapat menyelesaikan penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini yang berjudul: “Analisis Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny. Y Dengan Hipertensi Menggunakan Intevernsi Terapi Akupresur Di Wilayah Kerja Puskesmas Tarogong Kabupaten Garut”. Dalam pembuatan Karya Ilmiah Akhir Ners ini telah banyak bantuan serta bimbingan dari berbagai pihak baik moril maupun materil, untuk itu pada kesempatan ini peneliti ingin mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat:

1. DR H Hadiat.,MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Drs. H Suryadi, selaku Ketua Umum Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep., Ns., M.Kep. selaku Ketua Institut Kesehatan Karsa Husada Garut, Jawa Barat, Indonesia
4. Sri Yekti Widadi, M.Kep., selaku Ketua Program Studi Profesi Ners Institut Kesehatan Karsa Husada Garut, Jawa Barat, Indonesia
5. Kepada Bapak Dosen Rudy Alfiansyah, S.Kep., Ns., M.Pd. selaku pembimbing yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dan memberikan arahan dalam penyelesaian KIAN ini dengan penuh kesabaran.
6. Kepada Ibu Dosen Sri Yekti Widadi, S.Kep., Ns., M.Kep. selaku penguji 1 yang telah meluangkan waktunya dan memberikan arahan untuk sempurnanya KIAN ini.
7. Kepada Bapak Eldessa Vava Rilla, S.Kep., Ns., M.Kep. selaku penguji 2 yang telah meluangkan waktunya dan memberikan arahan untuk sempurnanya KIAN ini.
8. Teristimewa kepada sang *maestro also* hero Ayah saya yaitu, H. Doni Romdoni, S.T. karena telah menjadi motivator serta pemandu kehidupan

yang tak mengenal lelah dan senantiasa mengiringkan do'a, dukungan dan nasihat bagi penulis. Semoga Allah SWT memberikan kesehatan dan umur yang sangat panjang agar senantiasa menemani penulis menuju kesuksesan.

9. Dan tak lupa kepada pemegang kunci Surga Penulis, Sang Ibunda H. Sona Hendriani, A.Md.Ing Telah menjadi Madrasah pertama penulis, tidak berhenti memberikan kasih sayang, suka dan duka selalu bersama penulis, semoga Allah SWT memberikan kesehatan, umur yang panjang agar senantiasa menemani penulis menuju kesuksesan.
10. Serta kepada 2 saudara kandung penulis, terimakasih telah kebersamaan penulis dan juga memberikan bantuan yang begitu banyak, semoga diberi kesehatan dan panjang umur oleh Allah SWT, serta tercapai cita-cita yang kalian inginkan
11. Kepada seorang perempuan, sang kekasih yang namanya tidak bisa disebutkan, terimakasih sudah pernah hadir dalam kehidupan penulis. selalu memberikan dukungan apapun yang tiada henti terutama kepada penulis, kerabat serta keluarga. Kami semua menyayangi nya, tetapi Allah lebih sayang kepadanya, jannah for you
12. Big thanks for bro named Imangz, atau yang dikenal M. Akmal Ardiana yang telah berpartisipasi dalam penyelesaian pendidikan kesehatan ini dengan slogan "lauk-lauk cuy" serta rekan-rekan mahasiswa/i program studi profesi ners dan dosen civitas akademika institut kesehatan karsa husada garut sebagai landasan motivasi bersama dalam penyelesaian pendidikan kesehatan ini, serta kepada rekan mahasiswa/i program studi profesi Ners angkatan XV, Barakallahulakum
13. *Last but not least, i wanna thank me i wanna thank me for believing in me, i wanna thank me for doing all this hard work, i wanna thank me for having no days off, i wanna thank me for never quitting, i wanna thank me for always being a giver and trying give more than i receive, i wanna thank me for trying to do more right than wrong, i wanna thank me for just being me at all times.*

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	II
LEMBAR PENGESAHAN	III
LEMBAR PERBAIKAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS.....	IV
LEMBAR PERNYATAAN	V
ABSTRAK.....	V
ABSTRACT.....	VI
KATA PENGANTAR.....	VII
DAFTAR ISI.....	IX
DAFTAR TABEL.....	XI
DAFTAR BAGAN.....	XII
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 LATAR BELAKANG	1
1.2 TUJUAN	5
1.2.1 TUJUAN UMUM	5
1.2.2 TUJUAN KHUSUS.....	6
1.3 MANFAAT PENULISAN	7
1.3.1 MANFAAT TEORITIS.....	7
1.3.2 MANFAAT PRAKTIS	7
1.4 SISTEMATIKA PENULISAN	8
BAB II TINJAUAN TEORI	10
2.1 KONSEP DASAR STROKE	10
2.1.1 Definisi Stroke	10
2.1.2 Etiologi Stroke	11
2.1.3 Faktor Resiko Stroke.....	12
2.1.4 Klasifikasi Stroke.....	15
2.1.5 Manifestasi Klinis Stroke	18
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang.....	19
2.1.7 Patofisiologi.....	21
2.1.8 Pathway Stroke Infark.....	23
2.1.9 Penatalaksanaan Keperawatan.....	24
2.1.10 Komplikasi	26
2.2 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN STROKE INFARK	27
2.2.1 Pengkajian	27
2.2.2 Analisa Data	33
2.2.3 Diagnosis Keperawatan.....	43
2.2.4 Intervensi Keperawatan.....	44
2.2.5 Implementasi Keperawatan	67
2.2.6 Evaluasi Keperawatan	67

2.3	KONSEP STRENGTHENING EXERCISES	69
2.3.1	Pengertian Strengthening Exercises	69
2.3.2	Tujuan strengthening exercises	69
2.3.3	Manfaat Strengthening Exercises.....	70
2.3.4	Indikasi Umum.....	70
2.3.5	Prinsip Latihan Strengthening Exercises	71
2.3.6	Jenis-jenis Strengthening Exercises	72
2.3.7	Prosedur Tindakan Pelaksanaan Bridging Exercise Sebagai Bentuk Core Strengthening Exercise	74
2.3.8	ANALISIS JURNAL.....	82
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN		87
3.1	TINJAUAN KASUS	87
3.1.1	Pengkajian	87
3.1.2	Analisa Data.....	105
3.1.3	Diagnosis Keperawatan.....	109
3.1.4	Intervensi Keperawatan	111
3.1.5	Implementasi Keperawatan.....	123
3.1.6	Catatan Perkembangan	155
3.2	PEMBAHASAN	179
3.2.1	Pengkajian Data dan Analisa Data.....	179
3.2.2	Diagnosis keperawatan	181
3.2.3	Intervensi keperawatan	182
3.2.4	Implementasi keperawatan.....	184
3.2.5	Evaluasi	187
3.2.6	Evidence Based Practice (EBP)	189
BAB IV PENUTUP.....		192
4.1	KESIMPULAN.....	192
4.2	SARAN	194
4.2.1	Rumah Sakit.....	194
4.2.2	Instansi Pendidikan	194
4.2.3	Mahasiswa peneliti.....	194
DAFTAR PUSTAKA.....		195
LAMPIRAN		197

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Analisa data	34
Tabel 2. 2 Intervensi keperawatan	44
Tabel 2. 3 jenis latihan strengthening exercises	79
Tabel 2. 4 Evidence Based Practice (EBP)	80
Tabel 3. 1 IMT.....	96
Tabel 3. 2 kebutuhan kalori	96
Tabel 3. 3 Aktivitas Metabolisme Basal (AMB).....	96
Tabel 3. 4 Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari	99
Tabel 3. 5 Tingkat Kemandirian	101
Tabel 3. 6 Pemeriksaan Laboratorium	103
Tabel 3. 7 Terapi farmakologi.....	104
Tabel 3. 8 Analisa Data.....	105
Tabel 3. 9 Intervensi Keperawatan.....	111
Tabel 3. 10 Implementasi keperawatan.....	123
Tabel 3. 11 Catatan Perkembangan.....	124

DAFTAR BAGAN

Bagan Pathway Stroke Infark	23
-----------------------------------	----

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut Martin et al., (2025) Stroke adalah gangguan neurologis akut yang terjadi secara mendadak akibat gangguan pada aliran darah ke otak, yang menyebabkan kerusakan pada jaringan otak. Menurut World Health Organization (WHO), stroke dapat terjadi dalam hitungan detik hingga beberapa jam dan ditandai dengan gejala serta tanda klinis yang mencerminkan area otak yang terpengaruh.

Gangguan aliran darah ini dapat disebabkan oleh penyumbatan pembuluh darah (stroke iskemik) atau pecahnya pembuluh darah (stroke hemoragik). Stroke tidak hanya menjadi penyebab utama kecacatan jangka panjang di dunia, tetapi juga menyebabkan berbagai bentuk disabilitas yang memengaruhi kualitas hidup penyintasnya. Salah satu dampak paling signifikan adalah keterbatasan mobilitas fisik, yang umumnya disebabkan oleh kelemahan ekstremitas atau penurunan kekuatan otot.

Hal ini menyebabkan gangguan kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari, sehingga memerlukan perawatan dan intervensi yang intensif untuk mengembalikan fungsionalitas serta kemandirian mereka dalam kehidupan sehari-hari (Agustin et al., 2022) Secara global, data WHO pada tahun 2024 menunjukkan bahwa lebih dari 5,1 juta orang meninggal akibat stroke setiap tahunnya, dan diperkirakan angka ini akan meningkat

menjadi 7,6 juta kematian pada tahun 2030. Di Amerika Serikat, stroke menempati urutan ketiga penyebab kematian. Setelah penyakit jantung dan kanker. Stroke merupakan salah satu penyakit yang berbahaya karena setiap menitnya saat serangan terjadi, sekitar 1,9 juta sel otak dapat rusak atau mati. Penyakit ini juga menjadi penyebab utama disabilitas, menempati urutan kedua sebagai penyebab kematian secara global.

Di Indonesia, stroke menjadi penyebab tertinggi kecacatan, yaitu 11,2% dari seluruh kasus kecacatan yang ada, serta berkontribusi terhadap 18,5% dari total kematian. Berdasarkan Survei Kesehatan Indonesia tahun 2023, prevalensi stroke di Indonesia mencapai 8,3 per 1.000 penduduk. Dengan jumlah kasus yang terus meningkat, penyakit tidak menular stroke menjadi salah satu masalah kesehatan utama yang memerlukan perhatian serius dalam upaya penanganan dan rehabilitasi (Kemenkes RI, 2023).

Berdasarkan diagnosis dokter, Provinsi Jawa Barat memiliki prevalensi penderita stroke sebanyak 11,4 % atau terhitung jumlah 131.846 penduduk Jawa Barat yang menderita stroke. Salah satu fasilitas yang terkena dampak dari tren yang terus meningkat ini yaitu RSUD Welas Asih Kab. Bandung (Riskesdas, 2023).

American Heart Association (2026), Stroke di klasifikasikan menjadi 3 jenis stroke, yaitu stroke iskemik, stroke hemoragik, dan stroke sementara atau *Transient Ischemic Attack*. Penyakit stroke dapat menyerang individu dari beberapa faktor kategori usia, mulai dari faktor usia produktif hingga lanjut usia. Terdapat dua jenis faktor risiko yang meningkatkan kemungkinan

terjadinya stroke, yaitu faktor yang tidak dapat di rubah, seperti usia, jenis kelamin, dan riwayat keluarga, serta faktor yang dapat dimodifikasi, mulai dari hipertensi, kebiasaan merokok, *dislipidemia*, diabetes mellitus, obesitas, dan mengonsumsi alkohol. mengenai faktor lanjut usia, risiko stroke lebih tinggi karena pembuluh darah yang mulai kehilangan elastisitasnya. Hal ini menyebabkan peningkatan tekanan darah sistolik dan diastolik. Jika hipertensi tidak terkontrol, dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah menuju otak, yang mengganggu pasokan oksigen dan nutrisi ke otak, akhirnya menyebabkan kerusakan pada sel-sel neuron (iskemia), yang dapat memicu stroke atau penyakit kardiovaskular lainnya (Aditama & Muntamah, 2024)

American Stroke Association (AHA, 2025) Gangguan perfusi yang berlangsung secara terus-menerus dapat menimbulkan proses iskemia hingga nekrosis jaringan serebral, yang berakibat pada terjadinya kerusakan fungsi neurologis secara mendadak. Manifestasi klinis stroke infark dapat bervariasi tergantung pada lokasi dan luas area otak yang mengalami kerusakan, meliputi gangguan motorik, gangguan sensorik, gangguan bicara, penurunan koordinasi, gangguan keseimbangan, disfagia, hingga penurunan tingkat kesadaran.

Kondisi tersebut dapat menyebabkan penurunan kemampuan fungsional pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari serta meningkatkan risiko terjadinya komplikasi neurologis lanjutan apabila tidak mendapatkan penatalaksanaan yang adekuat. Selain berdampak terhadap kondisi fisik, stroke infark juga berkontribusi terhadap penurunan kualitas hidup dan

meningkatnya tingkat ketergantungan pasien dalam pemenuhan kebutuhan dasar. Oleh karena itu, diperlukan penanganan yang komprehensif dan rehabilitasi yang berkesinambungan guna mengoptimalkan pemulihan fungsi neurologis serta meminimalkan risiko kecacatan jangka panjang

Rehabilitasi stroke memiliki peran yang sangat penting dalam memulihkan efektifitas fungsi tubuh dan meningkatkan kualitas hidup pasien. *Strengthening exercise* merupakan intervensi rehabilitasi yang berfokus pada peningkatan kekuatan otot melalui kontraksi otot aktif secara berulang dengan pemberian resistensi atau tahanan tertentu. Pada pasien stroke, latihan ini digunakan untuk memperbaiki kelemahan otot akibat kerusakan neurologis sehingga membantu meningkatkan kemampuan motorik, mobilitas, keseimbangan, gait, dan aktivitas fungsional pasien. Berbeda dengan ROM yang lebih memfokuskan kepada pemeliharaan rentang gerak sendi, *strengthening exercise* lebih berorientasi kepada peningkatan efektivitas dan kekuatan tornus otot secara progresif (Choi et al., 2024)

Pada penelitian yang dilakukan Noguchi et al., (2025) Gangguan mobilitas fisik merupakan salah satu masalah keperawatan yang sering ditemukan pada pasien stroke akibat adanya gangguan neuromuskular yang ditandai dengan penurunan kekuatan otot, gangguan koordinasi, penurunan kontrol motorik, serta keterbatasan fungsi gerak yang menyebabkan terhambatnya kemampuan mobilisasi pasien secara optimal. Kondisi tersebut terjadi akibat kerusakan jaringan otak yang berperan dalam pengaturan fungsi motorik sehingga pasien mengalami kelemahan fisik, keterbatasan pergerakan

ekstremitas, serta penurunan kemampuan dalam mempertahankan keseimbangan dan kontrol postural tubuh. Penurunan fungsi motorik tersebut berdampak terhadap menurunnya kemampuan aktivitas fungsional dan kemandirian pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari akibat keterbatasan mobilitas yang dialami pasca stroke (Veldema & Jansen, 2020)

Selain itu, mengenai gangguan mobilitas yang terjadi secara progresif juga dapat berisiko menyebabkan penurunan kapasitas fungsional, atrofi otot, penurunan endurance, serta meningkatnya ketergantungan termasuk ADL (*activity daily living*) pasien terhadap bantuan orang lain dalam pemenuhan kebutuhan dasar sehari-hari sehingga dapat memengaruhi kualitas hidup pasien secara menyeluruh (Sato et al., 2024)

Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan studi kasus tentang “Analisis Asuhan Keperawatan Stroke Infark pada NY. N dengan Latihan *Strengthening Exercises* Sebagai Intervensi Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Abdurrahman Bin Auf 2, RSUD Wels Asih, Kabupaten Bandung”.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Tujuan dari penulisan Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners ini adalah untuk memberikan gambaran dan menerapkan asuhan keperawatan asuhan keperawatan pada pasien stroke infark dan intervensi *strengthening exercises* Pasif di ruang abdurrahman bin auf 2 RSUD Welas Asih Bandung, Provinsi Jawa Barat, Indonesia

1.2.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari karya ilmiah akhir ners adalah :

- a. Mampu melakukan pengkajian pada Ny. N dengan gangguan sistem persyarafan: stroke infark di ruang abdurrahman bin auf 2 RSUD Welas Asih Bandung, Provinsi Jawa Barat, Indonesia
- b. Mampu menegakkan diagnosis keperawatan pada Ny. N dengan gangguan sistem persyarafan: stroke infark di ruang abdurrahman bin auf 2 RSUD Welas Asih Bandung, Provinsi Jawa Barat, Indonesia
- c. Mampu menyusun rencana tindakan keperawatan Ny. N dengan gangguan gangguan sistem persyarafan: stroke infark di ruang abdurrahman bin auf 2 RSUD Welas Asih Bandung, Provinsi Jawa Barat, Indonesia
- d. Mampu melakukan implementasi keperawatan Ny. N dengan gangguan sistem persyarafan: stroke infark di ruang abdurrahman bin auf 2 RSUD Welas Asih Bandung, Provinsi Jawa Barat, Indonesia
- e. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada Ny. N dengan gangguan sistem persyarafan: stroke infark di ruang abdurrahman bin auf 2 RSUD Welas Asih Bandung, Provinsi Jawa Barat, Indonesia
- f. Mampu menganalisis asuhan keperawatan pada Ny. N gangguan sistem persyarafan: stroke infark di ruang abdurrahman bin auf 2 RSUD Welas Asih Bandung, Provinsi Jawa Barat, Indonesia
- g. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny. N gangguan sistem persyarafan: stroke infark di ruang abdurrahman bin auf 2 RSUD Welas Asih Bandung, Provinsi Jawa Barat, Indonesia

1.3 Manfaat Penulisan

1.3.1 Manfaat Teoritis

Manfaat bagi institusi pendidikan yaitu dapat memberikan referensi ilmu dalam perpustakaan institusi pendidikan tentang perawatan pada pasien dengan gangguan sistem persyarafan stroke dengan tindakan latihan *strengthening exercise* dalam upaya peningkatan kekuatan tornus otot.

1.3.2 Manfaat Praktis

1. Manfaat bagi pelayanan fasilitas kesehatan

Karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan sebagai bahan masukan untuk menambah pengetahuan dan wawasan bagi perkembangan pelayanan kesehatan dan juga sebagai acuan untuk meningkatkan pemahaman khususnya tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem persyarafan stroke infark.

2. Manfaat bagi perawat

Karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan sebagai bahan masukan dan sumber informasi bagi perawat untuk melakukan intervensi pada penderita stroke infark serta diharapkan dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem persyarafan stroke infark.

3. Manfaat bagi mahasiswa

Karya tulis ilmiah ini sebagai bahan masukan motivasi untuk meningkatkan ilmu pengetahuan, pengalaman serta keterampilan dan kemampuan mahasiswa dalam menerapkan asuhan keperawatan pada

pasien dengan gangguan sistem persarafan: stroke infark melalui pemberian latihan *strengthening exercise*.

1.4 Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan bertujuan untuk mempermudah pemahaman dan penelaahan penelitian. Adapun susunan penulisan dalam karya ilmiah ini adalah sebagai berikut :

- 1) BAB I Pendahuluan, meliputi; latar belakang, tujuan penulisan, manfaat dan sistematika penulisan
- 2) BAB II Tinjauan pustaka, meliputi; landasan teori yang berisi konsep dasar penyakit, konsep dasar asuhan keperawatan dan konsep dasar *strengthening exercise*. Konsep dasar penyakit terdiri dari pengertian, klasifikasi etiologi, manifestasi klinis, patofisiologi, komplikasi, pemeriksaan penunjang dan penatalaksanaan. Konsep dasar asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Konsep *strengthening exercise* terdiri dari pengertian, tujuan, prosedur dan evidence based practice mengenai *strengthening exercise*
- 3) BAB III Tinjauan kasus dan pembahasan, meliputi; tinjauan kasus berdasarkan format askep yang digunakan dan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. Serta terdapat pembahasan berisi tentang kesenjangan-kesenjangan yang ditemukan dan perbandingan antara tinjauan teoritis dengan fakta di

lapangan pada pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan dan analisis asuhan keperawatan menggunakan evidence based practice terkait pemberian intervensi *strengthening exercise*.

- 4) BAB IV Penutup, meliputi; kesimpulan penulis setelah melakukan asuhan keperawatan dan saran untuk perawat, fasilitas kesehatan, dan peneliti selanjutnya

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Stroke

2.1.1 Definisi Stroke

Stroke merupakan gangguan pada fungsi otak yang terjadi akibat aliran darah menuju otak terganggu, sehingga distribusi oksigen dan nutrisi yang dibutuhkan tidak terpenuhi secara optimal. Kondisi ini dapat terjadi karena adanya penyumbatan pada pembuluh darah (stroke iskemik) maupun akibat pecahnya pembuluh darah (stroke hemoragik). Stroke iskemik atau yang dikenal juga dengan cerebrovascular accident (CVA) non-hemoragik merupakan bentuk kehilangan fungsi otak yang disebabkan oleh terhentinya aliran darah ke suatu area otak akibat adanya trombus atau emboli (Nur Azizah & Elvi Murniasih, 2023).

Stroke merupakan gangguan neurologis akut akibat terganggunya sirkulasi darah serebral yang menyebabkan defisit neurologis. Stroke non-hemoragik atau stroke iskemik merupakan tipe stroke yang paling sering terjadi, mencakup sekitar 87% dari seluruh kasus stroke. Kondisi ini disebabkan oleh oklusi pembuluh darah serebral akibat trombosis atau emboli yang menimbulkan iskemia dan kerusakan jaringan otak. Jenis stroke ini disebabkan oleh oklusi pembuluh darah serebral akibat trombosis atau emboli yang mengakibatkan penurunan perfusi, suplai oksigen, dan nutrisi ke jaringan otak (Martin et al., 2025)

Stroke non-hemoragik atau stroke iskemik umumnya terjadi akibat **aterosklerosis**, yaitu proses inflamasi kronis pada dinding arteri yang ditandai dengan akumulasi lipid, kolesterol, sel inflamasi, dan jaringan fibrosa sehingga membentuk plak aterosklerotik. Plak yang mengalami ruptur akan mengaktivasi trombosit dan sistem koagulasi sehingga terbentuk trombus yang dapat menyumbat pembuluh darah serebral. Oklusi tersebut menyebabkan berkurangnya perfusi otak sehingga suplai oksigen dan glukosa ke jaringan saraf terganggu dan akhirnya menimbulkan iskemia serta kerusakan jaringan otak. Manifestasi klinis stroke iskemik bergantung pada lokasi lesi, namun umumnya berupa kelemahan mendadak pada wajah, lengan, atau tungkai, gangguan sensorik, gangguan bicara, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, serta defisit neurologis fokal lainnya (Powers et. al, 2019)

2.1.2 Etiologi Stroke

Stroke non-hemoragik (stroke iskemik) terjadi akibat oklusi pembuluh darah serebral oleh trombus atau embolus yang menyebabkan penurunan perfusi otak. Trombus umumnya terbentuk sebagai akibat ruptur plak aterosklerotik pada arteri besar, sedangkan embolus dapat berasal dari jantung atau pembuluh darah proksimal yang kemudian menyumbat arteri serebral. Oklusi tersebut menghambat suplai oksigen dan glukosa ke jaringan otak sehingga sel saraf mengalami iskemia. Kondisi ini menyebabkan penurunan produksi adenosin trifosfat (ATP), kegagalan fungsi pompa natrium-kalium (Na^+/K^+ -ATPase), peningkatan masuknya

natrium dan air ke dalam sel yang memicu edema sitotoksik. Selanjutnya terjadi peningkatan kadar kalsium intraseluler, pelepasan glutamat berlebihan, pembentukan radikal bebas, serta kerusakan membran sel yang berakhir pada kematian neuron dan munculnya defisit neurologis sesuai dengan lokasi lesi otak (Powers et al. 2019)

Sekitar 80% pasien stroke mengalami hemiparesis yang ditandai dengan kelemahan pada salah satu sisi tubuh akibat kerusakan jalur motorik di otak. Kondisi ini menyebabkan penurunan kemampuan menghasilkan kontraksi otot sehingga fungsi motorik, keseimbangan, dan mobilitas pasien menjadi terbatas. Apabila tidak segera ditangani, keterbatasan mobilitas dapat menyebabkan atrofi otot, penurunan kapasitas fungsional, serta meningkatnya ketergantungan dalam melakukan *activities of daily living*. Oleh karena itu, rehabilitasi dini melalui latihan terapeutik sangat penting untuk meningkatkan kekuatan otot, mempertahankan fleksibilitas sendi, mengoptimalkan pemulihan fungsi motorik, serta mencegah komplikasi akibat imobilisasi (Winstein et al. 2016)

2.1.3 Faktor Resiko Stroke

Stroke non hemoragik merupakan proses yang multi kompleks dan didasari oleh berbagai macam faktor resiko :

a. Faktor Resiko Gaya Hidup

1. Kelebihan berat badan atau obesitas

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

2. Alkohol

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

3. Merokok

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

4. Penggunaan obat-obatan terlarang seperti kokain dan metamfetamin

b. Faktor Resiko Medis

1. Hipertensi

Hipertensi menjadi faktor risiko utama terjadinya stroke. Kondisi ini dapat dipicu oleh aterosklerosis pada pembuluh darah otak, yang menyebabkan penebalan serta degenerasi pembuluh darah, dan pada akhirnya dapat pecah dan menimbulkan perdarahan.

2. Diabetes Mellitus

Penderita diabetes melitus (DM) berisiko mengalami gangguan vaskular, yang ditandai dengan terjadinya mikrovaskularisasi dan pembentukan aterosklerosis. Aterosklerosis ini dapat memicu terbentuknya emboli yang menyumbat aliran darah, sehingga menyebabkan iskemia. Kondisi iskemia tersebut menurunkan perfusi darah ke otak dan pada akhirnya dapat memicu terjadinya stroke.

3. Kolesterol Tinggi

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

4. Penyakit Kardiovaskuler

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

5. Riwayat Keluarga

Yang terkena stroke Adanya keturunan keluarga yang pernah menderita penyakit stroke.

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

1. Usia

Individu yang berusia 55 tahun ke atas memiliki risiko stroke yang lebih tinggi, karena seiring bertambahnya usia terjadi proses degeneratif pada organ-organ tubuh, yang dapat memengaruhi fungsi sistem sirkulasi dan saraf.

2. Ras

Orang Afrika – Amerika memiliki resiko stroke yang lebih tinggi

daripada orang – orang ras lain.

3. Jenis Kelamin

Pria memiliki resiko stroke yang lebih tinggi daripada wanita.

Wanita biasanya lebih tua ketika mereka mengalami stroke.

2.1.4 Klasifikasi Stroke

Menurut Hasan et al., (2021), klasifikasi stroke dikategorikan menjadi beberapa jenis yaitu sebagai berikut :

a. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik merupakan jenis stroke yang terjadi akibat ruptur atau pecahnya pembuluh darah serebral sehingga darah keluar dari sistem vaskular dan mengisi jaringan otak maupun ruang di sekitarnya. Perdarahan yang terjadi dapat menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial, penurunan perfusi serebral, edema serebral, serta kerusakan jaringan saraf yang berlangsung secara progresif. Secara klinis, stroke hemoragik umumnya memiliki onset yang mendadak dengan manifestasi neurologis yang cenderung lebih berat dibandingkan stroke iskemik. Faktor risiko yang sering dikaitkan dengan kejadian stroke hemoragik antara lain hipertensi yang tidak terkontrol, aneurisma serebral, malformasi vaskular, trauma kepala, gangguan koagulasi, serta penggunaan terapi antikoagulan dalam jangka panjang Perdarahan Intraselebral

1. Perdarahan Subaraknoid

Perdarahan subaraknoid umumnya disebabkan oleh aneurisma

serebral atau kelainan arteri di dasar otak. Aneurisma serebral merupakan pembengkakan kecil berbentuk bulat pada arteri. Pembengkakan yang parah dapat melemahkan dinding pembuluh darah, rentan untuk pecah.

b. Stroke Iskemik

Stroke iskemik merupakan jenis stroke yang terjadi akibat adanya obstruksi atau penyumbatan pada pembuluh darah serebral sehingga menghambat aliran darah menuju jaringan otak. Hambatan aliran darah tersebut menyebabkan berkurangnya suplai oksigen dan glukosa yang diperlukan untuk mempertahankan metabolisme sel saraf. Apabila kondisi iskemia berlangsung dalam waktu yang cukup lama, maka akan terjadi kematian sel saraf yang dikenal sebagai infark serebral. Stroke iskemik merupakan bentuk stroke yang paling sering ditemukan dan mencakup sekitar 80–87% dari seluruh kasus stroke. Selain menjadi penyebab utama disabilitas neurologis pada orang dewasa, stroke iskemik juga berkontribusi terhadap peningkatan angka morbiditas dan mortalitas secara global. TIA (Transient Ischemic Attack)

Berdasarkan klasifikasi *Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST)*, stroke iskemik dikategorikan menjadi lima subtype berdasarkan etiologi yang mendasarinya, yaitu:

1. *Large Artery Atherosclerosis* (Aterosklerosis Arteri Besar)

Subtipe ini terjadi akibat adanya proses aterosklerosis pada arteri besar ekstrakranial maupun intrakranial yang menyebabkan penyempitan

lumen pembuluh darah secara progresif. Penumpukan plak ateroma dapat mengurangi aliran darah ke jaringan otak atau memicu pembentukan trombus yang selanjutnya menyebabkan oklusi pembuluh darah serebral. Faktor risiko yang paling sering berhubungan dengan kondisi ini meliputi hipertensi, dislipidemia, diabetes melitus, merokok, dan usia lanjut

2. *Cardioembolism* (Kardioemboli)

Stroke kardioemboli terjadi akibat terbentuknya embolus di dalam jantung yang kemudian terbawa melalui sirkulasi sistemik menuju pembuluh darah otak dan menyebabkan sumbatan. Embolus tersebut umumnya berasal dari trombus yang terbentuk akibat fibrilasi atrium, infark miokard, penyakit katup jantung, gagal jantung, maupun gangguan irama jantung lainnya. Stroke kardioemboli sering kali menimbulkan gejala neurologis yang muncul secara mendadak dan memiliki risiko kekambuhan yang relatif tinggi apabila faktor penyebabnya tidak ditangani secara adekuat.

3. *Small Vessel Occlusion* (Oklusi Pembuluh Darah Kecil)

Oklusi pembuluh darah kecil atau *lacunar stroke* merupakan stroke yang terjadi akibat sumbatan pada arteri penetran kecil yang menyuplai struktur otak bagian dalam, seperti talamus, ganglia basalis, kapsula interna, dan batang otak. Kondisi ini umumnya berkaitan dengan hipertensi kronis dan diabetes melitus yang menyebabkan perubahan patologis pada pembuluh darah kecil berupa lipohialinosis

dan mikroateroma. Meskipun ukuran lesinya relatif kecil, stroke lakunar tetap dapat menimbulkan gangguan neurologis yang signifikan apabila mengenai area otak yang berperan penting dalam fungsi motorik maupun sensorik.

4. *Stroke of Other Determined Etiology*

Kelompok ini mencakup stroke yang disebabkan oleh berbagai kondisi spesifik selain aterosklerosis, kardioemboli, maupun oklusi pembuluh darah kecil. Beberapa penyebab yang termasuk dalam kategori ini antara lain diseksi arteri, vaskulitis, gangguan hiperkoagulabilitas, penyakit hematologi, kelainan genetik, serta berbagai gangguan sistemik yang dapat memengaruhi integritas pembuluh darah serebral.

5. *Stroke of Undetermined Etiology* (Etiologi Tidak Diketahui)

Subtipe ini digunakan apabila penyebab stroke tidak dapat ditentukan secara pasti meskipun telah dilakukan pemeriksaan diagnostik secara komprehensif. Selain itu, kategori ini juga mencakup kasus yang memiliki lebih dari satu kemungkinan etiologi sehingga penyebab utama stroke tidak dapat diidentifikasi secara jelas. Kelompok ini merupakan salah satu kategori yang cukup sering ditemukan praktik klinis karena kompleksitas faktor risiko pasien.

2.1.5 **Manifestasi Klinis Stroke**

Gejala umum stroke iskemik meliputi mati rasa (parestesia) dan kelumpuhan (hemiparesis) yang muncul secara mendadak. Terdapat istilah

FAST, yang berarti cepat, yang merupakan singkatan dari Face, Arm, Speech, dan Time. Tanda-tanda yang perlu diperhatikan antara lain pada wajah (face) yang terkulai, kelumpuhan pada lengan (arm) saat diangkat, serta gangguan pada kemampuan bicara (speech) yang menjadi tidak jelas atau sulit dipahami. tanda stroke yang dialami pasien diantaranya :

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

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

- a. Angiografi Serebral

Menentukan penyebab stroke secara spesifik perdarahan atau obstruksi arteri.

- b. *Single Photon Emission Computed Tomography* (SPECT)

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

c. CT Scan

Pemindaian ini menunjukkan dengan jelas lokasi edema, posisi hematoma, serta area otak yang mengalami infark atau iskemia beserta posisinya secara tepat.

d. MRI (*Magnetic Imaging Resonance*)

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

e. EEG (*Electroencephalogram*)

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

f. Pemeriksaan Laboratorium

1. Lumbang Fungsi : Pemeriksaan likuor yang berwarna merah umumnya ditemukan pada perdarahan yang besar, sementara pada perdarahan kecil, warna likuor biasanya tetap normal (*Xantokhrom*) pada hari-hari pertama.
2. Pemeriksaan darah rutin (Glukosa, elektrolit, ureum, kreatinin)
3. Pemeriksaan kimia darah : pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia atau gula darah dapat mencapai 250 mg di dalam serum dan kemudian berangsur turun kembali.
4. Pemeriksaan darah lengkap: untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri

2.1.7 Patofisiologi

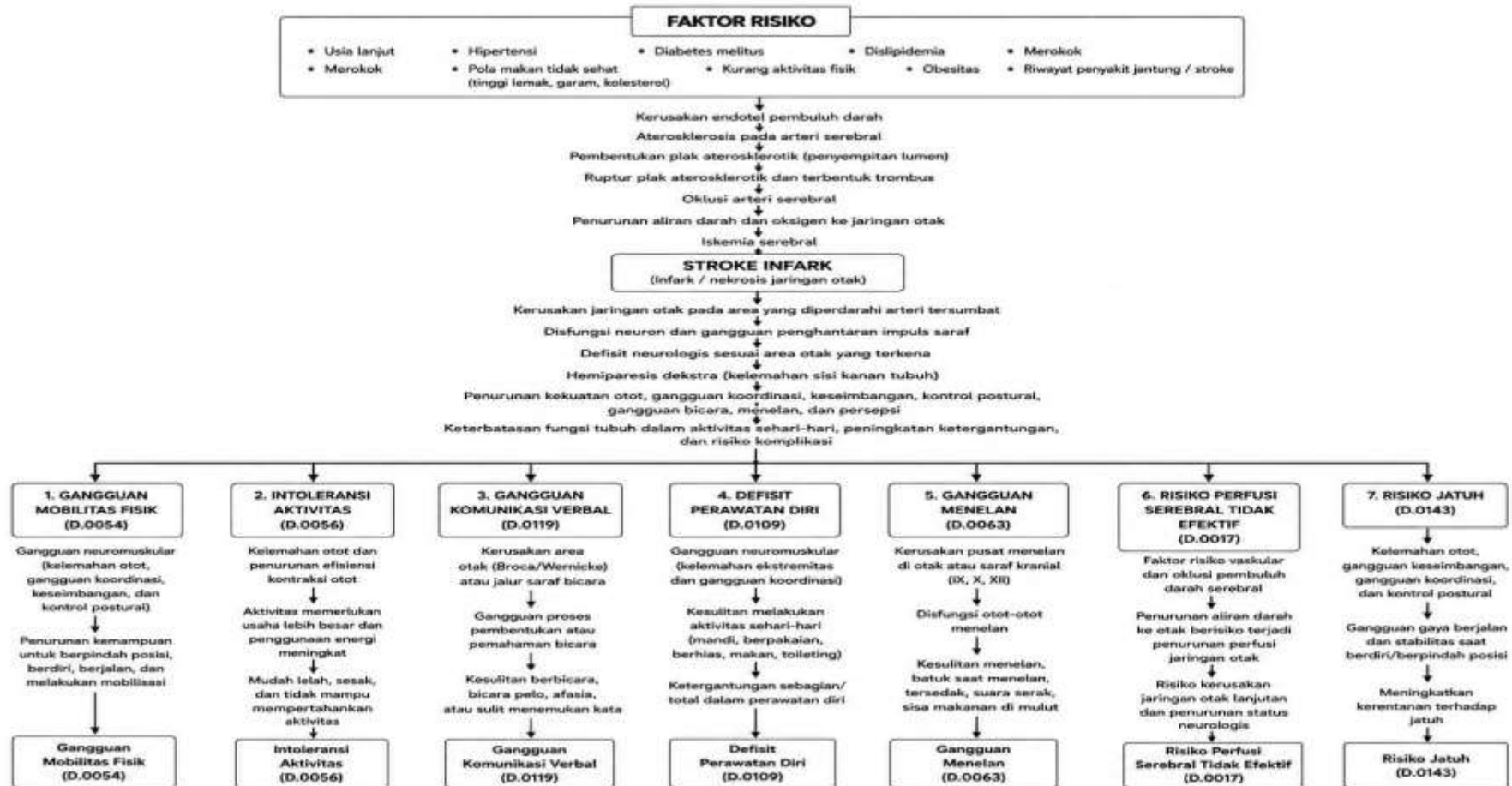
Stroke non hemoragik dapat dibagi menjadi stroke pada pembuluh darah besar (termasuk arteri karotis) dan pembuluh darah kecil (termasuk sirkulasi willisi dan sirkulasi posterior). Tempat terjadinya trombotik yang paling sering adalah titik percabangan arteri serebral utamanya pada daerah distribusi dari arteri karotis interna. Adanya stenosis arteri dapat menyebabkan terjadinya turbulensi aliran darah. Energi yang diperlukan untuk menjalankan

Kegiatan neuronal berasal dari metabolisme glukosa dan disimpan di otak dalam bentuk glukosa atau glikogen untuk persediaan pemakaian selama 1 menit. Bila tidak ada aliran darah lebih dari 30 detik gambaran EEG akan mendatar, bila lebih dari 2 menit aktifitas jaringan otak berhenti, bila lebih dari 5 menit maka kerusakan jaringan otak dimulai, dan bila lebih dari 9 menit manusia dapat meninggal. Bila aliran darah jaringan otak berhenti maka oksigen dan glukosa yang diperlukan untuk pembentukan ATP akan menurun, akan terjadi penurunan Na^+ K^+ ATP, sehingga membran potensial akan menurun. K^+ berpindah ke ruang ekstraselular, sementara ion Na dan Ca berkumpul didalam sel.

Hal ini menyebabkan permukaan sel menjadi lebih negatif sehingga terjadi membran depolarisasi. Saat awal depolarisasi membran sel masih reversibel, tetapi bila menetap terjadi perubahan struktural ruang menyebabkan kematian jaringan otak. Keadaan ini terjadi segera apabila perfusi menurun dibawah ambang batas kematian jaringan, yaitu bila aliran

darah berkurang hingga dibawah 10ml/100 gram/menit. Akibat kekurangan oksigen terjadi asidosis yang menyebabkan gangguan fungsi enzim-enzim, karena tingginya ion H. Selanjutnya asidosis menimbulkan edema serebral yang ditandai pembengkakan sel, dan berakibat terhadap mikrosirkulasi. Oleh karena itu, terjadi peningkatan resistensi vaskuler dan kemudian penurunan dari tekanan perfusi sehingga terjadi perluasan daerah iskemik (Setiawan et al, 2021).

2.1.8 Pathway Stroke Infark



Bagan Pathway Stroke Infark 1

2.1.9 Penatalaksanaan Keperawatan

a. Penatalaksanaan keperawatan

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

1. Penatalaksanaan pada fase akut :

- a. Fase akut biasanya berakhir 48-72 jam. Prioritas pada fase ini mempertahankan jalan napas dan ventilasi.
- b. Pasien diposisikan dalam posisi miring ke samping atau semi-prone dengan bagian kepala tempat tidur sedikit dinaikkan guna mengurangi tekanan pada vena serebral.
- c. Pemasangan intubasi endotrakeal dan penggunaan ventilator mekanik diperlukan pada pasien dengan stroke masif, karena kegagalan pernapasan sering menjadi faktor yang mengancam jiwa dalam kondisi tersebut.
- d. Pasien dipantau untuk adanya komplikasi pulmonal (aspirasi, atelektasis, pneumonia) yang mungkin berkaitan dengan kehilangan refleks jalan napas, imobilitas dan hipoventilasi.
- e. Jantung diperiksa untuk abnormalitas dalam ukuran dan irama serta tanda dan gejala jantung kongestif.

2. Penatalaksanaan pada fase paska akut :

- a. Menyesuaikan posisi kepala dan bagian atas tubuh pada elevasi 20–30 derajat, memiringkan tubuh jika pasien mengalami muntah, serta melakukan mobilisasi secara bertahap apabila kondisi

hemodinamik pasien telah stabil.

- b. Memonitor tanda-tanda vital diusahakan dalam keadaan tetap stabil dan normal
- c. Menganjurkan pasien untuk tetap bedrest.
- d. Menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit. Berikan cairan intravena berupa koloid dan hindari penggunaan cairan glukosa murni atau cairan hipotonik.
- e. Hindari kenaikan suhu tubuh, batuk, konstipasi dan suction secara berlebihan yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial.
- f. Nutrisi peroral hanya diberikan jika fungsi menelan baik dan jika kesadaran menurun atau tidak sadar segera pasang NGT.
- g. Bila penderita tidak mampu menggunakan anggota gerak, gerakkan tiap anggota gerak secara pasif seluas anggota geraknya atau latih ROM pasif.
- h. Berikan pengaman di tempat tidur untuk mencegah pasien jatuh.
- i. Perbaiki mobilitas dan mencegah deformitas :
 1. Posisi tidur datar dengan matras yang cukup kuat untuk menyokong tubuh.
 2. Menggunakan papan kaki untuk mencegah *foot drop*.
 3. Meletakkan satu bantal di aksila untuk mencegah adduksi bahu.
 4. Menggunakan rool trochanter untuk mencegah rotasi bahu
 5. Jari-jari diposisikan agak fleksi dengan telapak tangan supinasi.

2.1.10 Komplikasi

Menurut Esti & Johan, (2020)), stroke tidak hanya menyebabkan kerusakan pada jaringan otak, tetapi juga menimbulkan berbagai komplikasi sistemik yang dapat memengaruhi fungsi fisik, psikologis, maupun kemampuan pasien dalam menjalankan aktivitas sehari-hari. Komplikasi tersebut berpotensi menghambat proses rehabilitasi, meningkatkan tingkat ketergantungan, serta memperburuk kualitas hidup pasien apabila tidak ditangani secara optimal. Beberapa komplikasi stroke meliputi:

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

- i. Gangguan pemenuhan aktifitas harian (defisit perawatan diri)
Dekubitus, tidur yang terlalu lama karena lumpuh dapat mengakibatkan luka/lecet pada bagian tubuh yang menjadi tumpuan saat berbaring, seperti : pinggul, pantat, sendi kaki, dan tumit.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Stroke Infark

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah awal dan langkah dasar dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk mengidentifikasi masalah klien, sehingga dapat memberikan panduan dalam pelaksanaan tindakan keperawatan. Proses ini mencakup tiga kegiatan utama, yaitu pengumpulan data, pengelompokan data, dan penetapan diagnosis keperawatan.

1. Identitas Klien

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

2. Keluhan utama

Umumnya pasien mengalami perubahan tingkat kesadaran, mual dan muntah, penurunan refleks, gangguan komunikasi seperti afasia dan disfasia, sensasi kesemutan, nyeri kepala, kejang hingga kehilangan kesadaran. Selain itu, sering ditemukan kelemahan pada salah satu sisi anggota tubuh, gangguan mobilitas fisik, serta penurunan kemampuan dalam menjalani aktivitas sehari-hari.

3. Riwayat penyakit

a. Riwayat kesehatan sekarang

Stroke umumnya terjadi secara tiba-tiba ketika seseorang sedang beraktivitas. Gejalanya dapat berupa sakit kepala, mual, muntah, bahkan kejang hingga kehilangan kesadaran, disertai dengan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh atau gangguan fungsi otak lainnya.

b. Riwayat penyakit sekarang

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

c. Riwayat penyakit dahulu

Faktor-faktor risiko yang dapat memicu kondisi ini antara lain riwayat hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, cedera kepala sebelumnya, penggunaan kontrasepsi oral dalam jangka panjang, konsumsi obat antikoagulan, aspirin, vasodilator, zat adiktif, serta obesitas."

d. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi ataupun diabetes mellitus.

e. Riwayat psikosisial

Stroke memang suatu penyakit yang sangat mahal. Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan dan perawatan dapat mengacaukan keuangan keluarga sehingga faktor biaya ini dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran pasien dan keluarga.

4. Pemeriksaan fisik

a. Sistem pernafasan (B1/Breathing)

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

b. Sistem peredaran darah (B2/Blood)

Dapat terjadi hipertensi atau hipotensi, denyut jantung ireguler, adanya murmur.

c. Sistem Persarafan (B3/Brain)

Tingkat kesadaran; bisa sadar baik sampai terjadi koma. Penilaian GCS untuk menilai tingkat kesadaran klien. Reflek patologis; reflek babinski positif menunjukkan adanya perdarahan di otak, pendarahan intraselebridan untuk membedakan jenis CVA yang

ada apakah bleeding atau infark.

Pemeriksaan saraf kranial :

1) Saraf I (Olfaktorius) :

Biasanya pada klien dengan CVA tidak ada kelainan pada fungsi penciuman

2) Saraf II (Optikus) :

Disfungsi persepsi visual karena gangguan jarak sensorik primer diantara sudut mata dan kortek visual. Gangguan hubungan visual-visual sering terlihat pada klien dengan hemiplegi kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena kemampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.

3) Saraf III (Okulomotorius), IV (Trochlearis) dan VI (Abducens) apabila akibat CVA mengakibatkan paralisis sisi otot-otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral sisi yang sakit.

4) Saraf V (Trigeminal) pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigeminal, penurunan fungsi koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah ke sisi ipsilateral, serta kelumpuhan satu sisi otot pterigoid intermus dan ekstremitas.

5) Saraf VII (Fasialis) persepsi pengecap dalam batas normal, wajah simetris, otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat.

6) Saraf VIII (Auditorius) ditemukan adanya atau tidaknya tuli konduktif dan tuli persepsi

7) Saraf IX (Glosafaringeus) dan X (Vagus) kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut.

8) Saraf XI (Aseorius) tidak ada arofi otot.

9) Saraf XII (Hipoglosus) lidah asimetris, terdapat devisasi pada saat satu sisi dan fasilasi.

d. Sistem Perkemihan (B4/Bladder)

Indikasi terjadi inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang kontrol sfingter urine eksternal hilang atau berkurang. sehingga selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermiten dengan teknik steril. Inkontinensiaurine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologi luas.

e. Sistem Pencernaan (B5/Bowel)

Adanya keluhan sulit menelan, nafsu makan menurun, mual dan muntah pada fase akut. Mungkin mengalami inkontinensia alvi atau terjadinya konstipasi akibat penurunan peristaltic usus. Adanya gangguan pada saraf V yaitu pada beberapa keadaan CVA menyebabkan paralisis saraf trigemius, di dapatkan penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah pada sisi ipsilateral dan kelumpuhan seisin otot-otot perigoideus dan pada saraf IX dan X yaitu kemampuan menelan

kurang baik, kesukaran membuka mulut.

f. Sistem Muskuloskeletal dan Integumen (B6/Bone)

Kehilangan kontrol valenter gerakan motorik. Terdapat hemiplegia atau hemiparesis ekstremitas, kaji adanya dekubitus akibat immobilisasi fisik.

g. Sistem Penginderaan (B7)

Pada penginderaan pasien biasanya tidak mengalami masalah.

h. Sistem Endokrin (B8)

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

5. Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari

a. Pola nutrisi/metabolisme

Pola makan biasanya klien dengan stroke infark mengalami penurunan nafsu makan dan biasanya mengalami kesulitan menelan makanan.

Pola minum klien biasanya dibatasi sesuai dengan kebutuhan yang ditentukan

b. Pola eliminasi

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

c. Pola aktivitas/latihan

Biasanya klien mengalami kesulitan dalam bergerak akibat kelemahan otot yang dialami, sehingga membutuhkan bantuan keluarga dalam melakukan kegiatan sehari-harinya.

d. Pola istirahat tidur

Biasanya pasien mengalami gangguan tidur dan merasa tidak seger setelah bangun tidur .

e. Pola kognitif persepsi

Biasanya klien mengalami masalah pada gangguan pendengaran, penglihatan, pencernaan, biasanya klien mengeluh sakit kepala dan kelemahan otot.

f. Pola peran dan hubungan

Biasanya peran dan hubungan klien akan mengalami perubahan.

g. Pola seksualitas

Biasanya ada gangguan kualitas dan kuantitas dengan pola seksualitas.

h. Pola persepsi diri dan konsep diri

Biasanya klien dengan stroke infark setelah kejadian mengalami perubahan terhadap gambaran dirinya. Seperti gangguan citra tubuh.

i. Pola coping dan toleransi stress

Biasanya klien mempunyai teman untuk cerita atau berbagi setiap masalah yang ada.

j. Pola keyakinan dan nilai

Adanya perubahan status kesehatan dan penurunan fungsi tubuh menghambat penderita terhadap keyakinan ibadah, pola ibadah

2.2.2 Analisa Data

Analisis data merupakan proses berpikir kognitif yang dimiliki oleh

perawat dalam mengembangkan kemampuan berpikir logis dan penalaran, yang dipengaruhi oleh dasar keilmuan serta wawasan yang dimiliki. Proses ini mencakup validasi data, pengelompokan informasi, penafsiran terhadap adanya keseimbangan maupun ketidaksesuaian data, hingga penarikan kesimpulan terhadap permasalahan kesehatan yang dihadapi pasien

Tabel 2. 1 Analisa data

No	Analisa data	Etiologi	Problem
----	--------------	----------	---------

1	Gejala dan tanda : Subjektif : - Pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas bawah - Pasien mengeluh nyeri saat bergerak - Pasien mengeluh mengalami keterbatasan gerak - Rentang gerak Objektif : - Kekuatan otot menurun - Rentang otot menurun - Fisik lemah - Gerakkan tidak terkordinasi - Fisik lemah - Nyeri saat bergerak	Faktor Risiko ↓ Pola Hidup Tidak Sehat ↓ Disfungsi Endotel Pembuluh Darah ↓ Aterosklerosis Pembuluh Darah Serebral ↓ Pembentukan Trombus/Emboli ↓ Oklusi Pembuluh Darah Serebral ↓ Penurunan Perfusi Serebral ↓ Iskemia Jaringan Otak ↓ Stroke Infark ↓ Kerusakan Area Motorik Otak ↓ Gangguan Fungsi Neuromuskuloskeletal ↓ Penurunan Kekuatan Otot dan Kontrol Motorik ↓ Gangguan Koordinasi dan Keseimbangan ↓ Keterbatasan Mobilisasi dan Aktivitas Fungsional ↓ Gangguan Mobilitas Fisik	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)
---	---	---	---

2	Gejala dan tanda : Subjektif : - Mengeluh lelah - Dispneau saat/setelah melakukan aktivitas - Merasa tidak nyaman setelah aktivitas - Merasa lemah Objekif : - Frekuensi jantung meningkat >20% meningkat dari kondisi istirahat - Tekanan darah berubah>20% dari kondisi istirahat - Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas - Gambaran EKG menunjukkan iskemia - Sianosis	Faktor Risiko ↓ Pola Hidup Tidak Sehat ↓ Disfungsi Endotel Pembuluh Darah ↓ Aterosklerosis Pembuluh Darah Serebral ↓ Pembentukan Trombus/Emboli ↓ Oklusi Pembuluh Darah Serebral ↓ Penurunan Perfusi Serebral ↓ Iskemia Jaringan Otak ↓ Stroke Infark ↓ Kerusakan Area Motorik Otak ↓ Gangguan Fungsi Neuromuskuloskeletal ↓ Penurunan Kekuatan Otot dan Endurans Fisik ↓ Peningkatan Kebutuhan Energi Saat Beraktivitas ↓ Ketidakseimbangan antara Suplai dan Kebutuhan Oksigen ↓ Kelelahan Saat Melakukan Aktivitas ↓ Penurunan Toleransi Terhadap Aktivitas Fisik ↓ Intoleransi Aktivitas	Intoleransi Aktivitas (D.0056)
---	---	--	--

3	Gejala dan tanda : Subjektif : - (-) Objektif : - Tidak mampu berbicara atau mendengar - Menunjukkan respon tidak sesuai - Sulit memahami komunikasi - Pelo - Gagap - Disfasia - Apraksia - Sulit mempertahankan komunikasi - Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh - tidak ada kontak mata	Faktor Risiko ↓ Pola Hidup Tidak Sehat ↓ Disfungsi Endotel Pembuluh Darah ↓ Aterosklerosis Pembuluh Darah Serebral ↓ Pembentukan Trombus/Emboli ↓ Oklusi Pembuluh Darah Serebral ↓ Penurunan Perfusi Serebral ↓ Iskemia Jaringan Otak ↓ Stroke Infark ↓ Kerusakan Jaringan Otak pada Area Dominan Bahasa (Area Broca dan/atau Area Wernicke) ↓ Gangguan Pemrosesan dan Penghantaran Informasi Bahasa ↓ Penurunan Kemampuan Mengekspresikan dan/atau Memahami Bahasa ↓ Kesulitan Berbicara, Menyusun Kata, atau Memahami Pembicaraan ↓ Gangguan Komunikasi Verbal	Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)
---	---	--	---

--	--	--	--

4	Gejala dan tanda : Subjektif : - menolak melakukan perawatan diri objektif : - tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/toilet/berhias secara mandiri - minat melakukan perawatan diri kurang	Faktor Risiko ↓ Pola Hidup Tidak Sehat ↓ Disfungsi Endotel Pembuluh Darah ↓ Aterosklerosis Pembuluh Darah Serebral ↓ Pembentukan Trombus/Emboli ↓ Oklusi Pembuluh Darah Serebral ↓ Penurunan Perfusi Serebral ↓ Iskemia Jaringan Otak ↓ Stroke Infark ↓ Kerusakan Area Motorik Otak ↓ Gangguan Fungsi Neuromuskuloskeletal ↓ Penurunan Kekuatan Otot dan Koordinasi Gerak ↓ Keterbatasan Mobilitas dan Fungsi Ekstremitas ↓ Ketidakmampuan Melakukan Aktivitas Perawatan Diri Secara Mandiri ↓ Ketergantungan dalam Aktivitas Makan, Mandi, Berpakaian, Berhias, dan Eliminasi ↓ Defisit Perawatan Diri	Defisit Perawatan Diri (D.0109)
---	---	---	---

5	Gejala dan tanda : Subjektif : - mengeluh sulit menelan objektif : - batuk sebelum makan - batuk setelah makan atau minum - tersedak - makanan tertinggal di rongga mulut	Faktor Risiko ↓ Pola Hidup Tidak Sehat ↓ Disfungsi Endotel Pembuluh Darah ↓ Aterosklerosis Pembuluh Darah Serebral ↓ Pembentukan Trombus/Emboli ↓ Oklusi Pembuluh Darah Serebral ↓ Penurunan Perfusi Serebral ↓ Iskemia Jaringan Otak ↓ Stroke Infark ↓ Kerusakan Pusat Pengaturan Menelan dan Jalur Saraf Kranial ↓ Gangguan Koordinasi Otot Orofaring dan Faring ↓ Penurunan Refleks Menelan ↓ Kesulitan Mengunyah dan Memindahkan Bolus Makanan ↓ Gangguan Proses Menelan (Disfagia) ↓ Gangguan Menelan	Gangguan Menelan (D.0063)
---	---	--	---

6	Gejala dan tanda : Subjektif : - (-) Objektif : - (-) Faktor Resiko - Keabnormalan masa protrombolin dan/atau masa tromboplastin parsial - Penurunan kinerja ventrikel kiri - Aterosklerosis aorta - Diseksi arteri - Fibrilasi atri - Tumor otak - Stenosis karotis - Miksoma atrium - Aneurisma serebri - Koagulapati - Dilatasi kardiomiopati - Koagulasi intravaskular diseminata - Embolisme - Cedera kepala - Hiperkolesteronemia - Hipertensi - Endokarditis infeksi - Katup prostetik mekanis - Stenosis mitral - Neoplasma otak - Infark miokard akut - Sindrom sick sinus - Penyalahgunaan zat - Terapi trombolitik - Efek samping tindakan (misal, operasi <i>bypass</i>) Kondisi klinis terkait - Stroke, Cedera kepala - Aterosklerotik aortik - Infark miokard akut - Diseksi arteri - Embolisme - Endokarditis akut - Fibrilasi atrium - Hiperkolesterolemia - Hipertensi	Faktor Risiko ↓ Pola Hidup Tidak Sehat ↓ Disfungsi Endotel Pembuluh Darah ↓ Aterosklerosis Pembuluh Darah Serebral ↓ Pembentukan Trombus/Emboli ↓ Penyempitan atau Oklusi Pembuluh Darah Serebral ↓ Gangguan Aliran Darah ke Jaringan Otak ↓ Ketidakstabilan Perfusi Serebral ↓ Risiko Penurunan Suplai Oksigen dan Nutrisi ke Jaringan Otak ↓ Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017)
---	---	--	--

7	Gejala dan tanda Subjektif : - (-) Objektif - (-) Faktor Risiko - Usia >65 tahun (pada dewasa) <2 tahun (pada anak) - Riwayat jatuh - Anggota gerak bawah prosthesis (buatan) - Penggunaan alat bantu jalan - Penurunan tingkat kesadaran - Perubahan fungsi kognitif - Lingkungan tidak aman (misal, licin, gelap, lingkungan asing) - Kondisi pasca operasi - Perubahan kadar glukosa darah - Anemia - Kekuatan otot menurun - Gangguan pendengaran - Gangguan keseimbangan - Gangguan penglihatan - Neuropati - Efek agen farmakologis Kondisi klinis terkait - Osteoporosis - Kejang - Penyakit sebrovaskuler - Katarak - Glaukoma - Demensia - Hipotensi - Amputasi - Intoksikasi - preeklamsi	Faktor Risiko ↓ Pola Hidup Tidak Sehat ↓ Disfungsi Endotel Pembuluh Darah ↓ Aterosklerosis Pembuluh Darah Serebral ↓ Pembentukan Trombus/Emboli ↓ Oklusi Pembuluh Darah Serebral ↓ Penurunan Perfusi Serebral ↓ Iskemik Jaringan Otak ↓ Stroke Infark ↓ Kerusakan Area Motorik dan Sensorik Otak ↓ Gangguan Fungsi Neuromuskuloskeletal ↓ Penurunan Kekuatan Otot ↓ Gangguan Koordinasi dan Keseimbangan Tubuh ↓ Gangguan Gaya Berjalan (Gait Disturbance) ↓ Ketidakstabilan Postur Saat Berdiri dan Berjalan ↓ Peningkatan Kerentanan Terhadap Cedera Akibat Terjatuh ↓ Risiko Jatuh	Risiko Jatuh (D.0143)
---	---	---	-------------------------------------

2.2.3 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons individu, keluarga, kelompok, atau komunitas terhadap masalah kesehatan maupun proses kehidupan yang berlangsung secara aktual maupun berisiko. Diagnosis keperawatan menjadi dasar bagi perawat dalam menentukan intervensi yang tepat untuk mencapai luaran kesehatan yang optimal (Kep et al., 2020).

Menurut SDKI (2017), beberapa diagnosis keperawatan yang mungkin akan muncul pada pasien stroke yaitu :

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan fungsi motorik ditandai dengan
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal
3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan di area pusat bicara (*brocoa*)
4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan kemampuan dalam pemenuhan perawatan diri
5. Gangguan menelan berhubungan dengan terganggunya area broadman 4 (lidah, rahang, bibir, laring) bagian posterior gyupus prasentralis
6. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan menurunnya suplai darah O₂ dan nutrisike jaringan otak
7. Risiko jatuh berhubungan dengan terganggunya pusat sensero motor (upper motor neuron dan lower motor neuron)

2.2.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 2 Intervensi keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional									
	(SDKI)	(SLKI)	(SIKI)										
1	Gangguan mobilitas fisik (D.0054) berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas (Kekuatan otot menurun) <table><tr><td>Eks</td><td>Kiri</td><td>Kanan</td></tr><tr><td>Atas</td><td>5</td><td>1</td></tr><tr><td>Bawah</td><td>5</td><td>2</td></tr></table> Kondisi Klinis Terkait : Stroke	Eks	Kiri	Kanan	Atas	5	1	Bawah	5	2	Mobilitas fisik meningkat (L.05042) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteia hasil: - Pergerakan ekstermitas meningkat - Kekuatan otot Meningkat - Rentang gerak ROM meningkat - Kaku Sendi Menurun - Kelemahan Fisik Menurun	Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Montor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur) - Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi	- Nyeri atau keluhan fisik lainnya dapat menjadi penghalang utama mobilisasi proses dalam Mengidentifikasi dan menangani dapat efektif secara nyeri meningkatkan kenyamanan pasien dan mencegah cedera lebih lanjut selama mobilisasi. - Setiap pasien memiliki tingkat toleransi fisik yang berbeda terhadap aktivitas. Menilai toleransi fisik perencanaan memungkinkan dengan sesuai yang aktivitas kemampuan pasien, mengurangi risiko kelelahan atau cedera. - Mengukur parameter vital seperti frekuensi jantung dan tekanan darah membantu
Eks	Kiri	Kanan											
Atas	5	1											
Bawah	5	2											

			- Jelaskan tujuan dan prosedur mobilitasi - Anjurkan melakukan mobilisasi dini - Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	memastikan bahwa pasien dalam kondisistabil sebelum melakukan mobilisasi, mencegah hipotensi ortostatik atau aritmia yang dapat terjadi selama aktivitas. - Pemantauan Berkelanjutan terhadap kondisi umum pasien selama mobilisasi membantu dalam deteksi dini tanda-tanda ketidaknyamanan atau komplikasi. Kemungkinan intervensi tercepat dalam untuk menjaga pasien - Penggunaan alat bantu memberikan dukungan tambahan dan meningkatkan keamanan selama mobilisasi, mencegah risiko jatuh atau cedera. - Memberikan bantuan fisik saat pasien melakukan pergerakan dapat membantu dalam memastikan bahwa
--	--	--	---	---

				mobilisasi dilakukan dengan cara yang aman dan efektif, mengurangi risiko cedera atau kelelahan berlebihan. - Keterlibatan keluarga dapat memberikan dukungan emosional dan fisik yang penting bagi pasien. Keluarga yang terlibat aktif dalam proses rehabilitasi dapat membantu meningkatkan motivasi pasien dan mempercepat pemulihan. - Memberikan penjelasan mobilisasi dan prosedur membantu pasien memahami pentingnya aktivitas tersebut, meningkatkan dan partisipasi aktif dalam proses rehabilitasi.
--	--	--	--	--

2	Intolerasni aktivitas (D.0056) berhubungan dengan Kelemahan ditandai dengan Mengeluh Lelah, Merasa lemah (Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat, Tekanan darah berubah setelah aktivitas) Kekuatan Otot : <table><tr><td>Eks</td><td>Kiri</td><td>Kanan</td></tr><tr><td>Atas</td><td>5</td><td>1</td></tr><tr><td>Bawah</td><td>5</td><td>2</td></tr></table>	Eks	Kiri	Kanan	Atas	5	1	Bawah	5	2	Toleransi Aktivitas L.(05047) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama3x24jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteia hasil : - Frekuensi nadi (meningkat) - Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari (meningkat) - Kecepatan berjalan (meningkat) - Jarak berjalan (meningkat) - Kekuatan tubuh bagian atas (meningkat) - Kekkuatan tubuh bagian bawah (meningkat) - Toleransi dalam menaiki tangga (meningkat) - Keluhan Lelah (menurun) - Dispnea saat aktivitas (menurun) - Dispnea setelah aktifitas (menurun) - Perasaan lemah (menurun) - Aritmia saat aktivitas (menurun) - Aritmia setelah aktivitas (menurun) - Sianosis (menurun) - Warna kulit (membaik)	Manajemen energi (I.05178) Observasi - Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan - Monitor kelemahan fisik dan emosional - Monitor pola dan jam tidur - Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik - Sediakan lingkunghan nyaman dan rendah stimulus (misal, cahaya, suara, lingkungan) - Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif - Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan - Fasilitasi duduk di sisi tempat duduk, jika tidak berpindah atau berjalan Edukasi - Anjutkan tirah baring - Anjurkan melakukan aktivitas	- Identifikasi gangguan fungsi tubuh diperlukan untuk menentukan faktor fisiologis yang berkontribusi terhadap terjadinya kelelahan, sehingga intervensi yang diberikan dapat disesuaikan dengan penyebab yang mendasarinya. - Pemantauan kelemahan fisik dan emosional membantu mengevaluasi tingkat toleransi aktivitas pasien serta mendeteksi perubahan kondisi yang dapat memengaruhi kebutuhan energi dan proses pemulihan. - Kualitas dan kuantitas tidur yang adekuat berperan penting dalam proses pemulihan energi, perbaikan jaringan, serta mempertahankan fungsi fisiologis dan psikologis yang optimal. - Pemantauan
Eks	Kiri	Kanan											
Atas	5	1											
Bawah	5	2											

		- Tekanan darah (membaik) - Frekuensi napas (membaik) - EKG Iskemik (membaik)	secara bertahap - Anjurkan menghubungi perawat, jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang - Ajarkan strategi coping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi - Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	ketidaknyamanan selama aktivitas membantu mengidentifikasi faktor yang membatasi mobilitas sehingga dapat dilakukan penyesuaian aktivitas untuk mencegah peningkatan kelelahan dan cedera. - Lingkungan yang nyaman dan minim rangsangan dapat mengurangi beban sensorik, meningkatkan kualitas istirahat, serta menurunkan konsumsi energi yang berlebihan - Latihan ROM membantu mempertahankan fleksibilitas sendi, meningkatkan sirkulasi darah, mencegah kekakuan otot, serta mempertahankan fungsi neuromuskular tanpa meningkatkan kebutuhan energi secara berlebihan - Aktivitas distraksi yang
--	--	---	---	--

				menenangkan dapat membantu mengurangi stres, kecemasan, dan persepsi kelelahan melalui pengalihan perhatian dari ketidaknyamanan yang dirasakan pasien. - Posisi duduk secara bertahap membantu meningkatkan toleransi aktivitas, memperbaiki sirkulasi, mencegah komplikasi akibat tirah baring, serta mempersiapkan pasien menuju mobilisasi yang lebih optimal. - Tirah baring sesuai indikasi membantu menurunkan kebutuhan metabolik dan konsumsi energi tubuh sehingga energi yang tersedia dapat difokuskan untuk proses penyembuhan dan pemulihan kondisi pasien - Peningkatan aktivitas secara bertahap memungkinkan
--	--	--	--	--

				adaptasi sistem muskuloskeletal, kardiovaskular, dan respirasi sehingga dapat mencegah kelelahan berlebihan serta meningkatkan toleransi aktivitas. - Pelaporan dini terhadap kelelahan yang menetap memungkinkan dilakukan evaluasi lebih lanjut dan penyesuaian intervensi untuk mencegah perburukan kondisi pasien. - Strategi koping yang efektif dapat membantu pasien mengelola stres fisik dan psikologis, meningkatkan kemampuan adaptasi, serta mengoptimalkan penggunaan energi selama proses pemulihan. - Asupan nutrisi yang adekuat diperlukan untuk memenuhi kebutuhan energi, mempertahankan massa
--	--	--	--	--

				otot, dan mempercepat pemulihan kondisi kesehatan pasien
3	Gangguan komunikasi verbal (D.0119) berhubungan dengan Gangguan neuromuskuler ditandai dengan Menunjukkan respon tidak sesuai ditandai Sulit memahami komunikasi Kondisi klinis Terkait : Stroke	Komunitasi Verbal (L.13118) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan komunitas verbal meningkat dengan kriteia hasil : - Kemampuan berbicara (meningkat) - Kemampuan mendengar (meningkat) - Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh (meningkat) - Kontak mata (meningkat) - Afasia (menurun) - Disfasia (menurun) - Apraksia (menurun) - Disleksia (menurun) - Disatria (menurun) - Afonia (menurun) - Dislalia (menurun) - Pelo (menurun) - Gagap (menurun)	Promosi Komunikasi: Defisit Bicara (I.13492) Observasi - Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara - Monitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis: memori, pendengaran, dan Bahasa) - Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara - Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik - Gunakan metode komunikasi alternatif (mis: menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer) - Sesuaikan gaya komunikasi	- Mengidentifikasi karakteristik gangguan bicara, menentukan tingkat keparahan defisit komunikasi, serta mengevaluasi perkembangan kemampuan bicara selama proses rehabilitasi. - Gangguan fungsi kognitif, pusat bahasa, atau pendengaran dapat memengaruhi kemampuan komunikasi sehingga pemantauan diperlukan untuk menentukan penyebab dan perkembangan gangguan bicara. - Kondisi emosional yang negatif dapat menurunkan motivasi, konsentrasi, dan efektivitas komunikasi sehingga perlu diidentifikasi sejak dini.

		- Respons perilaku (membaik) - Pemahaman komunikasi (membaik)	dengan kebutuhan (mis: berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien) - Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan - Ulangi apa yang disampaikan pasien - Berikan dukungan psikologis - Gunakan juru bicara, jika perlu Edukasi - Anjurkan berbicara perlahan - Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara	- Pasien dengan defisit bicara sering menggunakan ekspresi wajah, gerakan tubuh, atau isyarat nonverbal untuk menyampaikan kebutuhan sehingga perlu dikenali agar komunikasi tetap efektif - Memfasilitasi pasien dalam menyampaikan kebutuhan, mempertahankan komunikasi yang efektif, serta mengurangi frustrasi akibat keterbatasan komunikasi verbal. - Komunikasi yang sederhana, jelas, dan sesuai kemampuan pasien meningkatkan pemahaman, mengurangi kesalahpahaman, serta mendukung interaksi terapeutik yang efektif. - Lingkungan yang tenang dan bebas distraksi membantu meningkatkan
--	--	--	---	---

				konsentrasi pasien selama berkomunikasi - Memastikan pesan pasien dipahami dengan benar, mengurangi miskomunikasi, serta memberikan kesempatan kepada pasien untuk mengoreksi bila terdapat kesalahan interpretasi. - Meningkatkan rasa percaya diri, mengurangi kecemasan dan frustrasi, serta mendorong pasien untuk tetap berusaha berkomunikasi. - Membantu menyampaikan informasi secara akurat apabila kemampuan komunikasi verbal pasien sangat terbatas sehingga kebutuhan pasien tetap dapat dipenuhi. - Berbicara secara perlahan membantu meningkatkan kejelasan artikulasi, koordinasi
--	--	--	--	--

				otot bicara, serta memudahkan lawan bicara memahami ucapan pasien. - Meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga mengenai penyebab gangguan bicara, pentingnya latihan komunikasi, serta mendukung keterlibatan keluarga dalam proses rehabilitasi.
4	Defisit perawatan diri (D.0109) berhubungan dengan Gangguan musculoskeletal ditandai dengan Menolak melakukan perawatan diri (Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri) Kondisi Klinis Terkait : Stroke	Perawatan Diri (L.11103) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : - Kemampuan mandi (meningkat) - Kemampuan mengenakan pakaian (meningkat) - Kemampuan makan (meningkat) - Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) (meningkat) - Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri	Dukungan perawatan diri (I.11348) Observasi - Identifikasi kebiasaan perawatan diri sesuai usia - Monitor tingkat kemandirian - Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik - Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi)	- Identifikasi kebiasaan perawatan diri membantu perawat memahami pola aktivitas harian pasien, sehingga intervensi yang diberikan dapat disesuaikan dengan kebutuhan, kemampuan, dan tahap perkembangan pasien. - Pemantauan tingkat kemandirian diperlukan untuk menilai kemampuan fungsional pasien dalam

		(meningkat) - Minat melakukan perawatan diri (meningkat) - Mempertahankan kebersihan diri (meningkat) - Mempertahankan kebersihan (meningkat) - mulut (meningkat)	- Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi) - Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri - Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan - Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri - Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi - Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	memenuhi kebutuhan perawatan diri serta mengevaluasi perkembangan kondisi selama proses perawatan - Identifikasi kebutuhan alat bantu membantu menentukan sarana yang diperlukan untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas perawatan diri secara aman, efektif, dan mandiri. - Lingkungan yang terapeutik dapat meningkatkan kenyamanan, rasa aman, dan motivasi pasien dalam melakukan aktivitas perawatan diri serta meminimalkan gangguan yang dapat menghambat pelaksanaan aktivitas tersebut - Ketersediaan perlengkapan pribadi memudahkan pasien dalam memenuhi
--	--	---	--	---

				kebutuhan perawatan diri sehingga dapat meningkatkan partisipasi dan kemandirian dalam aktivitas sehari-hari. - Pendampingan secara bertahap memberikan dukungan fisik dan psikologis kepada pasien, meningkatkan rasa percaya diri, serta membantu mengembangkan kemampuan perawatan diri secara optimal. - Penerimaan terhadap kondisi ketergantungan merupakan bagian penting dari proses adaptasi psikologis yang dapat mengurangi stres emosional dan meningkatkan kerja sama pasien dalam program perawatan. - Pemberian bantuan sesuai tingkat kemampuan pasien dapat mempertahankan fungsi yang masih dimiliki, mencegah
--	--	--	--	---

				ketergantungan yang berlebihan, serta mendorong peningkatan kemampuan perawatan diri secara bertahap. - Penjadwalan aktivitas perawatan diri secara teratur membantu membentuk kebiasaan yang konsisten, meningkatkan keteraturan aktivitas harian, dan memaksimalkan kemampuan fungsional pasien - Pelaksanaan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan dapat mempertahankan kebersihan dan kesehatan individu, meningkatkan rasa percaya diri, serta mendukung kemandirian pasien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari.
--	--	--	--	---

5	Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017) ditandai dengan Hipertensi Kondisi Klinis Terkait : Stroke	Perfusi serebral meningkat (L.02014) - Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam, maka perfusi serebral meningkat, dengan kriteria hasil : - Tingkat kesadaran (meningkat) - Sakit kepala (menurun) - Gelisah menurun - Tekanan arteri rata-rata (mean arterial pressure/MAP) - Tekanan intra kranial (membaik)	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194) Observasi - Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) - Monitor MAP (mean arterial pressure) (LIHAT: Kalkulator MAP) - Monitor CVP (central venous pressure) - Monitor PAWP, jika perlu - Monitor PAP, jika perlu - Monitor ICP (intra cranial pressure) - Monitor gelombang ICP - Monitor status pernapasan - Monitor intake dan output cairan - Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi)	- Menentukan faktor penyebab sehingga tindakan yang diberikan dapat lebih tepat sasaran. - Deteksi dini perburukan neurologis sehingga dapat segera dilakukan intervensi - MAP berpengaruh terhadap perfusi serebral dan membantu menilai kecukupan aliran darah ke otak. - Menilai status volume cairan dan keseimbangan hemodinamik yang dapat memengaruhi TIK. - Memberikan informasi mengenai fungsi jantung kiri dan status cairan pasien - Membantu menilai kondisi sirkulasi pulmonal dan hemodinamik pasien. - Mengetahui tingkat tekanan intrakranial secara langsung untuk
---	---	---	---	--

			Terapeutik - Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang - Berikan posisi semi fowler - Hindari manuver valsava - Cegah terjadinya kejang - Hindari penggunaan PEEP - Hindari pemberian cairan IV hipotonik - Atur ventilator agar PaCO₂ optimal - Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi - Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu - Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu - Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu	mengevaluasi perkembangan kondisi pasien. - Membantu mendeteksi perubahan kepatuhan intrakranial dan perburukan neurologis. - Hipoksia dan hiperkapnia dapat meningkatkan aliran darah serebral sehingga memperberat peningkatan TIK. - Menjaga keseimbangan cairan untuk mencegah edema serebral maupun hipovolemia - Perubahan warna atau konsistensi dapat mengindikasikan infeksi, perdarahan, atau gangguan neurologis lainnya - Mengurangi rangsangan yang dapat meningkatkan metabolisme otak dan TIK - Meningkatkan drainase vena serebral sehingga membantu menurunkan
--	--	--	--	---

				TIK - Manuver Valsava meningkatkan tekanan intratorakal dan menghambat aliran balik vena dari otak sehingga meningkatkan TIK - Kejang meningkatkan kebutuhan oksigen otak dan metabolisme serebral yang dapat memperburuk TIK - PEEP yang tinggi dapat meningkatkan tekanan intratorakal dan menghambat aliran balik vena serebral - Cairan hipotonik dapat berpindah ke jaringan otak dan memperberat edema serebra - Kadar PaCO₂ yang optimal membantu mempertahankan aliran darah serebral dan mencegah peningkatan TIK - Hipertermia meningkatkan metabolisme otak dan
--	--	--	--	---

				kebutuhan oksigen sehingga dapat meningkatkan TIK - Sedasi menurunkan kebutuhan metabolik otak, sedangkan antikonvulsan mencegah kejang yang dapat meningkatkan TIK - Diuretik osmosis membantu menarik cairan dari jaringan otak ke sirkulasi sehingga menurunkan edema serebral dan TIK - Mencegah mencejan saat defekasi yang dapat meningkatkan tekanan intratorakal dan TIK
--	--	--	--	---

6	Gangguan menelan (D.0063) berhubungan dengan Gangguan serebrovaskular ditandai dengan Mengeleuh sulit menelan (Batuk setelah makan atau minum) Kondis Klinis Terakait : Stroke	Status menelan (L.06052) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam, maka diharapkan status menelan membaik, dengan kriteria hasil : - Mempertahankan makanan di mulut (meningkat) - Reflek menelan (meningkat) - Kemampuan mengosongkan mulut (meningkat) - Frekuensi tersedak menurun - Batuk (menurun)	Pencegahan Aspirasi (I.01018) Observasi - Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah, dan kemampuan menelan - Monitor status pernapasan - Monitor bunyi napas, terutama setelah makan/minum - Periksa residu gaster sebelum memberi asupan oral - Periksa kepatenan selang nasogastric sebelum memberi asupan oral Terapeutik - Posisikan semi fowler (30 – 45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral - Pertahankan posisi semi fowler (30 – 45 derajat) pada pasien tidak sadar - Pertahankan kepatenan jalan napas (mis. Teknik head-tilt chin-lift, jaw thrust, in line) - Pertahankan pengembangan balon endotracheal tube (ETT) - Lakukan penghisapan jalan napas, jika produksi sekret meningkat - Sediakan suction di ruangan - Hindari memberi makan melalui selang gastrointestinal, jika residu	
---	---	--	---	--

			banyak - Berikan makanan dengan ukuran kecil dan lunak - Berikan obat oral dalam bentuk cair Edukasi - Ajarkan makan secara perlahan - Ajarkan strategi mencegah aspirasi - Ajarkan Teknik mengunyah atau menelan, jika perlu Kolaborasi - Kolaborasi pemberian bronkodilator, jika perlu	
--	--	--	--	--

7	Risiko jatuh (D.0143) ditandai dengan Kekuatan otot menurun. Kondisi klinis terkait : Penyakit sebrovaskuler.	Tingkat jatuh (L.14138) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam, maka diharapkan tingkat jaatuh menurun, dengan kriteria hasil : - Jatuh dari tempat tidur (menurun) - Jatuh saat berdiri (menurun) - Jatuh saat duduk (menurun) - Jatuh saat berjalan (menurun)	Pencegahan Jatuh (I.14540) Observasi - Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) - Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi - Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) - Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu - Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Terapeutik - Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga - Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci - Pasang handrail tempat tidur	- Menentukan faktor penyebab sehingga tindakan pencegahan dapat disesuaikan dengan kondisi pasien. - Memungkinkan deteksi dini perubahan kondisi pasien yang dapat meningkatkan risiko jatuh - Lingkungan yang aman dapat mengurangi kemungkinan terjadinya jatuh dan cedera - Memberikan penilaian objektif untuk menentukan tingkat risiko dan kebutuhan intervensi - Menilai tingkat kemandirian dan kemampuan mobilitas pasien dalam melakukan perpindahan secara aman - Membantu pasien mengenali lingkungan sehingga mengurangi risiko cedera akibat kebingungan atau disorientasi
---	---	---	--	---

			- Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah - Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station - Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker) - Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien - Edukasi - Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah - Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin - Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh - Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri - Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat	- Mencegah pergeseran alat yang dapat menyebabkan kehilangan keseimbangan dan jatun - Memberikan pegangan dan perlindungan tambahan untuk mencegah pasien terjatuh dari tempat tidur - Mengurangi risiko cedera apabila pasien turun atau terjatuh dari tempat tidur - Memudahkan observasi dan respons cepat apabila pasien membutuhkan bantuan - Meningkatkan stabilitas tubuh dan membantu mobilisasi yang lebih aman - Memudahkan pasien meminta bantuan sebelum melakukan aktivitas yang berisiko menyebabkan jatuh - Mengurangi risiko jatuh akibat melakukan mobilisasi tanpa
--	--	--	---	--

				bantuan yang memadai - Meningkatkan traksi dan stabilitas saat berjalan sehingga mengurangi risiko terpeleset - Membantu pasien mengontrol gerakan tubuh dan mengurangi kehilangan keseimbangan - Memperluas bidang tumpu tubuh sehingga meningkatkan stabilitas postural - Memastikan pasien dapat segera meminta bantuan ketika diperlukan sehingga mencegah upaya mobilisasi yang tidak aman
--	--	--	--	--

2.2.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahap pelaksanaan dari intervensi yang telah direncanakan sebelumnya dengan tujuan membantu pasien mencapai luaran yang diharapkan melalui pemenuhan kebutuhan kesehatan secara optimal. Pada tahap ini, perawat melaksanakan tindakan keperawatan secara sistematis sesuai prioritas masalah yang telah ditetapkan dalam rencana asuhan keperawatan, dengan mempertimbangkan urutan, waktu pelaksanaan, serta respons pasien terhadap intervensi yang diberikan (Potter et al., 2022).

Pada tahap implementasi, perawat melaksanakan intervensi keperawatan sesuai dengan rencana asuhan yang telah disusun berdasarkan prioritas kebutuhan pasien. Intervensi yang dilaksanakan mengacu pada standar tindakan keperawatan yang ditetapkan dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Selain melaksanakan tindakan keperawatan, perawat juga bertanggung jawab mendokumentasikan setiap intervensi dan respons pasien secara akurat sebagai bagian integral dari proses keperawatan untuk menjamin kontinuitas pelayanan dan pertanggungjawaban profesional (PPNI, 2021)

2.2.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap sistematis dalam proses keperawatan yang bertujuan menilai efektivitas intervensi melalui perbandingan antara respons serta luaran pasien dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara

berkesinambungan dengan melibatkan pasien, keluarga, dan tim kesehatan guna menentukan tingkat pencapaian tujuan asuhan keperawatan serta menjadi dasar dalam mempertahankan, memodifikasi, atau menghentikan intervensi yang telah diberikan

Jenis evaluasi yang digunakan adalah evaluasi formatif atau berjalan, yang disusun menggunakan format SOAP, yaitu:

a. Subjective:

Informasi berupa pernyataan atau keluhan dari pasien setelah mendapatkan tindakan. Pada pasien dengan cedera kepala sedang dan risiko perfusi serebral tidak efektif, diharapkan terjadi peningkatan tingkat kesadaran.

b. Objective:

Data yang dikumpulkan melalui observasi, penilaian, atau pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah intervensi.

c. Assessment:

Analisis atau interpretasi dari data subjektif dan objektif yang telah dikumpulkan.

d. Planning:

Rencana tindakan keperawatan selanjutnya, apakah akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambahkan dari rencana yang telah ada sebelumnya.

2.3 Konsep Strengthening Exercises

2.3.1 Pengertian Strengthening Exercises

Strengthening exercise merupakan suatu bentuk latihan terapeutik yang dirancang untuk meningkatkan kemampuan otot dalam menghasilkan gaya kontraksi terhadap suatu tahanan (*resistance*). Latihan ini bertujuan untuk meningkatkan kekuatan otot, daya tahan otot, serta kemampuan fungsional individu melalui pemberian beban secara terukur dan progresif. Menurut Kisner et al., (2018), strengthening exercise merupakan komponen penting dalam rehabilitasi fisik yang berfokus pada peningkatan performa neuromuskular melalui adaptasi fisiologis otot dan sistem saraf.

2.3.2 Tujuan strengthening exercises

Menurut (Kisner et al., 2018) Strengthening exercise merupakan latihan resistensi yang diberikan secara terencana, terukur, dan progresif untuk meningkatkan kemampuan otot dalam menghasilkan gaya kontraksi terhadap beban. Latihan ini bertujuan meningkatkan kekuatan otot (*muscle strength*) dan massa otot (*muscle mass*) melalui proses adaptasi neuromuskular yang meliputi peningkatan rekrutmen unit motorik, frekuensi impuls saraf, sinkronisasi aktivasi motor unit, serta hipertrofi serat otot. Adaptasi tersebut berkontribusi terhadap peningkatan performa neuromuskular, kapasitas fungsional, kontrol gerak, dan kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari.

Pada pasien stroke kronis, *strengthening exercise* menjadi salah satu komponen penting dalam program rehabilitasi karena mampu meningkatkan kemampuan menghasilkan gaya otot, memperbaiki fungsi motorik ekstremitas, mengurangi keterbatasan aktivitas akibat kelemahan otot, serta mendukung pemulihan mobilitas dan kemandirian fungsional (Choi et al., 2024)

2.3.3 Manfaat *Strengthening Exercises*

Strengthening exercise memberikan berbagai manfaat fisiologis dan fungsional pada pasien stroke. Berdasarkan hasil *systematic review dan meta-analysis* yang dilakukan oleh Noguchi et al., (2025), latihan kekuatan terbukti meningkatkan keseimbangan, kemampuan fungsional, mobilitas, kecepatan berjalan, serta kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan (health-related quality of life), sehingga berkontribusi terhadap optimalisasi proses rehabilitasi dan pemulihan pasien stroke

2.3.4 Indikasi Umum

Strengthening exercise dapat diberikan pada individu yang mengalami penurunan kekuatan otot maupun gangguan kemampuan fungsional.

Indikasi umum *strengthening exercise* meliputi:

1. Pasien stroke non hemoragik maupun hemoragik yang telah stabil secara medis.
2. Pasien dengan hemiparesis atau hemiplegia.
3. Pasien dengan kelemahan otot akibat imobilisasi berkepanjangan.
4. Pasien dengan gangguan keseimbangan dan stabilitas postural.

5. Pasien yang mengalami penurunan kemampuan mobilitas fisik.
6. Pasien dalam program rehabilitasi neurologis dan muskuloskeletal.
7. Lansia dengan penurunan kekuatan otot (*sarcopenia*)

2.3.5 Prinsip Latihan *Strengthening Exercises*

Pelaksanaan *strengthening exercise* harus didasarkan pada prinsip-prinsip *resistance exercise* agar tujuan terapi dapat dicapai secara optimal. Menurut Kisner, Colby, dan Borstad (2018), penerapan latihan penguatan otot mengacu pada prinsip, yaitu :

- a) spesifisitas (*specificity*)
- b) beban berlebih (*overload*)
- c) progresivitas (*progression*)
- d) individualisasi (*individualization*)
- e) reversibilitas (*reversibility*)

Dalam rehabilitasi neurologis, pelaksanaan *strengthening exercise* tidak hanya berorientasi pada peningkatan kekuatan otot, tetapi juga diarahkan untuk mengoptimalkan performa motorik melalui latihan yang spesifik terhadap aktivitas (*task-specific training*), berorientasi pada tujuan fungsional (*goal-oriented*), serta dilakukan secara aktif, intensif, dan berulang guna memfasilitasi proses *motor relearning* dan neuroplastisitas. Pendekatan ini bertujuan meningkatkan kemampuan fungsional pasien sehingga latihan yang diberikan memiliki relevansi langsung terhadap aktivitas sehari-hari (Carr & Shepherd, 2010)

2.3.6 Jenis-jenis Strengthening Exercises

Menurut Kisner et al., (2018) *resistance exercise (strengthening exercises)* diklasifikasikan berdasarkan jenis kontraksi otot menjadi :

A. Isometric Exercise

Latihan yang melibatkan kontraksi otot tanpa perubahan panjang otot dan tanpa pergerakan sendi.

Contoh: Quadriceps setting Gluteal setting

B. Isotonic Exercise

1. Concentric Exercise

Kontraksi otot yang menyebabkan pemendekan serabut otot.

Contoh: Mengangkat tungkai, Bicep curl

2. Eccentric Exercise

Kontraksi otot yang menyebabkan pemanjangan serabut otot saat menahan beban.

Contoh: Menurunkan tungkai secara perlahan, Duduk perlahan dari posisi berdiri

C. Isokinetic Exercise

Latihan dengan kecepatan gerakan konstan menggunakan alat khusus yang mengatur resistensi secara otomatis.

Pada penelitian oleh O'Sullivan, Schmitz, dan Fulk (2020), latihan penguatan otot (*strengthening exercise*) pada rehabilitasi neurologis

diterapkan melalui berbagai pendekatan latihan yang disesuaikan dengan kondisi dan kemampuan fungsional pasien. Pendekatan tersebut meliputi:

a. Progressive Resistance Exercise (PRE)

Progressive Resistance Exercise merupakan latihan penguatan otot dengan pemberian tahanan yang ditingkatkan secara bertahap (*progressive overload*) sesuai kemampuan pasien. Pendekatan ini bertujuan meningkatkan kekuatan otot, daya tahan otot, serta kemampuan fungsional selama proses rehabilitasi.

b. Core Stability Exercise

Core Stability Exercise merupakan latihan yang berfokus pada penguatan otot-otot inti tubuh (*core muscles*) untuk meningkatkan stabilitas trunk, kontrol postural, dan keseimbangan tubuh. Pada rehabilitasi stroke, latihan ini sering digunakan untuk memperbaiki kontrol batang tubuh sebelum melakukan aktivitas fungsional. Contoh: Bridging Exercise, Pelvic Tilt, Trunk Stabilization Exercise

Contoh : *Bridging Exercise, Pelvic Tilt, Trunk Stabilization Exercise*

c. Functional Strength Training Atau Bridging Exercise

Latihan Functional Strength Training merupakan pendekatan latihan yang mengintegrasikan latihan penguatan otot dengan aktivitas fungsional sehari-hari sehingga peningkatan kekuatan otot dapat diaplikasikan secara langsung pada kemampuan bergerak pasien. Penguatan yang dirancang menyerupai aktivitas fungsional sehari-hari.

Contoh: *Sit to Stand, Step Up Exercise, Stair Climbing*

d. Task-Oriented Training

Task-Oriented Training merupakan pendekatan rehabilitasi yang mengombinasikan latihan penguatan otot dengan latihan berbasis tugas (*task-specific practice*) untuk meningkatkan kontrol motorik, koordinasi, dan kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri.

Contoh : *Reach and Grasp Training, Object Transfer Training*

2.3.7 Prosedur Tindakan Pelaksanaan Bridging Exercise Sebagai

Bentuk Core Strengthening Exercise

A. Pengertian

Strengthening Exercise merupakan salah satu intervensi rehabilitasi nonfarmakologis yang bertujuan meningkatkan kekuatan otot dan kemampuan fungsional pasien stroke. Salah satu bentuk latihan yang termasuk dalam kelompok *Core Strengthening Exercise* adalah *Bridging Exercise* (Choi et al., 2024). Berdasarkan hasil sintesis *Evidence Based Practice*, *Bridging Exercise* dipilih sebagai implementasi intervensi karena memiliki prosedur yang sederhana, aman, mudah diaplikasikan, serta terbukti efektif meningkatkan kekuatan otot dan kemampuan mobilisasi pasien stroke non hemoragik

Standar Operasional Prosedur (SOP) *Strengthening exercise* disusun berdasarkan kerangka penyusunan SOP sesuai pedoman Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), yang dikembangkan melalui sintesis teori,

standar prosedur operasional rumah sakit, serta hasil *evidence-based practice* (EBP) terkait efektivitas *bridging exercise* pada pasien stroke infark. Penyusunan SOP tersebut mengacu pada prinsip rehabilitasi neurologis, keselamatan pasien (*patient safety*), dan dosis latihan yang telah terbukti efektif dalam meningkatkan kekuatan otot, stabilitas postural, serta kemampuan mobilisasi pasien.

B. Tujuan

1) Tujuan Umum

Meningkatkan kekuatan otot dan kemampuan mobilisasi pasien stroke non hemoragik.

2) Tujuan Khusus

- a) Meningkatkan kekuatan otot trunk dan ekstremitas bawah.
- b) Meningkatkan stabilitas pelvis dan trunk.
- c) Memperbaiki keseimbangan postural.
- d) Meningkatkan kemampuan berpindah posisi.
- e) Mendukung proses neuroplastisitas dan pemulihan fungsi motorik.
- f) Meningkatkan kemandirian aktivitas sehari-hari (ADL).

C. Indikasi

- 1) Stroke non hemoragik dengan hemiparesis.
- 2) Penurunan kekuatan otot.
- 3) Gangguan mobilitas fisik.
- 4) Pasien mampu mengikuti instruksi sederhana.

- 5) Tanda vital stabil.
- 6) Tidak terdapat kontraindikasi mobilisasi.

D. Kontraindikasi

- 1) Penurunan kesadaran berat.
- 2) Ketidakstabilan hemodinamik.
- 3) Nyeri hebat pada panggul, pinggang, atau tungkai.
- 4) Fraktur pelvis atau femur.
- 5) Cedera tulang belakang yang belum stabil.
- 6) Kontraindikasi medis terhadap latihan aktif.

E. Persiapan Alat

- 1) Tempat tidur datar.
- 2) Bantal (bila diperlukan).
- 3) Lembar observasi (asuhan keperawatan).
- 4) Jam/stopwatch.

F. Persiapan Pasien

- 1) Identifikasi pasien.
- 2) Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan.
- 3) Berikan kesempatan bertanya.
- 4) Pastikan pasien bersedia.
- 5) Ukur tekanan darah, nadi, respirasi, dan SpO₂.
- 6) Pastikan pasien nyaman.

G. Prosedur Pelaksanaan

Prosedur pelaksanaan *bridging exercise* disusun secara sistematis

mulai dari tahap persiapan hingga evaluasi untuk menjamin keamanan pasien serta mengoptimalkan aktivasi otot dan pemulihan fungsi motorik

Tahap Pra-Tindakan

- 1) Cuci tangan.
- 2) Gunakan APD sesuai kebutuhan.
- 3) Atur privasi pasien.
- 4) Atur posisi tidur datar.

Tahap Pelaksanaan

- 1) Posisikan pasien terlentang (*supine*).
- 2) Fleksikan kedua lutut sekitar 60–90°.
- 3) Kedua telapak kaki menapak tempat tidur selebar bahu.
- 4) Kedua lengan berada di samping tubuh.
- 5) Instruksikan pasien mengencangkan otot perut dan bokong.
- 6) Angkat pelvis secara perlahan hingga bahu–panggul–lutut membentuk garis lurus.
- 7) Pertahankan posisi selama 8 detik.
- 8) Turunkan pelvis secara perlahan.
- 9) Istirahat 5–10 detik.
- 10) Ulangi hingga 8 repetisi.
- 11) Observasi adanya nyeri, sesak, pusing, kelelahan, atau perubahan tanda vital.
- 12) Hentikan latihan bila pasien tidak toleran.

H. Dosis Latihan (berdasarkan EBP)

Dosis *bridging exercise* pada SOP ini ditetapkan berdasarkan hasil sintesis hasil EBP yang mempertimbangkan efektivitas, keamanan, dan kondisi klinis pasien stroke non hemoragik. Parameter latihan meliputi frekuensi, repetisi, durasi kontraksi, waktu istirahat, dan lama intervensi yang mengacu pada penelitian dengan hasil terbaik.

- 1) Frekuensi: 2 kali sehari
- 2) Set: 1 set
- 3) Repetisi: 8 kali
- 4) Tahan: 8 detik
- 5) Istirahat: 5–10 detik
- 6) Durasi implementasi EBP: 3 hari berturut-turut

Tabel 2. 3 jenis latihan strengthening exercises

Jenis Strengthening Exercise	Prinsip Latihan	Contoh Latihan	Kesesuaian dengan Stroke
<i>Isometric Exercise</i>	Kontraksi otot tanpa perubahan panjang otot atau gerakan sendi yang bermakna	<i>Bridging Exercise</i> (fase menahan), <i>Gluteal Set</i> , <i>Quadriiceps Set</i>	Sangat sesuai pada fase awal rehabilitasi untuk meningkatkan kekuatan otot dan stabilitas
<i>Isotonic Exercise</i>	Kontraksi otot disertai gerakan sendi	<i>Straight Leg Raise</i> , <i>Heel Raise</i> , <i>Mini Squat</i>	Digunakan ketika pasien sudah memiliki kontrol gerak yang lebih baik
<i>Progressive Resistance Exercise (PRE)</i>	Latihan menggunakan tahanan yang ditingkatkan secara bertahap	<i>Theraband</i> , <i>Dumbbell</i> , <i>Ankle Weight</i>	Sesuai pada fase lanjut rehabilitasi untuk meningkatkan kekuatan otot
<i>Functional Strengthening Exercise</i>	Latihan kekuatan yang dikombinasikan dengan aktivitas fungsional	<i>Sit to Stand</i> , <i>Step Up</i> , <i>Walking Training</i>	Meningkatkan kemampuan aktivitas sehari-hari (ADL) dan mobilitas

Tabel 2. 4 Evidence Based Practice (EBP)

No	Peneliti (Tahun)	Desain Penelitian	Sampel	Intervensi	Hasil Utama
1	Kim, Choi, & Lim (2024) https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11532395/	<i>Systematic Review And Meta-Analysis</i>	10 RCT, 378 pasien stroke	<i>Muscle Strength Exercise</i> berupa latihan resistif ekstremitas atas dan bawah dengan intensitas sedang–tinggi, frekuensi 2–5 kali/minggu, durasi 20–60 menit/sesi, selama 6–12 minggu sesuai protokol penelitian yang dianalisis.	Hasil <i>meta-analysis</i> menunjukkan bahwa <i>Muscle Strength Exercise</i> secara signifikan meningkatkan kekuatan otot dan massa otot pada pasien stroke dibandingkan kelompok kontrol. Peningkatan tersebut berdampak terhadap perbaikan fungsi motorik, kemampuan mobilisasi, dan aktivitas fungsional, sehingga latihan penguatan otot direkomendasikan sebagai intervensi rehabilitasi yang efektif pada pasien stroke.
2	Noguchi et al. (2025) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39406459/	<i>Systematic Review And Meta-Analysis</i>	42 RCT	<i>Strength Training</i> menggunakan prinsip progressive overload, intensitas sekitar 50–80% 1RM, frekuensi 2–3 kali/minggu, durasi 30–60 menit/sesi, selama 4–24 minggu sesuai variasi protokol penelitian.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa <i>Strength Training</i> memberikan peningkatan bermakna terhadap kekuatan otot, kemampuan berjalan, keseimbangan, mobilitas, dan kapasitas aktivitas fungsional pasien stroke. Program latihan yang dilakukan secara progresif dan terstruktur memberikan hasil rehabilitasi yang lebih optimal dibandingkan terapi konvensional.
3	Morris, Dodd, & Morris (2004) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14763717/	<i>Systematic Review</i>	12 pasien stroke	<i>Progressive Resistance Training (PRT)</i> dengan latihan resistif menggunakan beban yang ditingkatkan secara bertahap (progressive overload), frekuensi 2–3 kali/minggu, selama 6–12 minggu sesuai protokol masing penelitian.	Hasil systematic review menunjukkan bahwa <i>Progressive Resistance Training</i> efektif meningkatkan kekuatan otot ekstremitas atas maupun bawah tanpa meningkatkan spastisitas. Peningkatan kekuatan otot juga berkontribusi terhadap perbaikan kemampuan melakukan transfer, mempertahankan keseimbangan, serta meningkatkan kemampuan aktivitas fungsional pasien stroke

4	Haryanti et al. (2024) https://journal.ummy.ac.id/index.php/ijn/article/view/21141	<i>Systematic Literature Review</i>	15 jurnal	Kajian terhadap berbagai model <i>Strengthening Exercise</i> , meliputi <i>Resistance Exercise</i> , <i>Strength Training</i> , <i>Progressive Resistance Exercise</i> , <i>Functional Strength Training</i> , dengan frekuensi latihan 2–5 kali/minggu dan durasi 20–60 menit/sesi sesuai artikel yang direview.	Hasil kajian menunjukkan bahwa berbagai bentuk <i>Strengthening Exercise</i> secara konsisten meningkatkan kekuatan otot, keseimbangan, kontrol postural, koordinasi gerak, dan kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari pada pasien stroke. Latihan penguatan otot juga mempercepat proses rehabilitasi dan meningkatkan tingkat kemandirian pas
5	Wowiling, Sengkey, & Lolombulan (2016) https://ejournal.unsrat.ac.id/v2/index.php/biomedik/article/view/12334	<i>Quasi Experimental</i>	30 pasien stroke	<i>Core Strengthening Exercise</i> sebanyak 3 kali/minggu, durasi 30–45 menit/sesi, selama 4 minggu, dengan latihan yang berfokus pada aktivasi otot-otot inti (<i>core muscles</i>)	Pemberian <i>Core Strengthening Exercise</i> terbukti meningkatkan stabilitas trunk, keseimbangan, dan kontrol postural pasien pasca stroke. Perbaikan stabilitas tubuh tersebut berdampak terhadap peningkatan kemampuan mobilisasi, koordinasi gerak, serta fungsi motorik selama proses rehabilitas
6	Larasati & Ismoyowati (2024) https://jurnal.stikesbetahesda.ac.id/index.php/article/view/589	<i>Case Study (EBP)</i>	1 pasien stroke	<i>Bridging Exercise</i> sebanyak 8 repetisi, mempertahankan posisi selama 8 detik setiap gerakan, dilakukan 2 kali/hari selama 3 hari berturut-turut.	Implementasi <i>Bridging Exercise</i> menunjukkan peningkatan kekuatan otot berdasarkan hasil Manual Muscle Testing (MMT) disertai perbaikan kemampuan mobilisasi pasien stroke non hemoragik. Hasil tersebut menunjukkan bahwa <i>Bridging Exercise</i> efektif sebagai salah satu bentuk <i>Core Strengthening Exercise</i> yang mudah diterapkan dalam praktik rehabilitasi keperawatan.

2.3.8 Analisis Jurnal

Berdasarkan hasil sintesis 6 penelitian, diperoleh bukti bahwa *Strengthening Exercise* merupakan salah satu intervensi rehabilitasi nonfarmakologis yang efektif dalam meningkatkan fungsi motorik pada pasien stroke. Secara umum, seluruh penelitian menunjukkan bahwa latihan penguatan otot yang dilakukan secara terstruktur, bertahap, dan berkesinambungan mampu meningkatkan kekuatan otot, keseimbangan, kontrol postural, mobilitas, serta kemampuan melakukan aktivitas fungsional. Perbaikan tersebut terjadi melalui peningkatan aktivasi neuromuskular, adaptasi sistem muskuloskeletal, dan stimulasi neuroplastisitas yang mendukung proses pemulihan fungsi motorik pada pasien stroke.

Temuan tersebut didukung oleh penelitian Kim, Choi, dan Lim (2024) melalui *systematic review* dan *meta-analysis* yang melaporkan bahwa *Muscle Strength Exercise* secara signifikan meningkatkan kekuatan dan massa otot sehingga berdampak terhadap perbaikan fungsi motorik serta kemampuan melakukan aktivitas fungsional pada pasien stroke. Hasil tersebut diperkuat oleh Noguchi et al. (2025) yang menunjukkan bahwa *Strength Training* dengan menerapkan prinsip *progressive overload* mampu meningkatkan kekuatan otot, keseimbangan, kemampuan berjalan, mobilitas, dan aktivitas fungsional secara lebih optimal dibandingkan terapi konvensional. Temuan kedua penelitian tersebut menunjukkan bahwa pemberian latihan penguatan secara progresif memberikan stimulus yang

memadai terhadap sistem neuromuskular sehingga mempercepat proses rehabilitasi pasien stroke.

Sejalan dengan penelitian tersebut, Morris, Dodd, dan Morris (2004) menyatakan bahwa *Progressive Resistance Training* (PRT) sebagai salah satu bentuk *Strengthening Exercise* efektif meningkatkan kekuatan otot ekstremitas tanpa meningkatkan spastisitas. Peningkatan kekuatan otot tersebut berkontribusi terhadap kemampuan mempertahankan keseimbangan, melakukan perpindahan posisi (*transfer*), serta meningkatkan kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Hasil tersebut memperkuat bahwa penerapan latihan penguatan dengan prinsip *progressive overload* berperan penting dalam meningkatkan kapasitas fungsional pasien stroke apabila diberikan secara bertahap sesuai kemampuan pasien.

Selain itu, Haryanti *et al.* (2024) melaporkan bahwa berbagai bentuk *Strengthening Exercise*, seperti *Resistance Exercise*, *Strength Training*, *Progressive Resistance Exercise*, dan *Functional Strength Training*, secara konsisten memberikan manfaat terhadap peningkatan kekuatan otot, kontrol postural, koordinasi gerak, keseimbangan, serta kemandirian pasien dalam melakukan *Activities of Daily Living* (ADL). Temuan tersebut didukung oleh Wowiling, Sengkey, dan Lolombulan (2016) yang menunjukkan bahwa *Core Strengthening Exercise* efektif meningkatkan stabilitas trunk dan kontrol postural sehingga menunjang kemampuan mobilisasi pasien pascastroke.

Keseluruhan hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa *Strengthening Exercise* bukan merupakan satu jenis latihan tunggal, melainkan suatu kelompok latihan terapeutik yang terdiri atas berbagai bentuk latihan dengan tujuan yang sama, yaitu meningkatkan fungsi neuromuskular dan kemampuan fungsional pasien stroke.

Meskipun demikian, penerapan *Strengthening Exercise* dalam praktik klinis tidak dilakukan dengan memberikan seluruh jenis latihan kepada setiap pasien. Pemilihan bentuk latihan harus disesuaikan dengan kondisi klinis, tingkat kelemahan otot, kemampuan fungsional, stabilitas hemodinamik, serta toleransi aktivitas pasien. Prinsip tersebut sejalan dengan konsep rehabilitasi stroke yang menekankan pemberian latihan secara individual (*individualized exercise prescription*), sehingga intensitas maupun jenis latihan disesuaikan dengan kapasitas fisiologis pasien untuk mencegah kelelahan berlebihan sekaligus mengoptimalkan proses pemulihan fungsi motorik.

Sebagai bentuk implementasi klinis, Larasati dan Ismoyowati (2024) menerapkan *Bridging Exercise* sebanyak delapan repetisi dengan durasi delapan detik pada setiap gerakan, dilakukan dua kali sehari selama tiga hari berturut-turut. Hasil penelitian menunjukkan adanya peningkatan kekuatan

otot berdasarkan *Manual Muscle Testing* (MMT) yang disertai perbaikan kemampuan mobilisasi pada pasien stroke non-hemoragik. Temuan tersebut menunjukkan bahwa *Bridging Exercise* sebagai salah satu bentuk *Core Strengthening Exercise* mampu memberikan stimulus terhadap aktivasi otot trunk, gluteus, hamstring, dan otot stabilisator pelvis yang berperan penting dalam mempertahankan stabilitas postural, meningkatkan kemampuan *transfer*, serta mendukung pemulihan mobilitas pasien.

Berdasarkan keseluruhan evidence yang telah dianalisis, penulis memilih *Bridging Exercise* sebagai implementasi *Evidence Based Practice* (EBP) pada kasus ini. Pemilihan tersebut bukan karena seluruh bentuk *Strengthening Exercise* diterapkan, melainkan berdasarkan pertimbangan ilmiah bahwa *Bridging Exercise* merupakan latihan yang paling sesuai dengan kondisi klinis pasien, kemampuan fungsional, dan prinsip toleransi aktivitas. Selain memiliki prosedur yang sederhana dan aman untuk diterapkan dalam praktik keperawatan, latihan ini memberikan beban yang masih dapat ditoleransi oleh pasien stroke non-hemoragik sehingga memungkinkan pemberian latihan secara bertahap tanpa menimbulkan kelelahan berlebihan maupun gangguan hemodinamik. Dengan demikian, *Bridging Exercise* dipandang sebagai bentuk *Strengthening Exercise* yang relevan untuk mendukung peningkatan kekuatan otot, stabilitas postural, kemampuan mobilisasi, serta pemulihan fungsi motorik pasien stroke secara bertahap dan berkesinambungan.

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHSAN

3.1 Tinjauan Kasus

3.1.1 Pengkajian

1. Identitas Klien

Nama	: Ny. I
Tanggal Lahir	: 07-02-1972
Umur	: 55 Tahun
Pendidikan	: SD
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Suku Bangsa	: Sunda
Alamat	: Kp. Ciloa
Diagnosa Medis	: Stroke Infark H

2. Identitas penanggung jawab

Nama	: Ny. K
Tanggal Lahir	: 35 Tahun
Umur	: 35 Tahun
Pendidikan	: SMA
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Suku Bangsa	: Sunda

Pekerjaan : IRT
Alamat : Kp. Ciloa
Hubungan dengan Klien : Anak

3. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Pasien mengeluh lemas pada ekstremitas kiri atas dan kiri bawah

b. Alasan Masuk Rumah Sakit

Klien masuk RS pada tanggal 01 April 2026 jam 23.00 WIB, melalui IGD di RSUD Welas Asih, keluarga pasien mengatakan 3 hari yang lalu mengalami kelemahan anggota badan sebelah kanan, dan terasa pusing. Setelah itu langsung di rujuk dari puskesmas untuk rawat inap di RSUD Welas Asih Bandung Provinsi Jawa Barat

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 02 April 2025 jam 11.00 WIB, pasien mengeluh lemas pada ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan, keluhan dirasakan sejak 3 hari yang lalu. Pasien mengatakan lengan dan kakinya terasa berat saat ingin digerakan. terkadang terasa pusing.

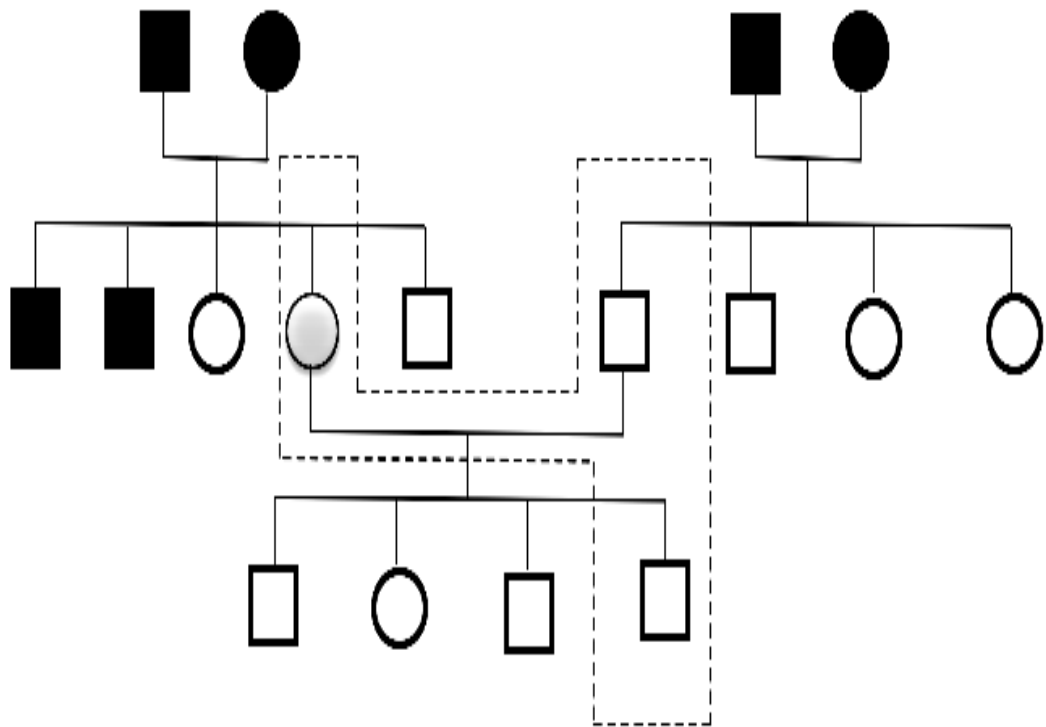
d. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan sudah menderita hipertensi sejak 5 tahun. Terakhir bulan februari di periksa di klinik dengan TD: 160/100 MmHg.

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

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

f. Genogram



Keterangan :

- | | |
|---|----------------------------------|
|  | : Laki-laki yang sudah meninggal |
|  | : Perempuan yang sudah meninggal |
|  | : Laki-laki |
|  | : Perempuan |
|  | : Pasien |
|  | : Garis keturunan/perkawinan |
|  | : Tinggal serumah |

4. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum : Baik

Tingkat kesadaran	: Compos Mentis
GCS	: E : 4 M: 5 V: 6 = 15
TTV	: 150/100 MmHg
Suhu	: 36,5°C
Nadi	: 80x/Menit
RR	: 20x/Menit
SPO2	: 98 %
BB saat ini	: 55 Kg
TB saat ini	: 150 cm

g. Pemeriksaan fisik per sistem

1) Sistem pernapasan

Hidung tampak simetris, tidak ada lesi, lubang hidung bersih, tidak terdapat kotoran dan lesi, tidak ada sianosis, tidak terdapat pebekakan sinusitis, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, pergerakan dinding dada simetris, tidak ada retraksi dada, tidak ada nyeri tekan, tidak ada edema, perkusi paru suara sonor di kedua lapang paru, suara nafas vesikuler, tidak ada penggunaan alat bantu napas.

2) Sistem kardiovaskuler

Bentuk dada simetris, tidak ada peningkatan vena jugularis, tidak terdapat nyeri tekan, nadi teraba kuat, irama jantung teratur, CRT

<3 detik, suara perkusi jantung terdengar *dullnes*, bunyi jantung S1 dan S2 terdengar reguler.

3) Sistem Gastrointestinal

Mukosa bibir tampak lembab, bentuk bibir tidak simetris (agak moncong ke sebelah kiri), bising usus 12 x/menit, tidak terdapat lesi, posisi lidah di tengah, lidah berwarna merah muda, tidak ada pembengkakan, abdomen datar, tidak terdapat asites dan tidak ada pembesaran hepar, tidak terdapat nyeri tekan pada daerah abdomen, suara abdomen terdengar timpani.

4) Sistem persyarafan

1. Nervus I (Olfaktorius)

Kemampuan hidung baik, klien dapat membedakan bau minyak kayu putih dan kopi yang diberikan.

2. Nervus II (Optikus)

Ketajam klien baik, lapang pandang mata kanan dan kiri klien baik, klien dapat melihat tulisan jarak 1 meter.

3. Nervus (Okulomotorius), nervus IV (Trochlearis), nervus VI (Abdusen) Pupil kanan dan kiri respon terhadap rangsangan cahaya, kedua pupil isokor dibuktikan dengan saat di berikan rangsangan cahaya pupil miosis dengan diameter 3 mm, pergerakan bola mata klien normal.

4. Nervus V (Trigemius)

Klien dapat merasakan kapas yang disentuhkan pada dahi, pipi,

dan dagu ditandai dengan klien mengaguk pada saat ditanyakan merasakan sentuhan kapas atau tidak, klien memberikan refleks kedipan secara spontan saat di goreskan ujung kapas pada sklera, klien bisa mengunyah dan menelan makanan lunak dengan baik.

5. Nervus VII (Fasialis)

Klien mampu mengerutkan dahi, mengangkat kedua alis, menutup kedua mata secara sempurna, mengembungkan kedua pipi, serta mengatupkan bibir dengan baik. Saat diminta tersenyum atau menyeringai, tampak kelemahan otot wajah bagian bawah kanan yang ditandai sudut mulut kanan tidak terangkat optimal sehingga sudut mulut tertarik ke arah kiri. Pada posisi istirahat tampak pendataran lipatan nasolabial kanan. Fungsi pengecapan terhadap rasa manis dan asin masih baik. Artikulasi bicara jelas dan tidak ditemukan disartria.

6. Nervus VIII (Vestibulokoklearis)

Fungsi pendengaran pada telinga kanan dan kiri baik. Klien mampu mendengar suara gesekan jari dan detikan arloji pada kedua telinga dari jarak ± 30 cm serta memberikan respons yang tepat terhadap rangsangan suara. Tidak ditemukan tanda gangguan fungsi koklear maupun vestibular. Keseimbangan saat berdiri dan berjalan mengalami penurunan sebagai akibat hemiparesis dekstra yang memengaruhi kontrol postural dan

mobilitas, bukan disebabkan oleh gangguan nervus vestibulokoklearis.

7. Nervus XI (Glossofaringeus) dan nervus X (Vagus)

Refleks menelan dalam batas normal, ditandai dengan kemampuan menelan tanpa batuk atau tersedak. Refleks muntah (gag reflex) masih baik. Klien mampu merasakan sensasi rasa pahit pada sepertiga posterior lidah. Fonasi baik, suara terdengar jelas, dan tidak ditemukan serak maupun deviasi uvula.

8. Nervus XI (Aksesorius)

Klien mampu menggerakkan kepala dengan fleksi, ekstensi, serta rotasi ke kanan dan kiri. Klien mampu mengangkat kedua bahu, namun kekuatan bahu kanan tampak sedikit menurun sejalan dengan kelemahan ekstremitas kanan akibat hemiparesis.

9. Nervus XII (Hipoglosus)

Klien mampu menjulurkan lidah, namun tampak deviasi lidah ke arah kanan yang mengindikasikan adanya kelemahan otot lidah sisi kanan. Rentang gerak lidah masih baik meskipun tidak simetris, serta tidak ditemukan atrofi maupun fasikulasi.

5) Sistem perkemihan

Saat dipalpasi tidak ada nyeri tekanan, tidak terdapat distensi pada vesika urinaria, keadaan kandung kemih baik.

6) Sistem integumen

Turgor kulit baik, warna kulit sawo matang, keadaan kulit baik,

pemasangan infus tidak ada hematoma, rambut tampak bersih berwarna hitam keputihan, keadaan kuku tampak bersih, tidak ada tanda-tanda radang, tidak ada oedema, tidak terdapat luka dekubitus pada kulit.

7) Sistem muskuloskeletal

Pada Pemeriksaan Ditemukan penurunan kekuatan otot pada ekstremitas kanan yang menunjukkan adanya hemiparesis dekstra sebagai manifestasi defisit neurologis akibat stroke infark. Kondisi tersebut menyebabkan gangguan fungsi neuromuskular yang berdampak pada keterbatasan gerak, penurunan keseimbangan dan koordinasi, serta menurunkan kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi dan aktivitas sehari-hari (Activity of Daily Living/ADL). Defisit motorik yang dialami juga meningkatkan risiko terjadinya komplikasi akibat imobilisasi, seperti kontraktur, atrofi otot, dekubitus, dan risiko jatuh

Ekstremitas	Kiri	Kanan
Atas	5	1
Bawah	5	2

8) sistem penginderaan

penglihatan : Mata simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera putih, refleks pupil baik, pupil isokor dengan diameter 2-3 mm, ketajaman penglihatan baik, pergerakan bola mata baik, tidak ada

pembengkakan dan nyeri tekan pada sekitar mata.

Penciuman : Hidung simetris, tidak ada lesi, lubang hidung bersih, tidak terdapat kotoran dan lesi, tidak terdapat pembengkakan sinusitis, tidak terdapat nyeri tekan, dan penciuman baik..

Pendengaran : Telinga simetris kanan dan kiri, tidak terdapat lesi, tidak ada pembesaran tulang mastoid, fungsi pendengaran klien mampu mendengar setiap perkataan pengkajian, dan tidak ada nyeri tekan, tidak ada abnormalitas

9) sistem endokrin

leher tampak simetris, tidak terdapat lesi maupun pembengkakan. Tidak ditemukan nyeri tekan pada area leher. Kelenjar tiroid dan paratiroid tidak tampak maupun teraba membesar. Kelenjar getah bening servikal tidak teraba adanya pembesaran.pembesaran.

10) sistem reproduksi

Pemeriksaan sistem reproduksi menunjukkan genitalia eksterna tampak dalam batas normal. Tidak ditemukan kelainan anatomis, pembengkakan pada skrotum, edema, maupun lesi. Meatus uretra tampak bersih tanpa tanda iritasi, kemerahan, atau sekret abnormal uretra

5. Aktivitas sehari-hari (activity living)

a. Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari

Tabel 3. 1 IMT

Status	kategori	Batas Ambang
Kurus	Kekurangan BB tingkat berat	<17,00
	Kekurangan BB tingkat ringan	17,00 s.d 18,50
Normal	Ideal	>18,50 s.d 25,00
kegemukan	Kelebihan BB tingkat ringan (overweight)	>25,00 s.d 27,00
	Kelebihan BB tingkat berat (obesitas)	>27,00

Tabel 3. 2 kebutuhan kalori

Keb. EMB (AMB)	1 Kal X BB Klien X 24 Jam
= A kalori AMB + Aktivitas Fisik	AMB (Tabel) X A
kalori	= B kalori Jadi kebutuhan
Kalori Perhari adalah	B kalori

Tabel 3. 3 Aktivitas Metabolisme Basal (AMB)

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

Hasil hitungan kalori klien :

a. Kebutuhan energi basal (Basal Energy Requirement) :

$$1 \text{ kkal} \times \text{BB} \times 24 = 1 \text{ kkal} \times 55 \times 24 = 1.320 \text{ kkal/hari}$$

b. Kebutuhan energi total (Total Energy Requirement)

$$\text{TER} = \text{BER} \times \text{AMB (sangat ringan)} = 1.320 \times 1.30 = 1.716 \text{ kkal/hari}$$

Kebutuhan cairan dewasa

Rumus kebutuhan cairan

BB 10 Kg pertama =

1 ltr/hari cairan BB 10

Kg kedua = 0,5 ltr/hari

cairan BB > 10 Kg = 20

ml x sisa BB

Hasil hitungan kebutuhan cairan BB = 55

BB 10 Kg pertama = 1 ltr/hari cairan = 1000 ml

BB 10 Kg kedua = 0,5 ltr/hari cairan = 500 ml

BB sisa = 20 ml x 35 = 700 ml

Kebutuhan sisa cairan klien : 1000 + 500 + 700 = 2.200 ltr/hari

Indeks Masa Tubh (IMT) klien

$IMT = BB : TB = 55kg : 150m^2 = 55 : 2,25 = 24,44$

18,5–25,0 = Normal

Berdasarkan kondisi klinis klien yang mengalami stroke infark disertai hemiparesis dekstra sehingga aktivitas fisik sehari-hari menjadi sangat terbatas, digunakan faktor aktivitas **1,30** (aktivitas sangat ringan) dalam perhitungan kebutuhan energi. Pemilihan faktor tersebut sesuai dengan klasifikasi faktor aktivitas menurut Almsier yang menyatakan bahwa individu dengan aktivitas fisik minimal atau sebagian besar waktunya digunakan untuk istirahat memerlukan faktor aktivitas **1,30**. Penggunaan faktor aktivitas ini bertujuan agar estimasi kebutuhan energi lebih sesuai dengan kondisi fisiologis dan kemampuan fungsional klien selama menjalani

perawatan

Berdasarkan hasil perhitungan menggunakan metode *Holliday-Segar* **100–50–20**, kebutuhan cairan harian klien adalah 2.200 mL/hari (2,2 liter/hari). Kebutuhan cairan tersebut perlu dipenuhi secara adekuat untuk mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit, menjaga volume sirkulasi darah, mendukung perfusi jaringan dan metabolisme sel, serta mempertahankan fungsi fisiologis tubuh. Pada pasien stroke infark, pemenuhan kebutuhan cairan yang optimal juga berperan dalam mencegah dehidrasi yang dapat meningkatkan viskositas darah, sehingga membantu mendukung proses penyembuhan dan rehabilitasi.

Menurut Rahmawati, (2020) dalam penelitian buku yang dituliskan kebutuhan energi total diperoleh dari hasil perkalian Angka Metabolisme Basal (AMB) dengan faktor aktivitas sesuai tingkat aktivitas fisik individu. Pada perempuan dengan kategori aktivitas sangat ringan digunakan faktor aktivitas **1,30**, yang menggambarkan individu dengan aktivitas fisik minimal atau sebagian besar waktunya digunakan untuk duduk, berdiri, maupun beristirahat. Berdasarkan kondisi klinis, pasien mengalami stroke infark disertai hemiparesis dekstra yang menyebabkan keterbatasan mobilitas dan penurunan kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari. Oleh karena itu, penggunaan faktor aktivitas 1,30 dinilai sesuai sehingga diperoleh kebutuhan energi total sebesar 1.716 kkal/hari. Pemenuhan

kebutuhan energi tersebut diperlukan untuk mempertahankan status metabolisme, mencegah kehilangan massa otot, serta mendukung proses penyembuhan dan rehabilitasi pasien menggunakan intervensi strengtehning exercises

Hasil perhitungan Indeks Massa Tubuh (IMT) menunjukkan nilai sebesar 24,4 kg/m², yang diperoleh dari berat badan 55 kg dan tinggi badan 150 cm. Berdasarkan klasifikasi Indeks Massa Tubuh menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, nilai tersebut termasuk dalam kategori normal (18,5–25,0 kg/m²). Kondisi ini mengindikasikan bahwa status gizi pasien berada dalam batas normal, sehingga secara antropometri tidak ditemukan indikasi kekurangan maupun kelebihan berat badan yang dapat memengaruhi kondisi kesehatan secara signifikan. Status gizi yang normal merupakan faktor pendukung dalam mempertahankan fungsi fisiologis tubuh serta berpotensi menunjang proses pemulihan dan rehabilitasi pada pasien, termasuk pasien stroke.

Tabel 3. 4 Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari

No	ADL	Sehat	Sakit
1.	Pola Makan - Kebutuhan kalori - Jenis - Porsi - Frekuensi - Diet khusus - Makanan disukai - Kesulitan menelan - Usaha mengatasi masalah	1.320 Nasi putih, lauk pauk 1 porsi 3x/hari Tidak ada Sayuran Baik Tidak ada	1.716 Bubur, ayam ½ porsi 3x/hari Tidak ada Tidak ada Kurang Tidak ada keluhan

2.	Pola Minum - Jenis Minuman - Frekuensi - Jumlah - Kebutuhan cairan - Pantangan - Minuman yang disukai - Usaha mengatasi masalah	Air putih, the, susu ± 7 kali/hari 250 ml/gelas 2.200 ltr/hari Tidak ada Susu Tidak ada keluhan	Air putih ± 7 kali/hari 250 ml/gelas 2.200 ltr/hari Tidak ada Tidak ada Tidak ada keluhan
3.	ELIMINASI BAB - Frekuensi - Warna - Jumlah output - Keluhan BAK - Frekuensi - Konsistensi - Warna - Kesulitan	1x/hari Kuning kecoklatan Tidak ada Tidak ada keluhan $\pm 4-5$ kali/hari Klien tidak tahu Kuning pekat Tidak ada	Belum BAB Belum BAB Tidak ada keluhan Terpasang kateter Kuning pekat Tidak ada Tidak ada
4.	ISTIRAHAT & TIDUR Siang - Lama tidur - Keluhan - Mempermudah tidur - Mempermudah bangun Malam - Lama tidur - Keluhan - Mempermudah tidur - Mempermudah bangun	Jarang tidur siang Tidak ada Tidak ada Kebisingan ± 6 jam Tidak ada Kecapean, lelah kebisingan	± 1 jam Mudah terbangun Tidak ada Kebisingan ± 5 jam Mudah terbangun Tidak ada Kebisingan
5.	Personal Hygiene - Mandi - Menggosok gigi - Keramas - Ganti pakaian - Keluhan	Klien mandi 2x/hari dan melakukannya sendiri tanpa bantuan Klien menggosok gigi 2x per/hari Klien keramas 3x/minggu 1x/hari	Klien hanya di spon saja 1x/hari Menggosok gigi 1x/hari Belum keramas 1x/hari dibantu oleh keluarganya Klien mengatakan

		Tidak ada keluhan	merasa kesulitan
--	--	-------------------	------------------

6. Tingkat Kemandirian Klien

Tabel 3. 5 Tingkat Kemandirian

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

Ket :

- 0 : Mandiri
- 1 : Alat Bantu
- 2 : Dibantu Orang Lain
- 3 : Dibantu orang lain – alat
- 4 : tergantung/tidak mampu

7. Data Psikologis

a. Status Emosi

Saat dilakukan pengkajian status emosi klien stabil dan kooperatif
ketika diajak bicara

b. Tingkat kecemasan

Saat dilakukan pengkajian klien merasa cemas dengan kondisinya sekarang, terlebih penyakitnya saat ini akan memerlukan waktu lama untuk proses penyembuhannya.

c. Konsep diri

1. Gambaran diri/*body image*

Klien mengatakan menyukai bagian hidungnya, klien mensyukuri apa yang ada di tubuhnya dalam keadaan sehat maupun sakit.

2. Ideal diri

Klien mengatakan ingin bagian tangan kiri dan kaki kirinya yang mengalami kelemahan bisa bergerak kembali.

3. Harga diri

Klien tidak merasa malu ataupun minder dengan keadaanya saat ini, klien merasa percaya diri.

4. Peran diri

Klien berperan sebagai ibu dan nenek di rumahnya.

5. Identitas diri

Klien mengatakan bahwa dirinya adalah seorang perempuan

d. Mekanisme koping

Klien terbuka ketika memiliki masalah dan bisa menceritakan masalahnya kepada suami dan anaknya, suaminya adalah orang terdekatnya.

8. Data Sosial

a. Pola Interaksi

Klien berinteraksi baik dengan keluarga, dokter, perawat dan pasien yang lainnya. Selama pengkajian pasien kooperatif.

b. Gaya Komunikasi

Klien berasal dari suku sunda, berkomunikasi menggunakan bahasa sunda.

c. Hubungan dengan Orang Lain

Klien mengatakan memiliki hubungan yang baik dengan sesama, klien tampak berhubungan dengan baik dengan tenaga kesehatan maupun klien satu kamarnya.

9. Pola Keyakinan dan Nilai

Keluarga klien mengatakan semasa sehat klien rajin beribadah ke masjid dan selalu sholat 5 waktu dengan tepat waktu dan tampak selalu berdo'a atas kesembuhannya.

10. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium

Tabel 3. 6 Pemeriksaan Laboratorium

No	Jenis pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Hasil pemeriksaan Normal
1.	Hemoglobin	14 g/dl	13 -16
2.	Leukosit	6.270/	3.000 – 10.600
3.	Eritrosit	4.29 Juta/mm	3.6 - 47
4.	Hematokrit	42 %	35 – 47
5.	Trombosit	252.000/mm	150.000 – 440.000

5.	Glukosa darah sewaktu	93 mg/dl	<140
6.	SGOT	25 u/L	0 – 31
7.	SGPT	17 u/L	< 35

b. Pemeriksaan lainnya

CT Scan : CT Scan kepala non-kontras menunjukkan area hipodens pada hemisfer serebri kiri di wilayah teritori arteri serebri media tanpa disertai perdarahan intrakranial.

MRI : -

11. Terapi Farmakologi

Tabel 3. 7 Terapi farmakologi

Nama Obat	Rute	Pemberian	Riwayat/keterangan obat
Infus asering	IV	20 Tpm	Untuk terapi cairan dan menjaga keseimbangan elektrolit
Citicoline	IV	2x1 g	Untuk mengatasi gangguan memori atay perilaku yang disebabkan oleh penuaan, stroke atau cedra kepala
Omeprazole	IV	2 x 40 g	Untuk mengatasi asam lambung berlebihan dan keluhan yang mengikutinya
Mecobalamin	IV	2 x 500 mg	Untuk mengatasi kekurangan B12 yang baik untuk menjaga <u>kesehatan sistem saraf</u>

3.1.2 Analisa Data

Tabel 3. 8 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
----	------	----------	---------

Ds : - Pasien mengeluh ekstremitas Kanan tidak bisa digerakan dan ekstremitas bawah bagian kanan susah digerakan - Keluarga pasien <table><tr><td>5</td><td>1</td></tr><tr><td>5</td><td>2</td></tr></table> mengatakan semua aktivitas dibantu oleh keluarganya Do : - Klien tampak lemah - Klien mengalami hemiparisis pada anggota tubuh sebelah kanan - Tampak lemah - 150/100 mmhg - RR 20x/menit - SPO2 98% - - Tampak hambatan dalam melakukan pemenuhan ADL - Kekuatan otot <table><tr><td>Eks</td><td>Kiri</td><td>Kanan</td></tr><tr><td>Atas</td><td>5</td><td>1</td></tr><tr><td>Bawah</td><td>5</td><td>2</td></tr></table>	5	1	5	2	Eks	Kiri	Kanan	Atas	5	1	Bawah	5	2	Faktor Risiko Usia lanjut, hipertensi, Diabetes melitus, Dislipidemia, Kebiasaan merokok, Pola hidup tidak sehat (kurang aktivitas fisik, diet tinggi lemak dan natrium) ↓ Terjadi aterosklerosis pada arteri serebral ↓ Pembentukan plak aterosklerotik ↓ Ruptur plak dan pembentukan trombus ↓ Oklusi arteri serebral ↓ Penurunan perfusi dan suplai oksigen ke jaringan otak ↓ Iskemia serebral ↓ Stroke infark ↓ Kerusakan neuron pada area korteks motorik/kapsula interna ↓ Gangguan penghantaran impuls motorik ↓ Hemiparesis dekstra ↓ Penurunan kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah kanan ↓ Gangguan koordinasi gerak, keseimbangan, dan kontrol postural ↓ Keterbatasan melakukan mobilisasi ↓ Gangguan Mobilitas Fisik (SDKI: D.0054)	Gangguan Mobilitas fisik (D. 0054)
5	1														
5	2														
Eks	Kiri	Kanan													
Atas	5	1													
Bawah	5	2													

Ds : - Pasien mengatakan cepat lelah saat beraktivitas - Pasien mengeluh tidak mampu melakukan aktivitas seperti biasanya - Pasien mengatakan lemah pada salah satu sisi tubuh - Pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga/perawat - Pasien mengatakan kalau banyak gerak di ranjang suka berdebar jantung Do : - Terlihat hemiparesis pada ekstremitas kanan/kiri - Kekuatan otot menurun - Rentang gerak terbatas (ROM menurun) - Pasien tampak lemah saat mobilisasi - Aktivitas sehari-hari dibantu total - Terdapat keterbatasan mobilitas fisik akibat gangguan neuromuscular - Tampak lemah - 150/100 mmhg - RR 20x/menit - SPO2 98% - N istirahat : 80 x/menit - N mobilisasi : 96 x/menit <table><tr><td>Eks</td><td>Kiri</td><td>Kanan</td></tr><tr><td>Atas</td><td>5</td><td>1</td></tr><tr><td>Bawah</td><td>5</td><td>2</td></tr></table>	Eks	Kiri	Kanan	Atas	5	1	Bawah	5	2	Faktor Risiko (Usia lanjut Hipertensi, Diabetes melitus, Kurang aktivitas fisik, Dislipidemia) ↓ Terjadi aterosklerosis arteri serebral ↓ Penurunan perfusi jaringan otak ↓ Stroke infark ↓ Gangguan fungsi neurologis ↓ Hemiparesis dekstra ↓ Penurunan kekuatan otot dan daya tahan otot ↓ Aktivitas memerlukan usaha lebih besar ↓ Peningkatan kebutuhan energi saat beraktivitas ↓ Mudah lelah saat melakukan aktivitas ↓ Penurunan toleransi terhadap aktivitas ↓ Intoleransi Aktivitas (SDKI: D.0056)	Intoleransi Aktivitas (SDKI: D.0056)
Eks	Kiri	Kanan									
Atas	5	1									
Bawah	5	2									

Ds : - Pasien mengeluh sulit mandi sendiri. - Pasien mengatakan tidak mampu berjalan ke kamar mandi sendiri. - Pasien mengatakan sulit buang air di toilet tanpa bantuan. - Pasien mengatakan tidak mampu mengenakan atau melepas pakaian tanpa bantuan. - Pasien mengatakan membutuhkan bantuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari selama di rawat Do : - Rentang gerak ekstremitas terbatas. - Kesulitan menggenggam atau memegang alat makan/peralatan mandi. - Ketergantungan sebagian atau total dalam <i>Activity of Daily Living</i> (ADL) - Penampilan kurang terawat (rambut kusut, kuku panjang, kebersihan mulut kurang). - Kekuaran otot ekstermitas <table><tr><td>Eks</td><td>Kiri</td><td>Kanan</td></tr><tr><td>Atas</td><td>5</td><td>1</td></tr><tr><td>Bawah</td><td>5</td><td>2</td></tr></table> - Tampak lemah - 150/100 mmhg - RR 20x/menit - SPO2 98%	Eks	Kiri	Kanan	Atas	5	1	Bawah	5	2	Faktor Risiko (Usia lanjut, Hipertensi, Diabetes melitus Dislipidemia, Pola hidup tidak sehat) ↓ Terjadi aterosklerosis arteri serebral ↓ Oklusi arteri serebral ↓ Stroke infark ↓ Kerusakan neuron motorik ↓ Gangguan penghantaran impuls motorik ↓ Hemiparesis dekstra ↓ Penurunan kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah kanan ↓ Gangguan koordinasi gerak dan keseimbangan ↓ Kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari (mandi, berpakaian, berhias, makan, dan toileting) ↓ Ketergantungan sebagian dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri ↓ Defisit Perawatan Diri (SDKI: D.0109)	Defisit Perawatan Diri (SDKI: D.0109)
Eks	Kiri	Kanan									
Atas	5	1									
Bawah	5	2									

3.1.3 Diagnosis Keperawatan

1. Gangguan mobilisasi fisik b.d. gangguan neuromuskular d.d.

mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas (kekuatan otot menurun)

DS :

- Pasien mengeluh ekstremitas kiri tidak bisa digerakan dan ekstremitas bawah bagian kiri susah digerakan
- Keluarga pasien mengatakan semua aktivitas dibantu oleh keluarganya

Do :

- Klien tampak lema
- Kekuatan otot

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

- Klien mengalami hemiparisis pada anggota tubuh sebelah kiri
- Tampak hambatan dalam melakukan ADL

2. Intoleransi aktivitas b.d. kelemahan d.d. mengeluh lelah

Ds :

- Pasien mengatakan terasa berat saat berbicara

Do :

- Pasien mengatakan cepat lelah
- Pasien mengatakan jantung berdebar kencang setelah mobilisasi

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

3. Defisit perawatan diri b.d. gangguan neuromuskuler d.d menolak melakukan perawatan diri (tidak mampu/mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/ berhias secara mandiri

Ds :

- Pasien mengeluh lemas pada seluruh ekstremitas kanan dan mengaku cepat lelah

- Do :

- Gcs : 15 : Compos Mentis
- TD: 150/100 Mmhg
- HR : 80 x/menit
- RR : 20 x/menit
- SPO2 :98%
- S : 36.5°C

3.1.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 9 Intervensi Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN (SDKI)	TUJUAN KEPERAWATAN (SLKI)	INTERVENSI KEPERAWATAN (SIKI)	RASIONAL
1.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular d.d. mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas (kekuatan otot menurun) Ds : - Pasien mengeluh ekstremitas Kanan tidak bisa digerakan dan ekstremitas bawah bagian kanan susah digerakan - Keluarga pasien mengatakan semua aktivitas dibantu oleh keluarganya Do : - Klien tampak lemah - Klien mengalami hemiparisis pada anggota tubuh sebelah kanan	Mobilitas Fisik (L.05042) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil : (SLKI L.05042) - Pergerakan ekstremitas meningkat - Kekuatan otot meningkat - Rentang gerak ROM meningkat - Kaku sendi menurun - Kelemahan fisik menurun	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi : - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar, tempat tidur) - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Anjurkan melakukan mobilisasi	- Untuk mengetahui adanya nyeri pada klien - Untuk mengetahui sejauh mana klien dapat melakukan pergerakan - Untuk mengetahui kondisi yang memungkinkan untuk dilakukan mobilisasi - Untuk mengetahui kondisi umum klien - Untuk memudahkan klien melakukan pergerakan - Untuk meningkatkan dan mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan Otot - Untuk mengetahui dan dapat mengerti tujuan diberikan mobilisasi - diberikan mobilisasi - Untuk memberikan informasi pentingnya mobilisasi bagi klien - Strengthening Exercise

2.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan d.d. mengeluh lelah Ds : - Pasien mengatakan cepat lelah saat beraktivitas - Pasien mengeluh tidak mampu melakukan aktivitas seperti biasanya - Pasien mengatakan lemah pada salah satu sisi tubuh - Pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga/perawat - Pasien mengatakan kalau banyak gerak di ranjang suka berdebar jantung Do : - Terlihat hemiparesis pada ekstremitas kanan/kiri - Kekuatan otot menurun - Rentang gerak terbatas (ROM menurun) - Pasien tampak lemah saat mobilisasi - Aktivitas sehari-hari	Toleransi Aktivitas (L.05047) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil - Frekuensi nadi (meningkat) - Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari (meningkat) - Kecepatan berjalan (meningkat) - Jarak berjalan (meningkat) - Kekuatan tubuh bagian atas (meningkat) - Kekuatan tubuh bagian bawah (meningkat) - Toleransi dalam menaiki tangga (meningkat) - Keluhan Lelah (menurun) - Dispnea saat aktivitas (menurun) - Dispnea setelah aktifitas (menurun) - Perasaan lemah (menurun) - Aritmia saat aktivitas (menurun) - Aritmia setelah aktivitas (menurun) - Sianosis (menurun)	Manajemen energi (I.05178) Observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelemahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik 5. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (misal, cahaya, suara, lingkungan) 6. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 7. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 8. Fasilitasi duduk di sisi tempat duduk, jika tidak berpindah atau berjalan Edukasi 9. Anjurkan tirah baring 10. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 11. Anjurkan menghubungi perawat, jika tanda dan gejala kelelahan	- Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh membantu menentukan faktor penyebab kelelahan sehingga intervensi yang diberikan dapat disesuaikan dengan kondisi klinis pasien. - Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh membantu menentukan faktor penyebab kelelahan sehingga intervensi yang diberikan dapat disesuaikan dengan kondisi klinis pasien. - Pemantauan pola dan durasi tidur membantu menilai kualitas istirahat pasien karena tidur yang adekuat berperan dalam pemulihan energi, fungsi neurologis, dan regenerasi jaringan. - Pemantauan ketidaknyamanan selama aktivitas membantu mengidentifikasi keterbatasan fungsional serta menentukan batas toleransi aktivitas untuk mencegah kelelahan berlebihan.
----	--	---	---	---

	dibantu total	- Warna kulit (membaik) - Tekanan darah (membaik) - Frekuensi napas (membaik) - EKG lskemia (membaik)	tidak berkurang	- Lingkungan yang nyaman dan minim stimulus membantu menurunkan stres fisiologis, meningkatkan kualitas istirahat, serta mengurangi konsumsi energi yang tidak diperlukan. - Latihan rentang gerak membantu mempertahankan fleksibilitas sendi, meningkatkan sirkulasi darah, mencegah kontraktur dan atrofi otot, serta mempertahankan kemampuan fungsional ekstremitas. - Aktivitas distraksi membantu mengurangi kecemasan dan stres emosional sehingga meningkatkan relaksasi serta menurunkan persepsi kelelahan. - Membantu pasien duduk di sisi tempat tidur meningkatkan toleransi terhadap perubahan posisi, mempertahankan keseimbangan postural, serta menjadi tahap awal mobilisasi secara bertahap.									
	- Terdapat keterbatasan mobilitas fisik akibat gangguan neuromuscular - Tampak lemah - 150/100 mmhg - RR 20x/menit - SPO2 98% - N istirahat : 80 x/menit - N mobilisasi : 96 x/menit		12. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan										
			Kolaborasi										
			13. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan										
	<table><tr><td>Eks</td><td>Kiri</td><td>Kanan</td></tr><tr><td>Atas</td><td>5</td><td>1</td></tr><tr><td>Bawah</td><td>5</td><td>2</td></tr></table>	Eks	Kiri	Kanan	Atas	5	1	Bawah	5	2			
Eks	Kiri	Kanan											
Atas	5	1											
Bawah	5	2											

				- Tirah baring sesuai indikasi membantu mengurangi kebutuhan energi tubuh, mencegah kelelahan berlebihan, dan memberikan kesempatan bagi tubuh untuk proses pemulihan - Peningkatan aktivitas secara bertahap membantu meningkatkan toleransi aktivitas tanpa menimbulkan kelelahan berlebihan serta mendukung pemulihan kapasitas fungsional. - Pelaporan dini terhadap kelelahan yang menetap memungkinkan evaluasi dan penanganan segera untuk mencegah perburukan kondisi pasien - Strategi koping yang efektif membantu pasien mengelola stres fisik dan psikologis sehingga meningkatkan adaptasi terhadap penyakit dan mengurangi persepsi kelelahan. - Pemenuhan kebutuhan nutrisi yang adekuat mendukung produksi energi,
--	--	--	--	--

				mempertahankan status gizi, mempercepat proses penyembuhan, serta meningkatkan toleransi aktivitas selama rehabilitasi.
--	--	--	--	---

3.	Defisit perawatan diri b.d. d.d. menolak melakukan perawatan diri (tidak mampu/mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri Ds : - Pasien mengeluh sulit mandi sendiri. - Pasien mengatakan tidak mampu berjalan ke kamar mandi sendiri. - Pasien mengatakan sulit buang air di toilet tanpa bantuan. - Pasien mengatakan tidak mampu mengenakan atau melepas pakaian tanpa bantuan. - Pasien mengatakan membutuhkan bantuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari selama di rawat Do : - Rentang gerak ekstremitas terbatas.	Perawatan Diri (L.11103) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : - Kemampuan mandi (meningkat) - Kemampuan mengenakan pakaian (meningkat) - Kemampuan makan (meningkat) - Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) (meningkat) - Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri (meningkat) - Minat melakukan perawatan diri (meningkat) - Mempertahankan kebersihan diri (meningkat) - Mempertahankan kebersihan (meningkat) - mulut (meningkat)	Dukungan perawatan diri (I.11348) Obsevasi 1. Identifikasi kebiasaan perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik 4. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi) 5. Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi) 6. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 7. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 8. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 9. Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi 10. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai	- Mengidentifikasi kebiasaan perawatan diri membantu menentukan kemampuan dasar, kebutuhan, serta intervensi yang sesuai dengan kondisi fisik, psikologis, dan tahap perkembangan pasien. - Pemantauan tingkat kemandirian bertujuan mengevaluasi kemampuan fungsional pasien dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri serta menjadi dasar perencanaan intervensi yang tepat. - Identifikasi kebutuhan alat bantu membantu meningkatkan keamanan, mempermudah pelaksanaan aktivitas perawatan diri, serta mengoptimalkan kemandirian pasien - Lingkungan yang terapeutik memberikan rasa nyaman, meningkatkan motivasi, mengurangi kecemasan, serta mendukung pasien dalam melakukan aktivitas perawatan diri secara optimal.
----	--	---	--	---

- Kesulitan menggenggam atau memegang alat makan/peralatan mandi. - Ketergantungan sebagian atau total dalam <i>Activity of Daily Living</i> (ADL) - Penampilan kurang terawat (rambut kusut, kuku panjang, kebersihan mulut kurang). - Kekuaran otot ekstermitas <table><tr><td>Eks</td><td>Kiri</td><td>Kanan</td></tr><tr><td>Atas</td><td>5</td><td>1</td></tr><tr><td>Bawah</td><td>5</td><td>2</td></tr></table> - Tampak lemah - 150/100 mmhg - RR 20x/menit - SPO2 98%	Eks	Kiri	Kanan	Atas	5	1	Bawah	5	2		kemampuan	- Penyediaan perlengkapan perawatan diri memudahkan pasien dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene serta meningkatkan partisipasi pasien dalam melakukan perawatan diri. - Pendampingan secara bertahap meningkatkan rasa percaya diri, mempertahankan kemampuan yang masih dimiliki, serta membantu pasien mencapai kemandirian secara bertahap. - Membantu pasien menerima kondisi yang dialami dapat meningkatkan kemampuan adaptasi, mengurangi stres psikologis, serta mendorong partisipasi aktif dalam proses rehabilitasi. - Pemberian bantuan sesuai tingkat kemampuan mempertahankan fungsi yang masih ada, mencegah ketergantungan yang berlebihan, serta meningkatkan kemampuan fungsional pasien secara bertahap.
Eks	Kiri	Kanan										
Atas	5	1										
Bawah	5	2										

				- Penyusunan jadwal perawatan diri membantu membentuk kebiasaan yang teratur, meningkatkan konsistensi pelaksanaan, serta mengoptimalkan kemandirian pasien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari. - Pelaksanaan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan membantu mempertahankan kemampuan fungsional, meningkatkan rasa percaya diri, serta mendorong tercapainya kemandirian dalam aktivitas sehari-hari.
--	--	--	--	---

4	Resiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017) ditandai dengan Hipertensi	Perfusi serebral meningkat. (L.02014)	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194)	- Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK, seperti edema serebri akibat stroke infark, penting untuk menentukan tindakan keperawatan dan mencegah terjadinya penurunan perfusi serebral yang dapat memperburuk kerusakan jaringan otak - Pemantauan dini terhadap perubahan tingkat kesadaran, sakit kepala, muntah, perubahan ukuran atau reaksi pupil, serta defisit neurologis diperlukan untuk mendeteksi secara cepat adanya peningkatan TIK sehingga komplikasi neurologis dapat dicegah. - Pemantauan MAP bertujuan memastikan tekanan perfusi serebral (<i>Cerebral Perfusion Pressure/CPP</i>) tetap adekuat sehingga suplai oksigen dan nutrisi ke jaringan otak dapat dipertahankan serta mencegah terjadinya iskemia serebral lanjutan - Pemantauan frekuensi napas,									
	Ds : (Tidak tersedia)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil :	Observasi										
	Do : - 150/100 mmhg - RR 20x/menit - SPO2 98% - N istirahat : 80 x/menit - N mobilisasi : 96 x/menit - Hasil CT Scan kepala non-kontras menunjukkan area hipodens pada hemisfer serebri kiri di wilayah teritori arteri serebri media tanpa disertai perdarahan intrakranial	- Tingkat kesadaran meningkat - Kognitif meningkat - Tekanan intra kranial menurun - Sakit kepala menurun - Gelisah menurun - Kecemasan menurun - Agitasi menurun - Demam menurun - Nilai rata-rata tekanan darah Kesadaran membaik - Tekanan darah sistolik membaik - Tekanan darah diastolik membaik - Refleks saraf membaik	1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK 3. Monitor MAP (mean arterial pressure) 4. Monitor status pernapasan 5. Monitor intake dan output cairan										
	<table><tr><td>Eks</td><td>Kiri</td><td>Kanan</td></tr><tr><td>Atas</td><td>5</td><td>1</td></tr><tr><td>Bawah</td><td>5</td><td>2</td></tr></table>	Eks	Kiri		Kanan	Atas	5	1	Bawah	5	2		6. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 7. Berikan posisi semi fowler 8. Hindari manuver valsava 9. Pertahankan suhu tubuh normal
	Eks	Kiri	Kanan										
Atas	5	1											
Bawah	5	2											
		Terapeutik :	Kolaborasi 10. Kolaborasi pemberian pelunak tinja										

				pola napas, dan saturasi oksigen bertujuan mempertahankan oksigenasi yang optimal, karena hipoksia dan hiperkapnia dapat menyebabkan vasodilatasi serebral yang berpotensi meningkatkan tekanan intrakranial. - Pemantauan keseimbangan cairan bertujuan mempertahankan status hidrasi yang optimal serta mencegah kelebihan maupun kekurangan cairan yang dapat memengaruhi perfusi serebral dan tekanan intrakranial - Mengurangi rangsangan lingkungan dapat menurunkan aktivitas metabolik otak dan respons simpatis, sehingga membantu mencegah peningkatan tekanan intrakranial - Posisi semi Fowler sekitar 30° dengan kepala dan leher tetap sejajar membantu meningkatkan aliran balik vena serebral, memperbaiki drainase vena otak, serta membantu menurunkan
--	--	--	--	---

				tekanan intrakranial tanpa mengurangi perfusi serebral. - Manuver Valsava, seperti mengejan atau batuk berlebihan, dapat meningkatkan tekanan intratorakal dan tekanan vena serebral sehingga berpotensi meningkatkan tekanan intrakranial. - Hipertermia meningkatkan kebutuhan metabolisme jaringan otak dan konsumsi oksigen serebral, sehingga mempertahankan suhu tubuh normal membantu mengurangi kebutuhan metabolik otak dan mencegah kerusakan neurologis lebih lanjut. - Pelunak tinja membantu mencegah konstipasi dan mengejan saat defekasi, sehingga dapat mengurangi peningkatan tekanan intratorakal dan tekanan intrakranial yang berpotensi memperburuk perfusi serebral
--	--	--	--	---

3.1.5 Implementasi Keperawatan

Tabel 3. 10 Implementasi keperawatan

Hari/Tgl	DP	Jam	Implementasi	Jam	Evaluasi Keperawatan Formatif (SOAP)	Paraf
Jumat, 03-04-2026	1	08.10	1. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan mengidentifikasi adanya keluhan nyeri fisik lainnya yang dirasa	08.20	S : - Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan msih mengalami kelemahan dan sulit mengerakkan, O : - Tanda-tanda vital TD : 150/100 mmhg MAP : 117 mmHg HR : 80x/menit (istirahat) 96x/menit (setelah latihan) RR : 20x/menit Spo2 : 98% S : 36.5 C - Hanya bisa mengangkat ekestermitas selama 3 detik - Klien tampak masih mengalami kelemahan pada extermatas atas dan bawah dextra setelah dilakukan latihan strengthening exercises dan	Farhan Hilmy R.
		08.15	2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan mobilisasi Respon hasil : klien mengatakan semua aktivitasnya di bantu oleh keluarga Mengkaji kekuatan tornus otot pasien Respon hasil :			
			Eks Kiri Kanan Atas 5 1 Bawah 5 2			
		08.30 & 13.00	3. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi (strengthening exercises) Respon hasil : klien dan keluarga mengerti dengan tujuan yang dilakukan latihan stengthening exercises	08.40 & 13.10		
		08.45	4. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu Respon/hasil : pagar tempat tidur digunakan klien untuk menggeserkan	08.45		

		08.45	tubuh atau untuk merubah posisi miring 5. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi Respon/hasil : keluarga klien selalu memperhatikan dan membantu klien		masih ada perasaan berdebar A : - Masalah gangguan mobilitas fisik masih ada di tandai dengan keluhan masih sulit menggerakkan ekstermitas P : - Memonitor TTV - Latih Pergerakan Strengthening Exercises Lanjutan	
Jumat, 03-04-2026	2	08.50 s/d 09.00 09.05 09.10	1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengalami kelelahan Respon hasil : Teridentifikasi pada ny. n terdapat gangguan fungsi neurologis berupa hemiparesis dekstra yang menyebabkan intoleransi aktivitas 2. Memonitor kelemahan fisik dan emosional. Respon hasil : Kelemahan fisik masih tampak pada ekstremitas atas dan bawah kanan, kondisi emosional pasien stabil dan kooperatif. 3. Memonitor pola dan jam tidur. Respon hasil : pasien mengatakan pola tidur pasien cukup, waktu istirahat siang dan malam terpenuhi	09.50 s/d 10.00	S : - Pasien mengatakan masih merasa lelah saat melakukan aktivitas. - Pasien mengatakan hanya mampu duduk sebentar dan masih memerlukan bantuan keluarga saat berpindah atau ke toilet. - Pasien mengatakan waktu tidur siang dan malam cukup serta merasa lebih tenang setelah diberikan distraksi spiritual. O : - Kesadaran compos mentis,	Farhan Hilmy R

		09.15	4. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus Respon hasil : Pasien tampak lebih tenang, tidak mudah teragitasi, dan respons terhadap stimulus lingkungan menurun. 5. Melakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif. Respon hasil : belum peningkatan toleransi gerak pada ekstremitas atas dan bawah, dengan kelemahan masih ada namun pasien lebih kooperatif (strengthening exercises)		- Teridentifikasi gangguan fungsi neurologis berupa hemiparesis dekstra yang menyebabkan intoleransi aktivitas. - Kelemahan fisik masih tampak pada ekstremitas atas dan bawah kanan. - Kondisi emosional stabil. - Pasien tampak lebih tenang pada lingkungan rendah stimulus. - Pasien mengikuti latihan strengthening exercise secara kooperatif, namun belum tampak peningkatan toleransi gerak.	
		09.25	6. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan. Respon hasil : Pasien diberikan benda spiritual (tasbih) dan menunjukkan kondisi relaksasi lebih baik dan penurunan tanda kelelahan selama intervensi berlangsung.		- Pasien mampu duduk di sisi tempat tidur dengan bantuan minimal, tetapi belum mampu mempertahankan posisi duduk dalam waktu yang lama. - Aktivitas toileting masih memerlukan bantuan keluarga. - Asupan nutrisi adekuat dan kebutuhan istirahat terpenuhi.	
		s/d				
		09.30	7. Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak berpindah atau berjalan. Respon hasil : Pasien mampu duduk di sisi tempat tidur dengan bantuan minimal dengan kuantitas dan kualitas belum baik (tidak bisa berlama-lama)		A : - Masalah keperawatan: Kelelahan masih ada. Ditandai dengan masih adanya hemiparesis dekstra, kelemahan ekstremitas kanan,	
		09.35	8. Menganjurkan tirah baring			

		s/d 09.50	Respon hasil : posisi semifowler, Pasien ny. n menunjukkan penurunan kebutuhan energi dan tampak lebih stabil dengan istirahat cukup, namun masih terdapat keterbatasan atau intoleransi aktivitas 9. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Respon hasil : pergi toileting, Toleransi aktivitas belum ada peningkatan, pasien mampu melakukan aktivitas ringan masih dengan bantuan keluarga dan tidak bisa berlama bangkit dari ranjang pasien 10. Menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang. “ibu jika ada perlu bantuan boleh pencet bell ya” Respon hasil : Pasien dan keluarga menunjukkan pemahaman serta kesiapsiagaan untuk melaporkan jika terjadi peningkatan kelelahan. 11. Mengajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan. “ibu atur napas dalam saat mulai terasa lelah ya dan jangan terburu-buru kalau mau duduk” Respon hasil : Pasien mampu menerapkan strategi koping sederhana		intoleransi aktivitas, serta toleransi aktivitas yang belum meningkat, pasien menunjukkan peningkatan relaksasi, kondisi emosional stabil, dan memahami strategi pengelolaan kelelahan. P : - Lanjutkan intervensi pemantauan tingkat kelelahan dan toleransi aktivitas. - Lanjutkan intervensi strengthening exercise dan latihan ROM secara bertahap sesuai toleransi pasien. - Lanjutkan mobilisasi progresif sesuai kemampuan pasien. - Pertahankan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus. - Anjurkan periode istirahat yang adekuat di sela aktivitas. - Reinforce edukasi mengenai strategi koping dan konservasi energi. - pertahankan kolaborasi dengan ahli gizi untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien.	
--	--	--------------	---	--	---	--

			dan tampak lebih mampu mengelola kelelahan selama aktivitas. 12. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan. Respon hasil : Asupan nutrisi pasien meningkat dan kebutuhan energi tubuh lebih terpenuhi, ditandai dengan kondisi fisik yang lebih stabil.			
--	--	--	--	--	--	--

Jumat, 04-04-2026	3	10.00 s/d 10.05 10.07 s/d 10.15	1. Mengidentifikasi kebiasaan perawatan diri sesuai usia “ibu waktu sebelum sakit, ibu bisa mandi sendiri?” Respon hasil : Teridentifikasi pasien mengatakan sebelum sakit mampu melakukan perawatan diri secara mandiri, sedangkan saat ini sebagian besar aktivitas perawatan diri memerlukan bantuan keluarga akibat hemiparesis dekstra yang diderita pasien 2. Memonitor tingkat kemandirian. Respon hasil : Tingkat kemandirian pasien menurun, ditandai masih memerlukan bantuan sebagian dalam aktivitas mandi, berpakaian, toileting, dan berhias 3. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan. “ibu perlu apa untuk mandi selama sakit di sini? Nanti saya bantu sediakan dan memberitahu keluarga ibu ya” Respon hasil : Teridentifikasi pasien memerlukan bantuan alat dan keluarga dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri, terutama pada aktivitas mandi, berpakaian, dan makan akibat	10.45	S : - Pasien mengatakan masih memerlukan bantuan dalam melakukan mandi, berpakaian, dan aktivitas sehari-hari karena tangan dan kaki kanan masih lemah. - Pasien mengatakan bersedia melakukan perawatan diri sesuai kemampuan dan mengikuti latihan yang diajarkan. - Pasien mengatakan mulai terbiasa meminta bantuan keluarga apabila mengalami kesulitan. O : - Pasien tampak kooperatif selama tindakan keperawatan. - Teridentifikasi penurunan kemampuan perawatan diri akibat hemiparesis dekstra. - Pasien masih memerlukan bantuan sebagian pada aktivitas mandi, berpakaian, berhias, dan mobilisasi. - Pasien mampu mengikuti latihan Strengthening Exercise sesuai toleransi, namun kekuatan ekstremitas	Farhan Hilmy R
-------------------------------------	-----------------	---	---	--------------	--	----------------------------------

		10.15 s/d. 10.25	keterbatasan fungsi ekstremitas kanan. 4. Menyediakan lingkungan yang terapeutik “ibu suka suasana kamar hangat untuk ganti baju? Saya buka aja gordennya ya bu” Respon hasil : Pasien tampak lebih nyaman, rileks, dan kooperatif selama melakukan aktivitas perawatan diri. 5. Menyiapkan keperluan pribadi. “ibu perlu apa aja selain sikat gigi untuk mandi?, perlu dettol juga? Respon Hasil : Keperluan perawatan diri tersedia dan pasien mampu menggunakannya sesuai kemampuan dengan bantuan keluarga. 10.25 s/d 10.40 6. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri “ibu saya bantu lap badan ibu yaa kalau ibu mau, atau mau sama keluarganya aja? Saya dampingi?” Respon hasil : Pasien mampu mengikuti tahapan perawatan diri dengan pendampingan, namun masih memerlukan bantuan pada beberapa aktivitas akibat hemiparesis dekstra. 7. Memfasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan. “ibu sudah seharusnya yaa kalau mau mandi, toilet, atau perlu		kanan belum meningkat secara bermakna. - Lingkungan terapeutik telah disediakan dan kebutuhan alat perawatan diri tersedia. - Pasien mengikuti jadwal perawatan diri dan berpartisipasi sesuai kemampuan fungsional. A : - Defisit Perawatan Diri masih menjadi masalah, Ditandai pasien masih memerlukan bantuan sebagian dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene, berpakaian, dan aktivitas sehari-hari akibat hemiparesis dekstra. Pasien menunjukkan perkembangan positif berupa peningkatan partisipasi dalam perawatan diri, sikap kooperatif, serta kesiapan mengikuti Strengthening Exercise sebagai upaya meningkatkan kekuatan otot dan kemandirian fungsional. P :	
--	--	------------------------	---	--	---	--

			apapun harus minta tolong ke keluarga nya ya bua, ibu harus full bed rest ya” Respon hasil : Pasien mulai menerima kondisi keterbatasan fisik dan bersedia dibantu keluarga maupun perawat selama perawatan diri 8. Memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri. Respon hasil : Tingkat kemandirian pasien ny. n belum meningkat, namun pasien mampu melakukan sebagian aktivitas perawatan diri sesuai kemampuan dan menerima bantuan pada aktivitas yang belum dapat dilakukan. 9. Menjadwalkan rutinitas perawatan diri “ibu untuk jadwal bebersih ibu, saya jadwlkan ya, nanti saya akan kasih tau ke keluarga ibu untuk jadwalnya” Respon hasil : Rutinitas perawatan diri tersusun dan pasien mengikuti jadwal yang telah ditetapkan sesuai toleransi aktivitas dan Rutinitas perawatan diri tersusun 10. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan. “ibu nanti di saat		- Lanjutkan intervensi dukungan perawatan diri sesuai SIKI. - Lanjutkan Strengthening Exercise secara bertahap sesuai toleransi pasien untuk meningkatkan kekuatan otot ekstremitas dan kemampuan ADL. - Dampingi pasien dalam melakukan aktivitas perawatan diri sambil mengurangi bantuan secara bertahap sesuai kemampuan. - Evaluasi tingkat kemandirian menggunakan indikator SLKI setiap hari. - Libatkan keluarga dalam pendampingan dan pemberian motivasi selama latihan serta aktivitas perawatan diri. - Kolaborasi dengan tim rehabilitasi medik/fisioterapi apabila diperlukan.	
--	--	--	---	--	---	--

			perawatan diri nanti sedikit demi sedikit ibu coba angkat tangan kanannya perlahan ya bu, untuk sekalian melatih otot ibu, kalau belum bisa tidak mengapa Respon hasil : Pasien berpartisipasi dalam melakukan perawatan diri sesuai kemampuan fungsional, dengan bantuan sebagian pada aktivitas yang belum dapat dilakukan secara mandiri akibat hemiparesis dekstra.			
--	--	--	---	--	--	--

Jumat, 03-04-2026	4	08.50	1. Menigidentifikasi penyebab peningkatan TIK Respon hasil : Penyebab peningkatan TIK teridentifikasi, yaitu stroke infark non hemoragik	09.50	S :	Farhan Hilmy R
		s/d		s/d	(tidak tersedia)	
		09.00	2. Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK Respon hasil : Tidak ditemukan tanda peningkatan TIK, pasien compos mentis	10.00	O :	
		09.05	3. Memonitor MAP (mean arterial pressure) Respon hasil : MAP MAP : 117 mmHg, tekanan darah termonitor		- Kesadaran compos mentis (GCS 15). - TD 150/100 mmHg. - Nadi 80 x/menit. - RR 20 x/menit. - SpO₂ 98%. - Suhu 36,5°C. - Tidak ditemukan tanda peningkatan tekanan intrakranial (penurunan kesadaran, muntah proyektil, perubahan pupil). - Pasien tampak tenang dan berada pada posisi semi Fowler ±30	
		09.10	4. Memonitor status pernapasan Respon hasil : RR dalam batas normal, SpO ₂ 98%, tidak sesak napas.			
			5. Memonitor intake dan output cairan Respon hasil : Intake dan output cairan terpantau seimbang			
		09.15	6. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Respon hasil : Pasien tampak tenang dan dapat beristirahat		A :	
			7. Memberikan posisi semi fowler Respon hasil : Pasien dalam posisi semi Fowler ±30° dan tampak nyaman.		- Luaran belum sepenuhnya tercapai. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif masih ada, namun tidak ditemukan tanda penurunan perfusi serebral maupun peningkatan	

		09.25 s/d 09.30	8. Menghindari manuver valsava Respon hasil : Pasien dan keluarga memahami anjuran untuk tidak mengejan. 9. Mempertahankan suhu tubuh normal Respon hasil : Suhu tubuh 36,5°C, dalam batas normal 10. Kolaborasi pemberian pelunak tinja Respon hasil : Kolaborasi dilakukan sesuai indikasi medis (laktulosa)		tekanan intrakranial selama dilakukan pemantauan. P : - Lanjutkan intervensi Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194).	
		09.35 s/d 09.50				
Sabtu, 04-04-2026	1	21.00	1. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan mengidentifikasi adanya keluhan nyeri fisik lainnya yang dirasa Respon hasil : tidak ada nyeri Tanda-tanda vital TD : 152/100 mmhg HR : 80x/menit (istirahat) RR : 20x/menit	21.45	S : - Klien mengatakan tangan sudah bisa sedikit digerakkan dan kaki sebelah kanan sedikit bisa diangkat O :	Farhan Hilmy R

		21.05	Spo2 : 98% S : 36.5 C		- Tanda-tanda vital setelah implementasi TD : 149/102 mmhg HR : 80x/menit (istirahat) 97x/menit (setelah latihan) RR : 20x/menit Spo2 : 98% S : 36.5 C	
		s/d	2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan mobilisasi Respon hasil : klien masih mengatakan semua aktivitasnya di bantu oleh keluarga			
		21.35	3. Mengkaji kekuatan tornus otot pasien Respon hasil :		- Otot esktermitas atas tangan mampu menggerakkan sendi pada bidang datar, tetapi tidak mampu melawan gravitasi. - Otot ekstermitas bawah mampu menggerakkan sendi melalui seluruh rentang gerak melawan gravitasi, tetapi tidak mampu melawan tahanan - Bisa mengangkat ekstermitas kurang dari 8 detik dengan gravitasi tanpa ada tahanan, terdapat peningkatan	
			Eks Kiri Kanan Atas 5 2 Bawah 5 3			
		21.35	4. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu Respon/hasil : pagar tempat tidur digunakan klien untuk menggeserkan tubuh atau untuk merubah posisi miring			
		s/d				
		21.40	5. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi (strengthening exercises) Respon/hasil : keluarga klien selalu memperhatikan dan membantu klien		A : - Gangguan Mobilitas Fisik masih ada. Ditandai dengan penurunan kekuatan otot ekstremitas masih di bawah normal, pasien masih bergantung pada	

				bantuan keluarga dalam melakukan mobilisasi, serta toleransi aktivitas belum optimal. Dukungan keluarga yang baik dan kepatuhan pasien mengikuti Strengthening Exercise menjadi faktor pendukung peningkatan mobilitas secara bertahap. P : - Lanjutkan pemantauan kemampuan mobilisasi dan kekuatan otot secara berkala. - Lanjutkan Strengthening Exercise secara bertahap sesuai toleransi pasien. - Lanjutkan intervensi Latih mobilisasi progresif (miring, duduk, berdiri, berjalan) sesuai kemampuan. - Lanjutkan intervensi Optimalkan penggunaan alat bantu mobilisasi secara aman. - Lanjutkan intervensi Libatkan keluarga dalam pendampingan latihan dan aktivitas mobilisasi. - Evaluasi perkembangan kekuatan otot serta kemampuan fungsional pasien	
--	--	--	--	---	--

					setiap hari.	
Sabtu, 04-04-2026	2	21.00 21.05 s/d 21.35 21.50 s/d 22.00	1. Memonitor kelemahan fisik dan emosional. Respon hasil : Kelemahan fisik masih tampak pada ekstremitas atas dan bawah kanan, kondisi emosional pasien stabil dan kooperatif. Tanda-tanda vital TD : 152/100 mmhg HR : 80x/menit (istirahat) RR : 20x/menit Spo2 : 98% S : 36.5 C 2. Melakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif. Respon hasil : terdapat peningkatan toleransi gerak pada ekstremitas atas dan bawah, dengan kelemahan masih ada namun pasien lebih kooperatif (<i>strengthening exercises</i>) 3. Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan. “ibu masih suka memaki tasbih dzikir bu?” Respon hasil : Pasien masih di berikan benda spiritual (tasbih) dan	22.05	S : - Pasien mengatakan tubuh terasa sedikit lebih ringan dibandingkan sebelumnya. - Pasien mengatakan masih memerlukan bantuan keluarga saat ke toilet dan saat duduk dari tempat tidur. - Pasien mengatakan masih menggunakan tasbih untuk berdzikir karena merasa lebih tenang selama perawatan. O : - Pasien tampak kooperatif dan kondisi emosional masih stabil. TD : 149/102 mmhg HR : 80x/menit (istirahat) 97x/menit (setelah latihan) RR : 20x/menit Spo2 : 98% S : 36.5 C	Farhan Hilmy R

			menunjukkan kondisi relaksasi lebih baik dan penurunan tanda kelelahan selama intervensi berlangsung 4. Menganjurkan tirah baring “ibu bisa posisi tidurnya kaya kemarin bu?” Respon hasil : posisi semifowler pada saat pelaksanaan intervensi strengthening exercise, Pasien ny. n menunjukkan penurunan kebutuhan energi dan tampak lebih stabil dengan istirahat cukup, namun masih terdapat keterbatasan atau intoleransi aktivitas 5. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap “ibu sekarang ke toiletinya masih di jaga ya bu, sama kalau duduk sekarang masih harus dipantau Respon hasil : pergi toileting, Toleransi aktivitas terdapat ada peningkatan yang lebih signifikan, pasien mampu melakukan aktivitas ringan masih dengan bantuan keluarga dan masih tidak bisa berlama bangkit dari ranjang pasien		- Kelemahan fisik masih tampak pada ekstremitas atas dan bawah kanan tapi terjadi peningkatan status fisik. - Terdapat peningkatan toleransi gerak selama pelaksanaan Strengthening Exercise, meskipun kelemahan ekstremitas kanan masih ada. - Pasien tampak lebih rileks setelah diberikan distraksi spiritual. - Toleransi aktivitas meningkat, ditandai pasien mampu melakukan aktivitas ringan (toileting) dengan bantuan keluarga, namun belum mampu bangkit dari tempat tidur dan mempertahankan posisi duduk dalam waktu lama. A : - Masalah Kelelahan berkurang dan membaik. Ditandai dengan peningkatan toleransi gerak dan aktivitas setelah pelaksanaan Strengthening Exercise, kondisi emosional stabil, serta pasien lebih kooperatif selama latihan. Namun, kelemahan ekstremitas kanan dan intoleransi aktivitas masih tampak	
--	--	--	--	--	---	--

					sehingga pasien masih memerlukan bantuan keluarga dalam melakukan aktivitas sehari-hari. P : - Lanjutkan intervensi pemantauan tingkat kelelahan dan toleransi aktivitas. - Lanjutkan intervensi strengthening exercise dan latihan ROM secara bertahap sesuai toleransi pasien. - Lanjutkan mobilisasi progresif sesuai kemampuan pasien. - Pertahankan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus. - Anjurkan periode istirahat yang adekuat di sela aktivitas. - pertahankan kolaborasi dengan ahli gizi untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien.	
--	--	--	--	--	---	--

Minggu, 05-04-2025	3	06.30 s/d 06.40 06.40 s/d 07.00	1. Memonitor tingkat kemandirian. “ibu bagaimana keadaannya? Apakah ibu sudah bisa mengerakkan tangannya untuk menglap badan ibu sendiri sama memakai baju? Respon hasil : Tingkat kemandirian pasien meningkat, ditandai sudah bisa mengangkat tangan kanan untuk menglap walau tidak lama, masih memerlukan bantuan sebagian dalam aktivitas mandi, berpakaian, toileting, dan berhias. 2. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan. “ibu perlu tambahan apa lagi? Nanti saya bantu sediakan dan memberitahu keluarga ibu ya” Respon hasil : Teridentifikasi pasien memerlukan bantuan alat dan keluarga dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri, terutama pada aktivitas mandi, berpakaian, dan makan akibat keterbatasan fungsi ekstremitas kanan. 3. Menyiapkan keperluan pribadi. “ibu perlu apa tambahan?, perlu dettol lagi, atau ada tambahan? Respon Hsil : Keperluan perawatan diri tersedia dan pasien mampu	07.00	S : - Pasien mengatakan senang karena sudah mulai dapat menggerakkan tangan kanan meskipun belum kuat untuk menglap badan dan tidak dapat dilakukan dalam waktu lama. - Pasien mengatakan masih memerlukan bantuan keluarga saat mandi, berpakaian, dan aktivitas perawatan diri lainnya. - Pasien mengatakan bersedia melakukan lanjutan latihan perawatan diri secara bertahap sesuai kemampuan. O : - Pasien tampak kooperatif selama pelaksanaan perawatan diri. - Tingkat kemandirian mulai meningkat, ditandai pasien mampu mengangkat ekstremitas atas kanan untuk membantu menglap badan dalam waktu singkat. - Keperluan perawatan diri tersedia dan digunakan sesuai kebutuhan. - Pasien mampu mengikuti tahapan	Farhan Hilmy R
-----------------------	---	--	---	-------	---	---------------------------

			menggunakannya sesuai kemampuan dengan bantuan keluarga. 4. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri “ibu masih saya bantu lap badan ibu yaa walau ibu sudah bisa? Respon hasil : Pasien mampu mengikuti tahapan perawatan diri dengan pendampingan, terjadi peningkatan terhadap ADL namun masih memerlukan bantuan pada beberapa aktivitas akibat hemiparesis dekstra. 5. Memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri. Respon hasil : Tingkat kemandirian pasien ny. n belum meningkat, namun pasien mampu melakukan sebagian aktivitas perawatan diri sesuai kemampuan dan menerima bantuan pada aktivitas yang belum dapat dilakukan.	perawatan diri dengan pendampingan. - Pasien berpartisipasi dalam aktivitas perawatan diri sesuai kemampuan fungsional, namun masih memerlukan bantuan sebagian pada aktivitas mandi, berpakaian, makan, toileting, dan berhias akibat hemiparesis dekstra. - Keluarga berperan aktif membantu memenuhi kebutuhan perawatan diri pasien A : - Masalah belum teratasi, Pasien menunjukkan respons positif terhadap intervensi dukungan perawatan diri, ditandai dengan peningkatan partisipasi dalam aktivitas Activities of Daily Living (ADL) sesuai kemampuan, tingkat kemandirian belum optimal dan bantuan sebagian masih diperlukan akibat hemiparesis dekstra P : - Lanjutkan pemantauan tingkat	
--	--	--	--	--	--

					kemandirian pasien. - Lanjutkan pendampingan dalam aktivitas perawatan diri dengan mengurangi bantuan secara bertahap sesuai kemampuan pasien - Pertahankan latihan penggunaan ekstremitas kanan selama aktivitas perawatan diri sebagai bagian dari Strengthening Exercise. - Lanjutkan edukasi kepada pasien dan keluarga agar pasien melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai toleransi. - Evaluasi perkembangan kemampuan ADL dan tingkat kemandirian pada intervensi berikutnya.	
--	--	--	--	--	---	--

			11. Menghindari manuver valsava Respon hasil : Pasien dan keluarga memahami anjuran untuk tidak mengejan. 12. Mempertahankan suhu tubuh normal Respon hasil : Suhu tubuh 36,5°C, dalam batas normal 13. Kolaborasi pemberian pelunak tinja Respon hasil : Kolaborasi dilakukan sesuai indikasi medis (laktulosa)		serebral maupun peningkatan tekanan intrakranial selama dilakukan pemantauan. P : - Lanjutkan intervensi Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194).	
--	--	--	---	--	--	--

Senin, 06-04-2026	1	14.00	1. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan mengidentifikasi adanya keluhan nyeri fisik lainnya yang dirasa Respon hasil : tidak ada nyeri	16.10	S : - Pasien mengatakan lemah sudah hampir jarang dirasakan selama latihan. - Pasien juga mengatakan tangan dan kaki kanan sudah terasa lebih kuat, namun masih pasien mengatakan masih memerlukan bantuan keluarga dalam melakukan aktivitas sehari-hari yang sedang-berat, untuk berjaga-jaga O : - Tanda-tanda vital TD : 135/96 mmhg HR : 75x/menit (istirahat) 85x/menit (setelah latihan) RR : 20x/menit Spo2 : 97% S : 36.5 C - Tambah lebih leluasa bergerak dalam melakukan mobilisasi, toleransi aktivitas meningkat, kekuatan otot meningkat - Kekuatan otot setelah latihan strengthening exercises	Farhan Hilmy R
		s/d				
		14.15	Tanda-tanda vital TD : 140/90 mmhg HR : 75x/menit (istirahat) RR : 20x/menit Spo2 : 98% S : 36.5 C			
		15.00-16.00	2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan mobilisasi Respon hasil : klien masih mengatakan semua aktivitasnya di bantu oleh keluarga Mengkaji kekuatan tornus otot pasien Respon hasil :			
			Eks Kiri Kanan Atas 5 3 Bawah 5 4			
		14.25				
			3. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu Respon/hasil : pagar tempat tidur digunakan klien untuk menggeserkan			
		14.30				

			tubuh atau untuk merubah posisi miring 4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi (strengthening exercises) Respon/hasil : keluarga klien selalu memperhatikan dan membantu klien	A : - Respons pasien terhadap latihan baik. Kemampuan mobilitas menunjukkan peningkatan, namun pasien masih memerlukan bantuan keluarga dalam melakukan aktivitas sehari-hari. - Pasien menunjukkan toleransi aktivitas yang baik, ditandai peningkatan frekuensi nadi setelah latihan kurang dari 20% dari kondisi istirahat tanpa keluhan nyeri, sesak, atau pusing. P : - Edukasi pasien dan keluarga untuk melanjutkan strengthening exercise secara rutin dan bertahap di rumah sesuai kemampuan dan toleransi pasien. - Anjurkan keluarga mendampingi serta membantu mobilisasi dengan teknik yang benar, menggunakan alat bantu bila diperlukan, dan menjaga keamanan lingkungan untuk mencegah risiko jatuh.	
--	--	--	--	--	--

					- Anjurkan pasien mengikuti kontrol dan program rehabilitasi sesuai jadwal yang telah ditentukan serta segera memeriksakan diri apabila kelemahan memberat atau muncul keluhan neurologis baru.	
--	--	--	--	--	---	--

Senin, 06-04-2026	2	14.00	1. Memonitor kelemahan fisik dan emosional. Respon hasil : Kelemahan fisik masih tampak pada ekstremitas atas dan bawah kanan, kondisi emosional pasien stabil dan kooperatif. Tanda-tanda vital TD : 147/100 mmhg HR : 80x/menit (istirahat) 97x/menit (setelah latihan) RR : 20x/menit Spo2 : 98% S : 36.5 C	16.05	S : - Pasien mengatakan tubuh terasa sedikit lebih ringan dibandingkan sebelumnya. - Pasien mengatakan masih memerlukan bantuan keluarga saat ke toilet dan saat duduk dari tempat tidur. - Pasien mengatakan masih menggunakan tasbih untuk berdzikir karena merasa lebih tenang selama perawatan. O : - Pasien tampak kooperatif dan kondisi emosional masih stabil. TD : 135/95 mmhg HR : 70x/menit (istirahat) 80x/menit (setelah aktifitas) RR : 20x/menit Spo2 : 98% S : 36.5 C - Kelemahan fisik masih tampak pada ekstremitas atas dan bawah kanan tapi	Farhan Hilmy R.
		s/d				
		14.15				
		15.00-16.00				
		14.15	2. Melakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif. Respon hasil : terdapat peningkatan toleransi gerak pada ekstremitas atas dan bawah, dengan kelemahan masih ada namun pasien lebih kooperatif (<i>strengthening exercises</i>)			
		14.20	3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan. "ibu masih suka memaki tasbih dzikir bu?" Respon hasil : Pasien masih di berikan benda spiritual (tasbih) dan menunjukkan kondisi relaksasi lebih baik dan penurunan tanda kelelahan			
		s/d				

		14.35	selama intervensi berlangsung. 4. Mengajukan tirah baring “ibu bisa posisi tidurnya kaya kemarin bu?” Respon hasil : posisi semifowler pada saat pelaksanaan intervensi strengthening exercise, Pasien ny. n menunjukkan penurunan kebutuhan energi dan tampak lebih stabil dengan istirahat cukup, namun masih terdapat keterbatasan atau intoleransi aktivitas 5. Mengajukan melakukan aktivitas secara bertahap “ibu sekarang ke toiletinya masih di jaga ya bu, sama kalau duduk sekarang masih harus dipantau Respon hasil : pergi toileting, Toleransi aktivitas terdapat ada peningkatan yang lebih signifikan, pasien mampu melakukan aktivitas ringan masih dengan bantuan keluarga dan masih tidak bisa berlama bangkit dari ranjang pasien	terjadi peningkatan status fisik. - Terdapat peningkatan toleransi gerak selama pelaksanaan Strengthening Exercise, meskipun kelemahan ekstremitas kanan masih ada. - Pasien tampak lebih rileks setelah diberikan distraksi spiritual. - Toleransi aktivitas meningkat, ditandai pasien mampu melakukan aktivitas ringan (toileting) dengan bantuan keluarga, namun belum mampu bangkit dari tempat tidur dan mempertahankan posisi duduk dalam waktu lama. A : - Masalah Kelelahan berkurang dan membaik. Ditandai dengan peningkatan toleransi gerak dan aktivitas setelah pelaksanaan Strengthening Exercise, kondisi emosional stabil, serta pasien lebih kooperatif selama latihan. Namun, kelemahan ekstremitas kanan dan intoleransi aktivitas masih tampak sehingga pasien masih memerlukan bantuan keluarga dalam melakukan aktivitas sehari-hari.	
--	--	-------	--	--	--

					P : - Lanjutkan intervensi pemantauan tingkat kelelahan dan toleransi aktivitas. - Lanjutkan intervensi strengthening exercise dan latihan ROM secara bertahap sesuai toleransi pasien. - Lanjutkan mobilisasi progresif sesuai kemampuan pasien. - Pertahankan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus. - Anjurkan periode istirahat yang adekuat di sela aktivitas. - pertahankan kolaborasi dengan ahli gizi untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien.	
--	--	--	--	--	---	--

Senin, 06-04-2025	3	16.00	1. Memonitor tingkat kemandirian. “ibu bagaimana keadaannya? Apakah ibu sudah bisa mengerakkan tangannya untuk menglap badan ibu sendiri sama memakai baju? Respon hasil : Tingkat kemandirian pasien meningkat, ditandai sudah bisa mengangkat tangan kanan untuk menglap walau tidak lama, masih memerlukan bantuan sebagian dalam aktivitas mandi, berpakaian, toileting, dan berhias. 16.03 s/d 16.15 2. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan. “ibu perlu tambahan apa lagi? Nanti saya bantu sediakan dan memberitahu keluarga ibu ya” Respon hasil : Teridentifikasi pasien memerlukan bantuan alat dan keluarga dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri, terutama pada aktivitas mandi, berpakaian, dan makan akibat keterbatasan fungsi ekstremitas kanan. 16.20 s/d 16.35 3. Menyiapkan keperluan pribadi. “ibu perlu apa tambahan?, perlu dettol lagi, atau ada tambahan? Respon Hsil : Keperluan perawatan diri tersedia dan pasien mampu	17.00	S : - Pasien mengatakan senang karena sudah mulai dapat menggerakkan tangan kanan untuk mengelap badan meskipun belum kuat dan tidak dapat dilakukan dalam waktu lama. - Pasien mengatakan masih memerlukan bantuan keluarga saat mandi, berpakaian, dan aktivitas perawatan diri lainnya. - Pasien mengatakan bersedia melakukan lanjutan latihan perawatan diri secara bertahap sesuai kemampuan. O : - Pasien tampak kooperatif selama pelaksanaan perawatan diri. - Tingkat kemandirian mulai meningkat, ditandai pasien mampu mengangkat ekstremitas atas kanan untuk membantu mengelap badan dalam waktu singkat. - Keperluan perawatan diri tersedia dan digunakan sesuai kebutuhan.	Farhan Hilmy R.
-------------------------------------	-----------------	---------------------	--	---------------------	---	-----------------------------------

		16.45 s/d 17.00	menggunakannya sesuai kemampuan dengan bantuan keluarga. 4. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri “ibu masih saya bantu lap badan ibu yaa walau ibu sudah bisa? Respon hasil : Pasien mampu mengikuti tahapan perawatan diri dengan pendampingan, terjadi peningkatan terhadap ADL namun masih memerlukan bantuan pada beberapa aktivitas akibat hemiparesis dekstra. 5. Memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri. Respon hasil : Tingkat kemandirian pasien ny. n belum meningkat, namun pasien mampu melakukan sebagian aktivitas perawatan diri sesuai kemampuan dan menerima bantuan pada aktivitas yang belum dapat dilakukan.		- Pasien mampu mengikuti tahapan perawatan diri dengan pendampingan. - Pasien berpartisipasi dalam aktivitas perawatan diri sesuai kemampuan fungsional, namun masih memerlukan bantuan sebagian pada aktivitas mandi, berpakaian, makan, toileting, dan berhias akibat hemiparesis dekstra. - Keluarga berperan aktif membantu memenuhi kebutuhan perawatan diri pasien A : - Masalah defisit perawatan diri teratasi, Pasien menunjukkan respons positif terhadap intervensi dukungan perawatan diri, ditandai dengan peningkatan partisipasi dalam aktivitas Activities of Daily Living (ADL) sesuai kemampuan, tingkat kemandirian mendekati optimal dan bantuan sebagian besar masih diperlukan	
--	--	---	--	--	---	--

					P : - Lanjutkan pemantauan tingkat kemandirian pasien selama dirumah - Lanjutkan pendampingan dalam aktivitas perawatan diri dengan mengurangi bantuan secara bertahap sesuai kemampuan pasien - Pertahankan latihan penggunaan ekstremitas kanan selama aktivitas perawatan diri sebagai bagian dari Strengthening Exercise. - Lanjutkan edukasi kepada pasien dan keluarga agar pasien melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai toleransi dirumah.	
--	--	--	--	--	--	--

Senin, 06-04-2025	4	14.00 s/d 14.15 15.00-16.00 14.15 14.20	1. Menigidentifikasi penyebab peningkatan TIK Respon hasil : Penyebab peningkatan TIK teridentifikasi, yaitu stroke infark non hemoragik 2. Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK Respon hasil : Tidak ditemukan tanda peningkatan TIK, pasien compos mentis 3. Memonitor MAP (mean arterial pressure) Respon hasil : MAP : 108 mmHg, tekanan darah termonitor 4. Memonitor status pernapasan Respon hasil : RR dalam batas normal, SpO₂ 98%, tidak sesak napas. 5. Memonitor intake dan output cairan Respon hasil : Intake dan output cairan terpantau seimbang 6. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Respon hasil : Pasien tampak tenang dan dapat beristirahat 7. Memberikan posisi semi fowler Respon hasil : Pasien dalam posisi semi Fowler $\pm 30^\circ$ dan tampak nyaman.	16.05	S : (tidak tersedia) O : - Kesadaran compos mentis (GCS 15). TD : 135/95 mmhg HR : 70x/menit (istirahat) 80x/menit (setelah aktifitas) RR : 20x/menit Spo₂ : 98% S : 36.5 C - Tidak ditemukan tanda peningkatan tekanan intrakranial (penurunan kesadaran, muntah proyektil, perubahan pupil). - Pasien tampak tenang dan berada pada posisi semi Fowler ± 30 A : - Luaran belum sepenuhnya tercapai. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif masih ada, namun tidak ditemukan tanda penurunan perfusi	Farhan Hilmy R.
-------------------------------------	-----------------	---	--	--------------	---	-----------------------------------

		s/d 14.35	8. Menghindari manuver valsava Respon hasil : Pasien dan keluarga memahami anjuran untuk tidak mengejan. 9. Mempertahankan suhu tubuh normal Respon hasil : Suhu tubuh 36,5°C, dalam batas normal 10. Kolaborasi pemberian pelunak tinja Respon hasil : Kolaborasi dilakukan sesuai indikasi medis (laktulosa)		serebral maupun peningkatan tekanan intrakranial selama dilakukan pemantauan. P : - Hentikan intervensi Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194).	
--	--	--------------	---	--	---	--

3.1.6 Catatan Perkembangan

Tabel 3.11 catatan perkembangan

No DX	Hari/Tanggal/Waktu	Jam	Evaluasi	Paraf									
1	Jumat, 03-04-2026	13.55	S : - Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan masih lemah dan sulit digerakkan, hanya mampu mengangkat ekstremitas sekitar 3 detik. O : - Ttv setelah latihan TD 140/98 mmHg Nadi 80x/menit RR 20x/menit, Suhu 36,5°C, SpO₂ 98%. - Pasien masih tampak mengalami kelemahan - ekstremitas dekstra. Kekuatan otot ekstremitas setelah dilakukan strengthening exercise <table><tr><td>Ekstermitas</td><td>Kiri</td><td>Kanan</td></tr><tr><td>Atas</td><td>5</td><td>2</td></tr><tr><td>Bawah</td><td>5</td><td>3</td></tr></table>	Ekstermitas	Kiri	Kanan	Atas	5	2	Bawah	5	3	Farhan Hilmy R.
Ekstermitas	Kiri	Kanan											
Atas	5	2											
Bawah	5	3											

			- masih memerlukan bantuan keluarga dalam melakukan mobilisasi. A : - Masalah Keperawatan Belum Teratasi P : - Lanjutkan Intervensi! I : - Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan mengidentifikasi adanya keluhan nyeri fisik lainnya yang dirasa - Tanda-tanda vital - Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan mobilisasi - Mengkaji kekuatan tonus otot pasien - Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu - Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi (strengthening exercises) E : - Gangguan Mobilitas Fisik Belum Teratasi	
--	--	--	--	--

2	Jumat, 03-04-2026	13.55	S : - Pasien mengatakan ekstermitas terasa sedikit lebih baik dibandingkan sebelumnya, namun masih mudah 157ebag saat beraktivitas. - Pasien mengatakan masih memerlukan bantuan keluarga saat berpindah dan ke toilet. O : - Kesadaran compos mentis, kondisi umum dan emosiaonal stabil. - Tampak Lemah - 157ebagian157 tot setelah Latihan <table><tr><td>Ekstermitas</td><td>Kiri</td><td>Kanan</td></tr><tr><td>Atas</td><td>5</td><td>2</td></tr><tr><td>Bawah</td><td>5</td><td>3</td></tr></table> Ttv setelah latihan TD 140/98 mmHg Nadi 80x/menit RR 20x/menit, Suhu 36,5°C, SpO₂ 98%. - Pasien mampu duduk di sisi tempat tidur dengan bantuan minimal, namun toleransi aktivitas belum optimal. - Aktivitas masih memerlukan bantuan 157ebagian. A :	Ekstermitas	Kiri	Kanan	Atas	5	2	Bawah	5	3	Farhan Hilmy R
Ekstermitas	Kiri	Kanan											
Atas	5	2											
Bawah	5	3											

			- Masalah Keperawatan belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi!. I : - Memonitor kelemahan fisik dan emosional. - Melakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif. - Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan - Menganjurkan tirah baring - Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap E : - Intoleransi Aktivitas belum teratasi.	
--	--	--	--	--

3	Jumat, 03-04-2026	13.55	S : - Pasien mengatakan masih memerlukan bantuan pada aktivitas mandi, berpakaian, dan aktivitas sehari-hari karena kelemahan ekstremitas kanan. - Pasien bersedia melakukan perawatan diri sesuai kemampuan dan mengikuti latihan yang diajarkan. O : - Pasien tampak kooperatif selama perawatan. - Pasien masih memerlukan bantuan sebagian pada aktivitas mandi, berpakaian, berhias, dan mobilisasi akibat hemiparesis dekstra - Pasien mengikuti latihan Strengthening Exercise sesuai toleransi dan berpartisipasi dalam perawatan diri sesuai kemampuan fungsional. A : - Masalah keperawatan belum teratasi P : - Lanjutkan Intervensi! I : - Memonitor tingkat kemandirian - Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan	Farhan Hilmy R
---	----------------------	-------	--	----------------

			- Menyiapkan keperluan pribadi - Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri - Memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri. E : - Defisit perawatan diri belum teratasi	
--	--	--	--	--

4	Jumat, 03-04-2026	13.55	S : Tidak tersedia O : - GCS 15 (compos mentis) - TD 150/100 mmHg - MAP 117 mmHg - HR 80 x/menit - RR 20 x/menit - SpO₂ 98% - Suhu 36,5°C - Tidak ditemukan penurunan kesadaran - Tidak ditemukan muntah proyektil - Tidak terdapat perubahan ukuran pupil - Intake-output seimbang - Pasien tenang dengan posisi semi Fowler 30° A : - Masalah keperawatan belum teratasi P : - Lanjutkan intervensi Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194).	Farhan Hilmy R
---	----------------------	-------	--	----------------

			I : - Mengidentifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial. - Memonitor tanda dan gejala peningkatan tekanan intrakranial. - Memonitor <i>Mean Arterial Pressure</i> (MAP). - Memonitor status pernapasan. - Memonitor intake dan output cairan. - Meminimalkan stimulus dengan menciptakan lingkungan yang tenang. - Mempertahankan posisi semi Fowler $\pm 30^\circ$. - Mengedukasi pasien dan keluarga untuk menghindari manuver Valsava. - Mempertahankan suhu tubuh dalam batas normal. - Berkolaborasi dalam pemberian pelunak tinja sesuai indikasi medis E : - Luaran Perfusi Serebral Meningkat belum tercapai sepenuhnya.	
--	--	--	---	--

1	Minggu, 05-04-2026	07.00	S : - Klien mengatakan tangan sudah bisa sedikit digerakkan dan kaki sebelah kanan sedikit bisa diangkat - Klien mengatakan sudah mulai bisa menggerakkan ekstermitas kanan tanpa di kasih beban tahanan O : - Tanda-tanda vital setelah implementasi - TD : 149/102 mmhg - HR : 80x/menit (istirahat) 97x/menit (setelah latihan) - RR : 20x/menit - Spo2 : 98% - S : 36.5 C - Otot ekstermitas atas tangan mampu menggerakkan sendi pada bidang datar, tetapi tidak mampu melawan gravitasi. - Otot ekstermitas bawah mampu menggerakkan sendi melalui seluruh rentang gerak melawan gravitasi, tetapi tidak mampu melawan tahanan - Bisa mengangkat ekstermitas kurang dari 8 detik dengan gravitasi tanpa ada tahanan, terdapat peningkatan - Kekuatan otot setelah implementasi	Farhan Hilmy R
---	-----------------------	-------	--	----------------

			Eks Kiri Kanan Atas 5 3 Bawah 5 4	
			A : - Masalah Keperawatan belum teratasi P : - Lanjutkan Intervensi I : - Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan mengidentifikasi adanya keluhan nyeri fisik lainnya yang dirasa - Tanda-tanda vital - Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan mobilisasi - Mengkaji kekuatan tornus otot pasien - Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu - Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi (<i>strengthening exercises</i>) E : - Gangguan Mobilitas Fisik Belum Teratasi	

2	Minggu, 05-04-2026	07.00	S : - Pasien mengatakan ekstermitas terasa lebih ringan dibandingkan sebelumnya. - Pasien mengatakan masih memerlukan bantuan keluarga saat berpindah dan toileting. - Pasien mengatakan sudah bisa melakukan mobilisasi di tempat ranjang O : - Mobilisasi sudah ada yang bisa mandiri dan ada juga yang memerlukan bantuan - Kekuatan otot <table><tr><td>Eks</td><td>Kiri</td><td>Kanan</td></tr><tr><td>Atas</td><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>Bawah</td><td>5</td><td>4</td></tr></table> - Tanda-tanda vital TD : 149/102 mmhg HR : 80x/menit (istirahat) 97x/menit (setelah latihan) RR : 20x/menit Spo2 : 98% S : 36.5 C	Eks	Kiri	Kanan	Atas	5	3	Bawah	5	4	Farhan Hilmy R
Eks	Kiri	Kanan											
Atas	5	3											
Bawah	5	4											

			A : - Masalah belum teratasi P : - Lanjutkan Intervensi I : - Memonitor kelemahan fisik dan emosional. - Respon hasil : Kelemahan fisik masih tampak pada ekstremitas atas dan bawah kanan, - Melakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif. - Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan. - Menganjurkan tirah baring “ibu bisa posisi tidurnya kaya kemarin bu - Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap “ibu sekarang ke toiletinya masih di jaga ya bu, sama kalau duduk sekarang masih harus dipantau E : - Intoleransi Aktifitas Belum Teratasi	
--	--	--	--	--

3	Minggu, 05-04-2026	07.00	S : - Pasien mengatakan sudah mulai dapat menggerakkan tangan kanan, namun masih belum kuat untuk melakukan perawatan diri dalam waktu lama. - Pasien mengatakan masih memerlukan bantuan keluarga saat mandi, berpakaian, dan aktivitas perawatan diri lainnya. - Pasien bersedia melanjutkan latihan perawatan diri sesuai kemampuan. O : - Pasien tampak kooperatif selama pelaksanaan perawatan diri. - Tingkat kemandirian mulai meningkat, ditandai pasien mampu menggunakan ekstremitas atas kanan untuk membantu aktivitas perawatan diri secara terbatas. - Pasien mampu mengikuti tahapan perawatan diri dengan pendampingan dan berpartisipasi sesuai kemampuan fungsional. - Pasien masih memerlukan bantuan sebagian pada aktivitas mandi, berpakaian, makan, toileting, dan berhias akibat hemiparesis dekstra. - Keluarga berperan aktif dalam membantu memenuhi kebutuhan perawatan diri pasien. A : - Masalah belum teratasi P : - Lanjutkan Intervensi!	Farhan Hilmy R
---	-----------------------	-------	---	----------------

			I : - Memonitor tingkat kemandirian. - Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan. - Menyiapkan keperluan pribadi. “ibu perlu apa tambahan?, perlu dettol lagi, atau ada tambahan? - Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri “ibu masih saya bantu lap badan ibu yaa walau ibu sudah bisa? - Memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri. E : - Defisit perawatan diri belum teratasi	
--	--	--	---	--

4	Minggu, 05-04-2026	07.00	S : (tidak tersedia) O : - GCS 15 - TD 149/102 mmHg - MAP 118 mmHg - HR 80→97 x/menit setelah aktivitas - RR 20 x/menit - SpO₂ 98% - Suhu 36,5°C - Tidak terdapat tanda peningkatan TIK - Pasien tenang - Semi Fowler 30° - Intake-output tetap seimbang A : - Masalah belum teratasi P : - Lanjutkan intervensi I :	
---	-----------------------	-------	--	--

			- Melanjutkan pemantauan penyebab dan tanda peningkatan tekanan intrakranial. - Memonitor MAP, status neurologis, dan status pernapasan. - Memonitor keseimbangan intake dan output cairan. - Mempertahankan posisi semi Fowler $\pm 30^\circ$. - Meminimalkan stimulus lingkungan. - Mengedukasi pasien dan keluarga untuk menghindari manuver Valsava. - Mempertahankan suhu tubuh dalam batas normal. - Berkolaborasi dalam pemberian terapi sesuai indikasi medis. E : - Luaran Perfusi Serebral Meningkat tercapai sebagian. Kondisi neurologis tetap stabil, tidak ditemukan tanda peningkatan tekanan intrakranial maupun penurunan perfusi serebral. Intervensi dilanjutkan.	
--	--	--	--	--

1	Senin, 06-04-2026	20.45	S : - Pasien mengatakan lemah sudah hampir jarang dirasakan selama latihan. - Pasien juga mengatakan tangan dan kaki kanan sudah terasa lebih kuat, namun masih pasien mengatakan masih memerlukan bantuan keluarga dalam melakukan aktivitas sehari-hari yang sedang-berat, untuk berjaga-jaga O : - Tanda-tanda vital - TD : 135/96 mmhg - HR : 75x/menit (istirahat) 85x/menit (setelah latihan) - RR : 20x/menit - Spo2 : 97% - S : 36.5 C - Tampak lebih leluasa bergerak dalam melakukan mobilisasi, toleransi aktivitas meningkat, kekuatan otot meningkat, aktifitas sedang-berta masih memerlukan bantuan dari keluarga - Kekuatan otot setelah latihan strengthening exercises <table><tr><td>Eks</td><td>Kiri</td><td>Kanan</td></tr><tr><td>Atas</td><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td>Bawah</td><td>5</td><td>4</td></tr></table> A :	Eks	Kiri	Kanan	Atas	5	4	Bawah	5	4	Farhan Hilmy R
Eks	Kiri	Kanan											
Atas	5	4											
Bawah	5	4											

			- Masalah teratasi ditandai dengan Pergerakan ekstremitas, Kekuatan otot Rentang Gerak, Kemampuan berpindah (transfer) P : - Hentikan Intervensi!, <i>Discharge Planning</i> - Anjurkan melanjutkan latihan Strengthening Exercise, dan ambulasi bertahap di rumah - Edukasi pencegahan jatuh. - Anjurkan penggunaan alat bantu bila diperlukan I : - Menganjurkan melanjutkan latihan <i>Strengthening Exercise</i>, dan ambulasi bertahap. - Mengedukasi pencegahan jatuh. - Menganjurkan penggunaan alat bantu bila diperlukan E : - Gangguan mobilitas fisik teratasi	
--	--	--	--	--

2	Senin, 06-04-2026	20.45	S : - Pasien mengatakan tubuh terasa lebih ringan, - sudah mulai tidak gampang lelah namun masih memerlukan bantuan saat berpindah dan toileting. - Pasien mengatakan sudah bisa melakukan ADL selama di rumah sakit secara mandiri, dari kategori ringan-sedang O : - Pasien tampak kooperatif, kondisi emosional stabil, tampak senang - Tampak lebih rileks - Bisa menggenggam tangan keluarga - TTV - TD : 135/95 mmhg - HR : 70x/menit (istirahat) 80x/menit (setelah aktifitas) - RR : 20x/menit - Spo2 : 98% - S : 36.5 C - Kekuatan otot<table><tr><td></td><td>Eks</td><td>Kiri</td><td>Kanan</td></tr><tr><td></td><td>Atas</td><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td></td><td>Bawah</td><td>5</td><td>4</td></tr></table> A :		Eks	Kiri	Kanan		Atas	5	4		Bawah	5	4	Farhan Hilmy R
	Eks	Kiri	Kanan													
	Atas	5	4													
	Bawah	5	4													

		- Masalah teratasi ditandai dengan Toleransi aktivitas meningkat dengan frekuensi jantung meningkat dari 70 x/menit saat istirahat menjadi 80 x/menit setelah aktivitas, dengan peningkatan sebesar 14,3% dari kondisi istirahat P : - Hentikan Intervensi, <i>Discharge Planning</i> - Edukasi pasien dan keluarga untuk melanjutkan latihan Strengthening Exercise, dan mobilisasi secara bertahap sesuai toleransi di rumah - Anjurkan pasien menerapkan prinsip konservasi energi, yaitu mengatur keseimbangan antara aktivitas dan waktu istirahat. - Anjurkan pasien menghentikan aktivitas apabila muncul tanda intoleransi, seperti cepat lelah, sesak napas, pusing, atau berdebar. - Anjurkan pemenuhan nutrisi, hidrasi, dan istirahat yang adekuat untuk mendukung pemulihan. I : - Mengedukasi pasien dan keluarga untuk melanjutkan latihan Strengthening Exercise, dan mobilisasi secara bertahap sesuai toleransi. - Menganjurkan pasien menghentikan aktivitas apabila muncul tanda intoleransi, seperti cepat lelah, sesak napas, pusing, atau berdebar. - Menganjurkan pemenuhan nutrisi, hidrasi, dan istirahat yang adekuat untuk mendukung pemulihan. E : - Intoleransi Aktivitas Teratasi.	
--	--	--	--

3	Senin, 06-04-2026	20.45	S : - Pasien mengatakan sudah mulai dapat menggunakan tangan kanan untuk membantu mengelap badan, namun masih belum kuat dan tetap memerlukan bantuan keluarga dalam melakukan aktivitas perawatan diri. - Pasien mengatakan bersedia melanjutkan latihan perawatan diri secara bertahap sesuai kemampuan di ruma - Pasien mengatakan sudah bisa berhias dan memakai baju dengan mandiri, celana masih di bantu dengan keluarga O : - Pasien tampak kooperatif dan mampu mengikuti latihan perawatan diri dengan pendampingan. - Pasien tampak tidak ada hambatan dalam memakai pakaian atas (baju) - Tingkat kemandirian mulai meningkat, ditandai pasien mampu menggunakan ekstremitas atas kanan dalam aktivitas perawatan diri secara terbatas. - Pasien berpartisipasi dalam aktivitas perawatan diri sesuai kemampuan fungsional, namun masih memerlukan bantuan sebagian pada mandi, berpakaian, makan, toileting, dan berhias - Keluarga berperan aktif mendampingi dan membantu pemenuhan kebutuhan perawatan diri pasien. A : Masalah teratasi di tandai dengan Kemampuan mengenakan pakaian, berhias, toileting meningkat.	Farhan Hilmy R
---	----------------------	-------	--	----------------

		P : - Hentikan Intervensi, <i>Discharge Planning</i> - Edukasi pasien dan keluarga mengenai pelaksanaan aktivitas perawatan diri sesuai kemampuan fungsional. - Anjurkan pasien melakukan aktivitas perawatan diri secara bertahap dan mandiri sesuai toleransi. - Anjurkan penggunaan ekstremitas yang mengalami kelemahan selama aktivitas sehari-hari untuk meningkatkan kemampuan fungsional. - Anjurkan keluarga memberikan bantuan sesuai tingkat kemandirian pasien dan mengurangi bantuan secara bertahap. - Anjurkan pasien melanjutkan latihan Strengthening Exercise sebagai upaya meningkatkan kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari. I : - Mengedukasi pasien dan keluarga mengenai pelaksanaan aktivitas perawatan diri sesuai kemampuan fungsional. - Menganjurkan pasien melakukan aktivitas perawatan diri secara bertahap dan mandiri sesuai toleransi dirumah - Menganjurkan keluarga memberikan bantuan sesuai tingkat kemandirian pasien dan mengurangi bantuan secara bertahap. - Menganjurkan pasien melanjutkan latihan Strengthening Exercise dan sebagai upaya meningkatkan kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari. E : - Defisit perawatan diri teratasi	
--	--	--	--

4	Senin, 06-04-2026	20.45	S : (tidak tersedia) O : - GCS 15 - TD 135/95 - MAP 108 - HR 70→80 - RR 20 - SpO₂ 98% - Suhu 36,5°C - Tidak terdapat tanda peningkatan tekanan intrakranial. - Pasien tampak tenang. A : - Masalah teratasi - luaran Perfusi Serebral Meningkat telah tercapai selama masa perawatan P : - Hentikan intervensi Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial sesuai kondisi pasien	Farhan Hilmy R
---	----------------------	-------	--	----------------

			I : - Melakukan evaluasi akhir status neurologis dan hemodinamik pasien. - Memonitor MAP dan memastikan tidak terdapat tanda peningkatan tekanan intrakranial. - Mempertahankan posisi semi Fowler $\pm 30^\circ$ selama perawatan. - Memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai upaya mempertahankan perfusi serebral. - Mengedukasi kepatuhan minum obat antihipertensi dan terapi yang diberikan. - Mengedukasi pentingnya kontrol rutin dan mengikuti program rehabilitasi. - Mengedukasi pasien dan keluarga mengenai tanda bahaya stroke yang memerlukan penanganan segera. - Mengakhiri intervensi Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194) karena tujuan luaran telah tercapai dan pasien dipersiapkan untuk pulang E : - Luaran Perfusi Serebral Meningkat tercapai. Tidak ditemukan tanda penurunan perfusi serebral maupun peningkatan tekanan intrakranial selama masa perawatan. Intervensi dihentikan karena pasien dipulangkan dan telah diberikan discharge planning.	
--	--	--	---	--

3.2 Pembahasan

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny.N di ruang abdurrahman bin auf 2, RSUD Welas Asih selama 3 hari dari tanggal 02 April 2026 sampai dengan 06 April 2026 serta menyertakan literatur untuk memperkuat penelitian tersebut. Adapun pembahasan berupa pustaka data yang diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan dan opini yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, penatalaksanaan, dan evaluasi. Selama dilapangan penulis tidak kesulitan dalam melakukan asuhan keperawatan pada Ny. N, karena klien dan keluarga kooperatif kepada perawat. Penulis melaksanakan tahap-tahap proses keperawatan diantaranya sebagai berikut:

3.2.1 Pengkajian Data dan Analisa Data

Dalam melakukan asuhan keperawatan, pengkajian suatu tindakan peninjauan situasi manusia untuk memperoleh data tentang klien dengan maksud menegaskan situasi penyakit. Pengkajian keperawatan merupakan proses pengumpulan data yang sistematis dan berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status pasien (Hadinata & Abdillah, 2022)

Pada kasus ini, hasil pengkajian menunjukkan bahwa pasien mengeluhkan kelemahan pada ekstremitas kanan sejak tiga hari sebelum masuk rumah sakit. Pemeriksaan fisik menunjukkan kekuatan otot ekstremitas atas kanan 1/5 dan ekstremitas bawah kanan 2/5, sehingga pasien mengalami keterbatasan dalam melakukan mobilisasi dan memerlukan bantuan sebagian dalam memenuhi aktivitas sehari-hari. Selain itu, pasien

memiliki riwayat hipertensi selama kurang lebih lima tahun dengan tekanan darah 160/100 mmHg, yang merupakan faktor risiko utama terjadinya stroke iskemik (Potter et al., 2022)

Hasil CT-scan kepala non-kontras menunjukkan adanya area hipodens pada hemisfer serebri kiri di wilayah arteri serebri media tanpa disertai perdarahan intrakranial. Temuan tersebut mengonfirmasi diagnosis stroke infark dan menjelaskan timbulnya hemiparesis pada sisi kanan tubuh. Secara fisiopatologis, oklusi pembuluh darah serebral menyebabkan penurunan perfusi otak sehingga suplai oksigen dan glukosa ke jaringan saraf berkurang. Kondisi tersebut mengakibatkan kegagalan metabolisme sel, penurunan produksi adenosin trifosfat (ATP), gangguan fungsi pompa natrium-kalium, edema sitotoksik, hingga kematian neuron pada area infark. Kerusakan pada korteks motorik dan traktus kortikospinal menyebabkan terganggunya penghantaran impuls motorik menuju ekstremitas kontralateral sehingga muncul hemiparesis, penurunan kekuatan otot, serta keterbatasan mobilitas (Martin et al., 2025)

Manifestasi klinis yang ditemukan pada pasien sesuai dengan lokasi lesi yang ditunjukkan melalui pemeriksaan CT-scan. Lesi pada hemisfer serebri kiri menyebabkan gangguan fungsi motorik pada ekstremitas kanan, sehingga pasien mengalami kesulitan menggerakkan lengan dan tungkai kanan, keterbatasan melakukan perubahan posisi, serta ketergantungan sebagian dalam aktivitas sehari-hari. Kondisi tersebut juga dipengaruhi oleh hipertensi kronis yang berperan dalam terjadinya aterosklerosis dan oklusi

pembuluh darah serebral sehingga meningkatkan risiko stroke iskemik

Berdasarkan interpretasi data subjektif, objektif, pemeriksaan neurologis, serta pemeriksaan penunjang, penulis berpendapat bahwa hasil pengkajian telah mampu mengidentifikasi respons pasien terhadap gangguan perfusi serebral berupa hemiparesis dekstra, penurunan kekuatan otot, keterbatasan mobilisasi, dan penurunan kemandirian dalam aktivitas sehari-hari. Temuan tersebut mendukung penetapan diagnosis keperawatan prioritas berupa Gangguan Mobilitas Fisik sesuai dengan karakteristik mayor dalam SDKI

3.2.2 Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap respons pasien terhadap kondisi kesehatan yang menjadi dasar dalam penyusunan intervensi keperawatan guna mencapai luaran yang diharapkan. Penetapan diagnosis didasarkan pada hasil pengkajian secara komprehensif sehingga mencerminkan kondisi aktual pasien.

Berdasarkan konsep teori diagnosa yang mungkin muncul pada klien dengan stroke infark terdapat delapan diagnosa keperawatan, sedangkan pada klien kelolaan penulis, diagnosa keperawatan yang muncul berdasarkan hasil pengkajian didapatkan 3 diagnosa, yaitu gangguan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal dan risiko perfusi serebral tidak efektif.

Berdasarkan hasil pengkajian, penulis menetapkan tiga diagnosis keperawatan, yaitu Gangguan Mobilitas Fisik, Intoleransi Aktivitas, dan

Defisit Perawatan Diri. Diagnosis Gangguan Mobilitas Fisik diprioritaskan karena pasien mengalami hemiparesis dekstra dengan kekuatan otot ekstremitas atas kanan 1/5 dan ekstremitas bawah kanan 2/5, sehingga kemampuan bergerak dan berpindah posisi menjadi terbatas. Kondisi tersebut sesuai dengan karakteristik mayor SDKI serta berkaitan dengan kerusakan jalur motorik akibat stroke iskemik yang menyebabkan terganggunya penghantaran impuls ke otot sehingga terjadi penurunan kekuatan otot dan kemampuan mobilisasi (Potter et al., 2022)

Diagnosis Intoleransi Aktivitas ditegakkan karena kelemahan otot menyebabkan pasien mudah lelah dan memerlukan bantuan dalam melakukan aktivitas fisik. Selain itu, Defisit Perawatan Diri ditetapkan karena pasien belum mampu memenuhi sebagian kebutuhan dasar, seperti mandi, berpakaian, dan berhias secara mandiri akibat keterbatasan fungsi motorik ekstremitas kanan

Menurut penulis, ketiga diagnosis tersebut saling berkaitan, namun Gangguan Mobilitas Fisik menjadi masalah prioritas karena merupakan penyebab utama munculnya intoleransi aktivitas dan defisit perawatan diri. Oleh karena itu, intervensi difokuskan pada peningkatan kekuatan otot dan kemampuan mobilisasi melalui latihan rehabilitasi sehingga diharapkan dapat meningkatkan toleransi aktivitas serta kemandirian pasien dalam melakukan *activities of daily living* (Winstein et. al, 2016)

3.2.3 Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan penyusunan tindakan yang dirancang

untuk mengatasi diagnosis keperawatan berdasarkan luaran yang telah ditetapkan. Perencanaan intervensi disusun secara sistematis dengan mempertimbangkan kondisi klinis pasien, prioritas masalah, serta prinsip evidence-based practice sehingga tindakan yang diberikan efektif dalam mencapai tujuan asuhan keperawatan Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (Potter et al., 2022)

Berdasarkan diagnosis yang telah ditegakkan, intervensi pada kasus ini difokuskan pada peningkatan kemampuan mobilisasi melalui latihan bridging exercise, disertai pemantauan toleransi aktivitas serta peningkatan kemandirian dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Pemilihan intervensi tersebut disesuaikan dengan luaran SLKI, yaitu peningkatan kekuatan otot, kemampuan berpindah posisi, mobilisasi, toleransi aktivitas, dan kemampuan perawatan diri

Menurut penulis, pemilihan *strengthening exercises* sebagai intervensi utama telah sesuai dengan kondisi pasien yang mengalami hemiparesis dekstra akibat stroke iskemik. Latihan ini berperan dalam mengaktivasi otot trunk, gluteus, dan hamstring sehingga meningkatkan stabilitas postural, kekuatan otot, serta kemampuan melakukan transfer dan mobilisasi. Selain itu, latihan yang dilakukan secara bertahap dan berulang dapat mendukung proses neuroplastisitas sehingga membantu pemulihan fungsi motorik pasien stroke. (Kisner et al., 2018)

Secara keseluruhan, penulis berpendapat bahwa intervensi yang disusun telah sesuai dengan diagnosis keperawatan, kondisi klinis pasien, standar

SIKI, serta didukung oleh evidence terbaru sehingga diharapkan mampu meningkatkan kemampuan mobilisasi, toleransi aktivitas, dan kemandirian pasien dalam memenuhi *activities of daily living*.

3.2.4 Implementasi keperawatan

Tindakan Implementasi keperawatan merupakan tahap pelaksanaan intervensi yang telah direncanakan untuk membantu pasien mencapai luaran keperawatan yang diharapkan melalui tindakan yang sistematis, terarah, dan berorientasi pada kebutuhan pasien. Pelaksanaan implementasi dilakukan berdasarkan prioritas diagnosis keperawatan, kondisi klinis pasien, serta respons yang muncul selama proses pemberian asuhan keperawatan. Pada tahap ini, perawat tidak hanya melaksanakan tindakan sesuai rencana intervensi, tetapi juga melakukan pengkajian berkelanjutan untuk memastikan bahwa tindakan yang diberikan tetap aman, efektif, dan sesuai dengan perkembangan kondisi pasien.

Pada kasus ini, implementasi keperawatan dilaksanakan selama tiga hari dengan fokus utama pada penanganan diagnosis keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik melalui penerapan *Bridging Exercise* sebagai bentuk implementasi *Evidence Based Practice* (EBP), disertai pemantauan toleransi aktivitas serta latihan peningkatan kemandirian dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Sebelum latihan diberikan, dilakukan pengkajian menyeluruh meliputi kondisi umum pasien, tingkat kesadaran, kemampuan mengikuti instruksi, kekuatan otot, kemampuan fungsional, serta pemeriksaan tanda-tanda vital untuk memastikan bahwa pasien berada dalam kondisi yang aman

mengikuti program latihan.

Pemilihan *Bridging Exercise* pada implementasi ini tidak didasarkan pada penerapan seluruh bentuk *Strengthening Exercise*, melainkan berdasarkan hasil pengkajian kondisi klinis pasien serta prinsip toleransi aktivitas dalam rehabilitasi stroke. Meskipun *Strengthening Exercise* terdiri atas berbagai bentuk latihan, seperti *Progressive Resistance Exercise*, *Resistance Exercise*, *Strength Training*, *Functional Strength Training*, maupun *Core Strengthening Exercise*, tidak seluruh latihan tersebut sesuai untuk diterapkan pada setiap pasien. Oleh karena itu, pemilihan jenis latihan harus mempertimbangkan kemampuan fungsional pasien, tingkat kelemahan otot, stabilitas hemodinamik, kemampuan mempertahankan posisi tubuh, risiko kelelahan, serta keamanan selama proses rehabilitasi. Berdasarkan pertimbangan tersebut, *Bridging Exercise* dipilih karena memiliki tingkat kompleksitas yang sesuai dengan kemampuan pasien, aman dilakukan pada pasien dengan hemiparesis, serta mampu memberikan stimulasi terhadap kelompok otot utama yang berperan dalam pemulihan mobilitas.

Selama pelaksanaan latihan, pasien menunjukkan respons yang baik terhadap intervensi yang diberikan. Pemantauan dilakukan secara berkesinambungan terhadap tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, serta respons subjektif pasien, seperti keluhan pusing, sesak napas, nyeri, maupun kelelahan. Hasil pemantauan menunjukkan bahwa pasien

mampu mengikuti latihan tanpa mengalami perubahan hemodinamik yang bermakna maupun tanda-tanda intoleransi aktivitas, sehingga latihan dapat dilaksanakan sesuai program yang telah direncanakan. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa intensitas latihan yang diberikan masih berada dalam batas kemampuan fisiologis pasien dan sesuai dengan prinsip latihan terapeutik pada rehabilitasi stroke.

Menurut penulis, pelaksanaan *Bridging Exercise* secara bertahap dan berulang memberikan stimulus terhadap aktivasi otot trunk, gluteus, hamstring, serta otot-otot stabilisator pelvis yang berperan penting dalam mempertahankan stabilitas postural dan kontrol keseimbangan. Aktivasi otot tersebut membantu pasien dalam mempertahankan posisi tubuh, melakukan perpindahan posisi (*transfer*), serta mempersiapkan kemampuan mobilisasi yang lebih kompleks. Selain memberikan efek terhadap peningkatan kekuatan otot, latihan yang dilakukan secara konsisten juga mendukung terjadinya adaptasi neuromuskular dan proses neuroplastisitas melalui pengulangan gerakan yang terarah sehingga berkontribusi terhadap pemulihan fungsi motorik pada pasien stroke.

Menurut Kisner et al. (2018), latihan penguatan yang diberikan secara bertahap sesuai kapasitas pasien mampu meningkatkan koordinasi neuromuskular, efisiensi kontraksi otot, serta kontrol postural tanpa meningkatkan risiko kelelahan yang berlebihan. Oleh karena itu, penerapan *Bridging Exercise* pada kasus ini tidak hanya berorientasi pada peningkatan kekuatan otot, tetapi juga memperhatikan kemampuan pasien dalam mentoleransi aktivitas selama proses rehabilitasi. Pendekatan tersebut

diharapkan mampu memberikan stimulus latihan yang optimal sekaligus menjaga keamanan pasien sehingga proses pemulihan fungsi motorik dapat berlangsung secara efektif, bertahap, berkesinambungan (Kisner et al., 2018)

3.2.5 Evaluasi

Menurut (Potter et al., 2022) Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan yang bertujuan menilai efektivitas intervensi yang telah diberikan dengan membandingkan kondisi pasien terhadap luaran keperawatan yang telah ditetapkan. Evaluasi dilakukan secara sistematis untuk mengetahui tingkat keberhasilan intervensi, mengidentifikasi masalah yang masih belum teratasi, serta menentukan tindak lanjut asuhan keperawatan. Hasil evaluasi menjadi dasar dalam mempertahankan, memodifikasi, atau melanjutkan intervensi sesuai perkembangan kondisi pasien.

Berdasarkan hasil evaluasi selama tiga hari pelaksanaan asuhan keperawatan, diperoleh adanya peningkatan kondisi pasien meskipun luaran keperawatan belum tercapai secara optimal. Peningkatan tersebut ditunjukkan dengan bertambahnya kemampuan pasien menggerakkan ekstremitas kanan, mulai mampu mengangkat tangan kanan untuk membantu aktivitas sederhana, mampu mempertahankan posisi saat latihan, serta menunjukkan partisipasi yang lebih baik dalam pelaksanaan *Bridging Exercise*. Selain itu, pasien juga menunjukkan peningkatan toleransi aktivitas yang ditandai dengan tidak adanya keluhan pusing, sesak napas, maupun kelelahan berlebihan selama latihan, serta tidak ditemukan perubahan hemodinamik

yang bermakna.

Menurut penulis, peningkatan tersebut menunjukkan bahwa *Bridging Exercise* yang diberikan secara bertahap sesuai prinsip toleransi aktivitas memberikan respons positif terhadap pemulihan fungsi motorik pasien. Latihan yang dilakukan secara berulang mampu meningkatkan aktivasi otot trunk, gluteus, hamstring, dan otot stabilisator pelvis sehingga memperbaiki kontrol postural, stabilitas tubuh, serta kemampuan mempertahankan posisi. Selain itu, pengulangan latihan secara konsisten mendukung adaptasi neuromuskular dan proses neuroplastisitas yang berkontribusi terhadap peningkatan kemampuan fungsional pasien.

Meskipun demikian, kekuatan otot dan kemampuan mobilisasi pasien belum kembali optimal sehingga pasien masih memerlukan bantuan sebagian dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa tujuan keperawatan telah mengalami kemajuan, namun belum seluruh indikator luaran dapat dicapai dalam waktu tiga hari. Menurut Winstein et al. (2016), proses pemulihan pascastroke berlangsung secara bertahap dan dipengaruhi oleh luas lesi otak, tingkat keparahan hemiparesis, intensitas rehabilitasi, serta kondisi individu pasien.

Secara keseluruhan, penulis menilai bahwa implementasi *Bridging Exercise* sebagai bentuk *Strengthening Exercise* telah memberikan kontribusi positif terhadap peningkatan mobilitas fisik, kemampuan mempertahankan posisi, dan toleransi aktivitas pasien. Meskipun luaran keperawatan belum tercapai sepenuhnya, hasil evaluasi menunjukkan perkembangan yang sesuai

dengan indikator Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Oleh karena itu, latihan rehabilitasi perlu dilanjutkan secara bertahap dengan tetap memperhatikan prinsip toleransi aktivitas serta melibatkan keluarga agar kemampuan mobilisasi dan kemandirian pasien dalam melakukan *Activities of Daily Living* (ADL) terus meningkat.

3.2.6 Evidence Based Practice (EBP)

Evidence Based Practice (EBP) merupakan pendekatan dalam pemberian asuhan keperawatan yang mengintegrasikan bukti penelitian terbaik, keahlian klinis perawat, serta kondisi dan kebutuhan pasien untuk menghasilkan pelayanan yang efektif, aman, dan berkualitas (Melnik & Overholt, 2023). Penerapan EBP pada kasus ini diwujudkan melalui pemberian *Bridging Exercise* sebagai salah satu bentuk *Strengthening Exercise* pada pasien stroke non-hemoragik dengan diagnosis keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik (Potter et al., 2022)

Pemilihan *Bridging Exercise* didasarkan pada hasil sintesis evidence dan kondisi klinis pasien. Meskipun *Strengthening Exercise* terdiri atas berbagai bentuk latihan, penerapannya tidak dilakukan secara menyeluruh pada setiap pasien, melainkan disesuaikan dengan kemampuan fungsional, tingkat kelemahan otot, stabilitas hemodinamik, serta toleransi aktivitas pasien. Berdasarkan pertimbangan tersebut, *Bridging Exercise* dipilih karena memiliki tingkat kompleksitas yang sesuai dengan kondisi pasien, aman diterapkan pada pasien dengan hemiparesis, serta mampu mengaktivasi otot trunk, gluteus, hamstring, dan otot stabilisator pelvis yang berperan dalam

meningkatkan stabilitas postural, keseimbangan, dan kemampuan mobilisasi (Kisner et al., 2018)

Hasil implementasi pada pasien Ny. N menunjukkan bahwa setelah pemberian *Bridging Exercise* selama 3 hari, pasien mengalami peningkatan kemampuan menggerakkan ekstremitas kanan, mampu mempertahankan posisi saat latihan, serta menunjukkan peningkatan partisipasi dalam aktivitas rehabilitasi tanpa disertai keluhan pusing, sesak napas, maupun perubahan hemodinamik yang bermakna. Meskipun peningkatan kekuatan otot belum optimal, hasil tersebut menunjukkan adanya respons positif terhadap intervensi yang diberikan. Temuan ini sejalan dengan penelitian (Noguchi et al., 2025) yang melaporkan bahwa latihan penguatan yang dilakukan secara terstruktur mampu meningkatkan fungsi motorik dan kemampuan fungsional pasien stroke melalui peningkatan aktivasi neuromuskular dan kontrol postural.

Menurut penulis, keberhasilan implementasi *Bridging Exercise* pada kasus ini dipengaruhi oleh kondisi hemodinamik pasien yang stabil, kemampuan pasien mengikuti instruksi dengan baik, serta pelaksanaan latihan yang dilakukan secara bertahap sesuai prinsip toleransi aktivitas. Oleh karena itu, *Bridging Exercise* sebagai salah satu bentuk *Strengthening Exercise* dapat dipertimbangkan sebagai intervensi keperawatan berbasis bukti yang efektif

dalam mendukung peningkatan mobilitas fisik pasien stroke non-hemoragik apabila diterapkan konsisten dan disesuaikan pada kondisi klinis pasien.

BAB IV

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Setelah penulis melakukan Analisis Asuhan Keperawatan pada Ny. N dengan Gangguan Sistem Persarafan: Stroke Infark dengan Pemberian Intervensi dan implementasi *Strengthening Exercises* di ruang abdurrahman bin auf 2 RSUD Welas Aih Bandung Provinsi Jawa Barat, mulai dari tanggal 03 April 2026 s.d. 06 Mei 2026 sesuai dengan tahap proses keperawatan yang terdiri dari: pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi yang mencakup berbagai aspek, bio, psiko, sosial, spiritual, yang selanjutnya di dokumentasikan dalam bentuk karya ilmiah. Maka penulis dapat menarik kesimpulan dan saran sebagai berikut:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. N dengan stroke infark di ruang abdurrahman bin auf 2 RSUD Welas Asih Provinsi Jawa Barat, secara komprehensif dengan menggunakan komunikasi terapeutik dan terkumpul data-data sehingga masalah dapat ditemukan pada Ny. N yaitu klien mengeluh ekstremitas kanan sulit mendekati tidak bisa di gerakan dan adanya pusing.
2. Diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien berdasarkan hasil pengkajian penulis hanya menemukan empat diagnosa keperawatan yang sesuai dengan kondisi Ny. N yaitu gangguan mobilitas fisik, intoleransi aktifitas, defisit perawatan diri. Diagnosa tersebut diangkat sesuai dengan

3. keadaan serta prioritas kebutuhan klien yang dapat menimbulkan komplikasi jika tidak segera mendapatkan penanganan.
4. Perencanaan keperawatan dilakukan untuk merencanakan tindakan yang akan diberikan mengacu pada SIKI dan disesuaikan dengan kondisi klien untuk membantu dalam proses penyembuhan. Tidak semua intervensi dalam teori diterapkan kepada klien karena tindakan yang dilakukan disesuaikan dengan keadaan dan kebutuhan klien.
5. Implementasi keperawatan dilakukan melalui pemberian Bridging Exercise sebagai salah satu bentuk Core Strengthening Exercise dalam konsep Strengthening Exercise, yang diberikan sesuai dengan protokol EBP untuk meningkatkan kekuatan otot dan kemampuan mobilisasi pasien stroke.
6. Pada tahap evaluasi penulis mampu mengevaluasi hasil tindakan keperawatan dengan melihat perkembangan klien dan respon klien terhadap intervensi yang telah diberikan sehingga tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria dan tujuan yang dapat diukur dari rencana keperawatan.
7. Pada tahap analisis pemberian intervensi berbasis *evidence based practice* terkait latihan *mirror therapy* tidak terdapat kesesuaian antara hasil analisis literature yang telah dilakukan, hal ini terjadi karena gangguan motorik yang terjadi pada pasien stroke membutuhkan transmisi impuls dalam rentang waktu yang relatif lama untuk kembali pulih.

4.2 Saran

4.2.1 Rumah Sakit

Penulis berharap agar hasil penelitian ini dapat menjadi sumber informasi tambahan, memperluas wawasan, serta menjadi referensi dalam pengembangan ilmu pengetahuan mengenai Stroke Infark di lingkungan pelayanan kesehatan, khususnya dalam penerapan terapi latihan *strengthening exercise*

4.2.2 Instansi Pendidikan

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi sebagai salah satu bagian dari pembelajaran asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Infark menggunakan intervensi *strengthening exercise*

4.2.3 Mahasiswa peneliti

Diharapkan bagi mahasiswa khususnya peneliti selanjutnya agar dapat mengaplikasikan terapi latihan latihan *strengthening exercise* pada pasien Stroke Infark yang mengalami gangguan mobilitas fisik.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, M. A., & Muntamah, U. (2024). *Pengelolaan Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien Dengan Hematemesis*. 2(1), 2986–8548.
<http://jurnal.unw.ac.id/index.php/JKBS>
- Agustin, T., Susanti, I. H., & Sumarni, T. (2022). *Implementasi Penggunaan Range Of Motion (ROM) terhadap Kekuatan Otot Klien Stroke Non Hemoragik*. 100, 140–146. <https://share.google/nu3rfqYy3nI2natpA>
- AHA. (2025). American Stroke Association. *American Heart Association*.
<https://www.stroke.org/en/about-stroke>
- AHA. (2026). *American Heart Association /American Stroke Association Fact Sheet*. https://newsroom.heart.org/facts/stroke?utm_source=chatgpt.com
- Carr, J. H., & Shepherd, R. B. (2010). *Neurological Rehabilitation Optimizing motor performance* (2nd ed.). Elsevier.
<https://shop.elsevier.com/books/neurological-rehabilitation/carr/978-0-7020-4051-1>
- Choi, A.-Y., Lim, J.-H., & Kim, B.-G. (2024). Effects of muscle strength exercise on muscle mass and muscle strength in patients with stroke: a systematic review and meta-analysis. *J Exerc Rehabil*, 20.
<https://doi.org/https://doi.org/10.12965/jer.2448428.214>
- Esti, A., & Johan, T. R. (2020). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Askep Stroke*. pustaka gallery mandiri.
https://books.google.co.id/books?id=_3fIDwAAQBAJ&utm_source=chatgpt.com
- Hadinata, D., & Abdillah, A. J. (2022). *Metodologi Keperawatan* (S. Wahyuni (ed.)). Widina Bhakti Persada Bandung.
- Hasan, T. F., Hasan, H., & Kelley, R. E. (2021). *Overview of Acute Ischemic Stroke Evaluation and Management*. 1–29.
- Kep, S., Ph, D., Nasri, N. M., Kep, S., & Kep, M. (2020). *Asuhan keperawatan di era akreditasi rumah sakit*.
- Kisner, C., Colby, L. A., & Borstad, J. (2018). *Therapeutic Exercise: Foundations and Techniques*. F A Davis Company.
https://books.google.co.id/books/about/Therapeutic_Exercise.html?hl=id&id=yZc6DwAAQBAJ&redir_esc=y
- Martin, S. S., Aday, A. W., Allen, N. B., Almarzooq, Z. I., Anderson, C. A. M., Arora, P., Avery, C. L., Baker-Smith, C. M., Bansal, N., Beaton, A. Z., Commodore-Mensah, Y., Currie, M. E., Elkind, M. S. V, Wenjun Fan, G. G., & Palaniappan, L. P. (2025). 2025 Heart Disease and Stroke Statistics: A Report of US and Global Data From the American Heart Association. *PubMed*, 151. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001303>
- Melnyk, B. M., & Overholt, E. F. (2023). *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare* (5th ed.). wolters k. <https://shop.lww.com/evidence-based-practice-in-nursing-healthcare/p/9781975185725>
- Noguchi, K. S., Moncion, K., Wiley, E., Morgan, A., Huynh, E., Balbim, G. M.,

- Elliott, B., Harris-Blake, C., Krysa, B., Koetsier, B., Pinili, K., Beauchamp, M. K., Phillips, S. M., Thabane, L., & Tang, A. (2025). Prescribing strength training for stroke recovery: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *PubMed*, 59(3), 185–197.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1136/bjsports-2024-108476>
- Potter, P. A., Perry, A. G., & Stockert, P. A. (2022). *Fundamentals of Nursing* (11th ed.). Elsevier. <https://shop.elsevier.com/books/fundamentals-of-nursing/potter/978-0-323-81034-0>
- Powers, W. J., & Chair, Alejandro A. Rabinstein, MD, FAHA, Vice Chair, Teri Ackerson, BSN, RN, Opeolu M. Adeoye, MD, MS, FAHA, Nicholas C. Bambakidis, MD, FAHA, Kyra Becker, MD, FAHA, José Biller, MD, FAHA, Michael Brown, MD, MSc, Bart M. Demaerschalk, MD, MSc, FAHA, Bria, F. (2019). Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke. *AHA*, 50(12). <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000211>
- PPNI, T. P. P. S. K. D. (2021). SPO Perawatan Luka PPNI Tahun 2021. In *Jakarta Selatan : Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia., 2021* (1st ed.). Jakarta Selatan : Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia., 2021. https://digilib.poltekkes-tanjungpinang.ac.id/index.php?p=show_detail&id=2973&keywords=standar
- Rahmawati. (2020). *Ilmu Gizi Keperawatan* (M. NASRUDIN (ed.); 1st ed.). CV. Pustaka Indonesia.
- Sato, K., Wakugami, K., Iwata, T., Tanaka, S., Koike, M., & Ogawa, T. (2024). Low muscle mass in patients with stroke on admission reduces walking ability at discharge. *PubMed*, 61.
<https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2024.03.024>
- Veldema, J., & Jansen, P. (2020). Resistance training in stroke rehabilitation: systematic review and meta-analysis. *National Library of Medicine*, 34(9), 1173–1197. <https://doi.org/doi:10.1177/0269215520932964>.
- Winstein, C. J., & PhD, PT, Chair, Joel Stein, MD, Vice Chair, Ross Arena, PhD, PT, FAHA, Barbara Bates, MD, MBA, Leora R. Cherney, PhD, Steven C. Cramer, MD, Frank Deruyter, PhD, Janice J. Eng, PhD, BSc, Beth Fisher, PhD, PT, Richard L. Harvey, MD, Cat, M. (2016). Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *AHA*, 47(6).
<https://doi.org/https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000098>

LAMPIRAN

- **Prosedur Tindakan *Strengthening Exercises***

A. Persiapan Alat

- 5) Tempat tidur datar.
- 6) Bantal (bila diperlukan).
- 7) Lembar observasi (asuhan keperawatan).
- 8) Jam/stopwatch.

B. Persiapan Pasien

- 7) Identifikasi pasien.
- 8) Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan.
- 9) Berikan kesempatan bertanya.
- 10) Pastikan pasien bersedia.
- 11) Ukur tekanan darah, nadi, respirasi, dan SpO₂.
- 12) Pastikan pasien nyaman.

C. Prosedur Pelaksanaan

Prosedur pelaksanaan *bridging exercise* disusun secara sistematis mulai dari tahap persiapan hingga evaluasi untuk menjamin keamanan pasien serta mengoptimalkan aktivasi otot dan pemulihan fungsi motorik

Tahap Pra-Tindakan

- 5) Cuci tangan.
- 6) Gunakan APD sesuai kebutuhan.
- 7) Atur privasi pasien.

8) Atur posisi tidur datar.

Tahap Pelaksanaan

13) Posisikan pasien terlentang (*supine*).

14) Fleksikan kedua lutut sekitar 60–90°.

15) Kedua telapak kaki menapak tempat tidur selebar bahu.

16) Kedua lengan berada di samping tubuh.

17) Instruksikan pasien mengencangkan otot perut dan bokong.

18) Angkat pelvis secara perlahan hingga bahu–panggul–lutut membentuk garis lurus.

19) Pertahankan posisi selama 8 detik.

20) Turunkan pelvis secara perlahan.

21) Istirahat 5–10 detik.

22) Ulangi hingga 8 repetisi.

23) Observasi adanya nyeri, sesak, pusing, kelelahan, atau perubahan tanda vital.

24) Hentikan latihan bila pasien tidak toleran.

D. Dosis Latihan (berdasarkan EBP)

Dosis *strengthening exercise* pada SOP ini ditetapkan berdasarkan hasil sintesis hasil EBP yang mempertimbangkan efektivitas, keamanan, dan kondisi klinis pasien stroke non hemoragik. Parameter latihan meliputi frekuensi, repetisi, durasi kontraksi, waktu istirahat, dan lama intervensi yang mengacu pada penelitian dengan hasil terbaik.

- 1) Frekuensi: 2 kali sehari
- 2) Set: 1 set
- 3) Repetisi: 8 kali
- 4) Tahan: 8 detik
- 5) Istirahat: 5–10 detik
- 6) Durasi implementasi EBP: 3 hari berturut-turut

- **Dokumentasi**



RIWAYAT HIDUP PENULIS



IDENTITAS PENULIS

Nama	: Farhan Hilmy Ramadhan, S.Kep.
NIM	: KHGD25075
Tempat, Tanggal Lahir	: Batam, 05 Desember 2001
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Alamat	: Citra Pendawa Asri Blok G No. 12, 005/003, Kelurahan Buliang, Kecamatan Batu Aji, Kota Batam, Provinsi Kepulauan Riau
Agama	: Islam
No Telp.	: 08966383****
E-Mail	: pa.ang.hilmy05@gmail.com
Zodiak	: Sagitarius
Instagram	: @_pa.ang_r05
Motto	: Zero Hesitation
Penghargaan	: Banyak, Tidak Terhitung

RIWAYAT PENDIDIKAN

2008-2014	: SDIT-TQ Lukman Al-Hakim Batam
2014-2017	: ISBS SMPIT-TQ Imam Asy-Syafi'i Batam
2017-2020	: Mahad Ihya As-Sunnah Tasikmalaya
2021-2026	: Institut Kesehatan Karsa Husada Garut