

**IMPLEMENTASI PEMENUHAN KEBUTUHAN AKTIFITAS
GANGGUAN MOBILITAS FISIK DENGAN PENERAPAN ROM PADA
PASIEEN STROKE NON HEMORAGIK**

Karya Tulis Ilmiah

**diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



Disusun Oleh :

SEPTIAN HENDRI KUSBIYANTO

40902200052

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG

SEMARANG

2025

**IMPLEMENTASI PEMENUHAN KEBUTUHAN AKTIFITAS
GANGGUAN MOBILITAS FISIK DENGAN PENERAPAN ROM PADA
PASIEEN STROKE NON HEMORAGIK**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

SEPTIAN HENDRI KUSBIYANTO

40902200052

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG

SEMARANG

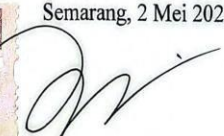
2025

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggungjawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung.



Semarang, 2 Mei 2025

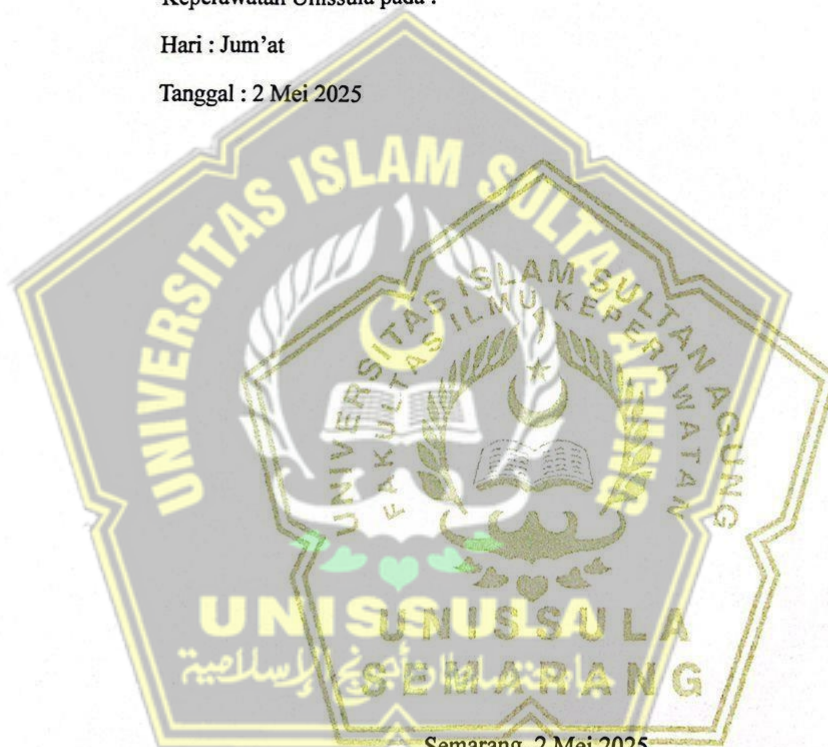

(SEPTIAN HENDRI KUSBIYANTO)

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapkan Tiim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula pada :

Hari : Jum'at

Tanggal : 2 Mei 2025



Semarang, 2 Mei 2025

Pembimbing

Ns. Mohammad Arifin Noor, M.Kep., Sp. Kep. MB

NIDN. 0627088403

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi Diploma III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Senin tanggal 16 Mei 2025 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 16 Mei 2025

Penguji I

Dr. Indah Sri Wahyuningsih, S.Kep., Ns., M.Kep
NIDN : 06-1509-8802

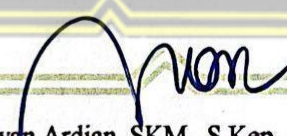


Penguji II

Ns. Mohammad Arifin Noor, M.Kep., Sp.Kep. KMB
NIDN. 06-2708-8403



Mengetahui,
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan


Dr. Iwan Ardian, SKM., S.Kep., M.Kep.
NIDN : 06-2208-7403

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur kehadiran Allah SWT, yang telah memberikan berkat, anugerah dan karunia yang melimpah sehingga penulis dapat menyelesaikan menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul Implementasi Pemenuhan Kebutuhan Aktifitas Gangguan Mobilitas Fisik dengan Penerapan ROM Pada Pasien Stroke Non Hemoragik di Ruangan Baitul Izzah 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

Karya Tulis Ilmiah ini merupakan syarat untuk menyelesaikan Studi Diploma III Keperawatan pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis menerima bimbingan dan saran yang bermanfaat dari berbagai pihak, sehingga penyusunan karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan sesuai dengan yang direncanakan. Oleh karena itu, penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Prof. Dr. H. Gunarto, SH., MH, selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Bapak Dr. Iwan Ardian, SKM., S.Kep, M.Kep, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ibu Ns. Indra Tri Astuti, S.Kep., M.Kep, Sp.Kep.An, selaku Kaprodi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Bapak Ns. Mohammad Arifin Noor, S.Kep., M.Kep, Sp.Kep.MB, selaku dosen pembimbing yang selalu membimbing penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

5. Ibu Dr. Indah Sri Wahyuningsih, M.Kep. Selaku penguji
6. Segenap Dosen Pengajar dan Staff Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang sudah memberikan ilmu pengetahuan dan pengajaran yang luar biasa kepada penulis.
7. Ayahanda Purhadi, terima kasih selalu berjuang untuk kehidupan penulis, beliau memang tidak sempat merasakan pendidikan sampai bangku perkuliahan. Namun beliau mampu mendidik penulis, memotivasi, memberikan dukungan hingga penulis mampu menyelesaikan studinya.
8. Pintu surgaku, Ibunda Purwati terima kasih sebesar-besarnya penulis berikan kepada beliau atau segala bentuk bantuan, semangat dan doa yang diberikan selama ini. Terima kasih atas nasihat yang selalu diberikan meski terkadang pikiran kita tidak sejalan, terima kasih atas kesabaran dan kebesaran hati menghadapi penulis yang keras kepala. Ibu menjadi penguat dan pengingat paling hebat. Terima kasih, sudah menjadi tempatku untuk pulang, bu.
9. Kepada seseorang yang tak kalah penting kehadirannya, Liana Aldayana. Terimakasih telah menjadi bagian dari perjalanan hidup saya. Berkontribusi banyak dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, baik tenaga, waktu, maupun materi kepada saya. Telah menjadi rumah, pendamping dalam segala hal yang menemani, mendukung ataupun menghibur dalam kesedihan, mendengarkan keluh kesah, memberi semangat untuk pantang menyerah. Semoga Allah selalu memberi keberkahan dalam segala hal yang kita lalui.

10. Kepada Prada Tegar Wicaksono, selaku sahabat sejati yang sudah dianggap penulis sebagai abang sendiri yang senantiasa menemani penulis dalam keadaan sulit dan senang, memberikan dukungan serta motivasi, dan memberikan doa setiap langkah yang penulis lalui sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan lancar.
11. Kepada teman-teman yaitu Wisnu Aliansyah, Safrozi Hizazi, Syahrul Himawan, Muhammad Irfan Ali, Ghanden Baihaqi Ramadhan, Afandi Mustofa, Muhammad Malikhul Hasan terimakasih atas segala waktu, support yang diberikan selama masa perkuliahan hingga semester akhir ini.
12. Kepada teman satu bimbingan dan teman D3 Keperawatan angkatan 2022, terimakasih telah berjuang bersama dan meraih masa depan cerah.

Penulis sangat menghargai kritik dan saran karena Karya Tulis Ilmiah ini jauh dari kata sempurna. Semoga karya ilmiah ini bermanfaat bagi penulis, pembaca, dan semua orang.

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

ABSTRAK

Septian Hendri Kusbiyanto

IMPLEMENTASI PEMENUHAN KEBUTUHAN AKTIFITAS

GANGGUAN MOBILITAS FISIK DENGAN PENERAPAN ROM PADA

PASIEN STROKE NON HEMORAGIK

121 Halaman

Latar Belakang: Stroke adalah suatu penyakit defisit neurologis yang disebabkan oleh perdarahan ataupun sumbatan dengan gejala dan tanda yang sesuai pada bagian otak yang terkena yang dapat menimbulkan cacat atau kematian. **Tujuan:** Mengetahui penerapan Range of motion (ROM) terhadap kekuatan otot pada pasien stroke non hemoragik. **Metode:** Metode yang penulis lakukan yaitu metode deskriptif dengan studi kasus. Dalam penelitian ini, menggunakan 2 pasien yaitu Tn. R dan Tn. M. Melalui asuhan keperawatan dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi sampai evaluasi. **Hasil:** Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan pada kedua pasien stroke non hemoragik yang diberi intervensi Latihan *Range of Motion* (ROM). Pada pasien pertama terjadi peningkatan kekuatan otot semua 3 menjadi 4 pada ekstermitas kiri sedangkan pada pasien kedua terjadi peningkatan kekuatan otot semula mendapat nilai 2 menjadi 3 pada ekstermitas sebelah kanan. **Kesimpulan:** Terdapat peningkatan kekuatan otot sesudah dilakukan Latihan *Range of Motion* (ROM) yang dilakukan kepada kedua pasien stroke non hemoragik di RSI Sultan Agung Semarang.

Kata Kunci: Stroke non hemoragik, Kekuatan otot, *Range of Motion* (ROM).

Dartar Pustaka: 33 sumber (2020-2024)

DIII NURSING STUDY PROGRAM

FACULTY OF NURSING SCIENCE

SULTAN AGUNG ISLAMIC UNIVERSITY SEMARANG

ABSTRACT

Septian Hendri Kusbiyanto

**IMPLEMENTATION OF FULFILLMENT OF ACTIVITY NEEDS
FOR PHYSICAL MOBILITY DISORDERS WITH THE
APPLICATION OF ROM IN NON-HEMORRHAGIC STROKE
PATIENTS**

121 pages

Background: Stroke is a neurological deficit disease caused by bleeding or blockage with appropriate symptoms and signs in the affected part of the brain that can cause disability or death. **Objective:** To determine the application of *Range of motion* (ROM) on muscle strength in non-hemorrhagic stroke patients. **Methods:** The method that the author did was descriptive method with case studies. In this study, using 2 patients, namely Mr. R and Mr. M. Through nursing care from assessment, diagnosis, intervention, implementation to evaluation. **Results:** After taking nursing care measures in both non-hemorrhagic stroke patients first patient there was an increase in muscle strength all 3 to 4 on the left extremity while in the second patient there was an increase in muscle strength originally scored 2 to 3 on the right extremity. **Conclusion:** There is an increase in muscle strength after Range of Motion (ROM) exercises performed on both non-hemorrhagic stroke patients at RSI Sultan Agung Semarang.

Keywords: Non-hemorrhagic stroke, Muscle strength, *Range of Motion* (ROM).

Literature: 33 sources (2020-2024).

DAFTAR ISI

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRAK.....	viii
ABSTRACT.....	ix
DAFTAR ISI	x
BAB 1.....	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan.....	6
D. Manfaat Penelitian	7
BAB II.....	8
A. Konsep Dasar Penyakit.....	8
1. Anatomi dan Fisiologi Otak.....	8
2. Pengertian.....	13
3. Etiologi.....	14
4. Patofisiologi Stroke Non Hemoragik	14
5. Pathways	17
6. Manifestasi Klinis	18
7. Klasifikasi Stroke Non Hemoragik	19
8. Komplikasi	19
9. Pemeriksaan penunjang Stroke Non Hemoragik	20
10. Penatalaksanaan Stroke Non Hemoragik	21
B. Konsep Dasar Keperawatan.....	22
1. Pengkajian	22
2. Diagnosa Keperawatan.....	32
3. Intervensi Keperawatan.....	35
4. Implementasi Keperawatan.....	40
5. Evaluasi Keperawatan.....	40

C.	Tindakan Keperawatan Sesuai SIKI (Range of Motion)	42
1.	Pengertian ROM (Range of Motion).....	42
2.	Indikasi dan Kontra Indikasi ROM (Range of Motion).....	42
3.	Prosedur Intervensi.....	43
BAB III		49
METODE STUDI KASUS		49
A.	Desain Penelitian	49
B.	Subyek Studi Kasus	49
C.	Fokus Studi	49
D.	Definisi Operasional Fokus Studi.....	50
E.	Instrumen Studi kasus.....	51
F.	Metode Pengumpulan Data.....	51
G.	Lokasi & Waktu Studi kasus.....	52
H.	Analisis Data dan Penyajian Data.....	52
I.	Etika Studi kasus	53
BAB IV		54
HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN		54
A.	Hasil Studi Kasus.....	54
1.	Pengkajian	54
2.	Diagnosis Keperawatan	66
3.	Intervensi Keperawatan.....	69
4.	Implementasi Keperawatan.....	71
5.	Evaluasi Keperawatan	80
B.	Pembahasan	88
1.	Pengkajian Keperawatan	88
2.	Diagnosa Keperawatan.....	91
3.	Intervensi Keperawatan.....	95
4.	Implementasi Keperawatan	99
5.	Evaluasi Keperawatan	103
C.	Keterbatasan Studi Kasus	106
BAB V		107
KESIMPULAN DAN SARAN		107

A. Kesimpulan	107
B. Saran	108
Daftar Pustaka	109
LAMPIRAN ASUHAN KEPERAWATAN.....	112



BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke adalah suatu penyakit defisit neurologis yang disebabkan oleh perdarahan ataupun sumbatan dengan gejala dan tanda yang sesuai pada bagian otak yang terkena, yang dapat menimbulkan cacat atau kematian (Setiawan et al, 2021). Stroke adalah kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke bagian otak tiba-tiba terganggu. Gangguan ini menyebabkan kematian beberapa sel otak karena kurangnya aliran darah yang dapat disebabkan oleh penyumbatan (stroke iskemik) atau pecahnya pembuluh darah (stroke hemoragik) (Parmin et al., 2025)

Stroke merupakan penyakit atau gangguan fungsional otak akut fokal maupun global akibat terhambatnya aliran darah ke otak karena perdarahan ataupun sumbatan. Jenis stroke yang paling banyak dengan angka kejadian 88 % adalah Stroke Non Hemoragik atau iskemik atau infark karena sumbatan. Pada stroke iskemik, aliran darah ke otak terhenti karena aterosklerosis atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah, melalui proses aterosklerosis. Hal ini tentu sangat berdampak pada kesehatan klien ('Aisyiyah, 2020).

World Health Organization (WHO) stroke adalah suatu gangguan fungsi neurologis akut yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah dan terjadi secara mendadak (dalam beberapa detik) atau setidak-tidaknya secara cepat

(dalam beberapa jam) dengan gejala-gejala dan tanda-tanda yang sesuai dengan daerah otak terganggu. Selain itu stroke juga merupakan etiologi kecacatan jangka panjang nomor satu di dunia, stroke dapat menimbulkan kecacatan bagi penderita yang mampu bertahan hidup, salah satunya adalah ketidak mampuan perawatan diri akibat kelemahan pada ekstremitas dan penurunan fungsi mobilitas yang dapat menghambat pemenuhan aktivitas kehidupan sehari-hari ('Aisyiyah, 2020).

Stroke adalah penyakit yang mengancam jiwa karena apabila terjadi serangan stroke, setiap menit sebanyak 1,9 juta sel otak dapat mati. Stroke merupakan penyebab utama disabilitas dan kematian nomor dua di dunia. Di Indonesia, stroke menjadi penyebab utama kecacatan dan kematian, yakni sebesar 11,2% dari total kecacatan dan 18,5% dari total kematian. Menurut (Kemenkes, 2023) prevalensi stroke di Indonesia mencapai 8,3 per 1.000 penduduk. Stroke juga merupakan salah satu penyakit katastrofik dengan pembiayaan tertinggi ketiga setelah penyakit jantung dan kanker, yaitu mencapai Rp5,2 triliun pada 2023.

Insiden kejadian stroke berkisar 41 per 100.000 penduduk per tahun di dunia. Hasil pusat data dan informasi Kementerian Kesehatan RI (2021), jumlah penderita stroke di Indonesia sebanyak 2.137.825 orang (12%), dimana propinsi Jawa Tengah memiliki estimasi penderita stroke sebanyak 431.201 orang (Kemenkes RI, 2022).

Jumlah penderita stroke di Indonesia menurut diagnosis tenaga kesehatan pada tahun 2020, diperkirakan sebanyak 1.236.825 orang. Di Jawa Tengah prevalensi stroke pada tahun 2020 terdapat di peringkat kedua yaitu sebesar (14,6%), sedangkan di peringkat pertama yaitu Kalimantan Timur sebesar (14,7%), dan disusul di peringkat ketiga Sulawesi Utara sebesar (14,2%) (Mona et al., 2022).

Stroke masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang kritis, yang memerlukan strategi intervensi komprehensif yang mencakup pendekatan medis dan rehabilitasi. Metode non-farmakologis, khususnya latihan ROM, berperan penting dalam meningkatkan pemulihan dan mencegah kecacatan lebih lanjut pada pasien stroke (Azizah, 2023).

Keadaan hemiparesis merupakan salah satu faktor yang menjadi penyebab hilangnya mekanisme refleks postural normal, seperti mengontrol gerak kepala untuk keseimbangan, rotasi tubuh untuk gerak-gerak fungsional pada ekstremitas. Hemiparesis disebabkan oleh lesi di saluran kortikospinal dan gangguan pada bagian kortikospinal kanan maka akan menyebabkan gangguan atau hemiparesis pada bagian kiri dari tubuh begitu sebaliknya sehingga berakibat terjadinya hambatan mobilitas. Kondisi tersebut akan mengakibatkan pada pasien yakni mengalami defisit dalam melakukan aktivitas. Pasien dengan stroke non hemoragik memerlukan rehabilitasi agar dapat pada upaya promotif dan preventif. Maka dari itu, peranan perawat memberikan pendidikan kesehatan pada klien dan keluarga dalam hal pencegahan penyakit, pemulihan dari

penyakit, memberikan informasi yang tepat tentang kesehatan stroke non hemoragic (Firdausi, 2023).

Mobilisasi dini merupakan strategi yang digunakan untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik, khususnya bagi pasien stroke. Salah satu metode efektif dalam pendekatan ini adalah penggunaan latihan Rentang Gerak (ROM). Latihan ini bertujuan untuk mempertahankan atau meningkatkan kemampuan tubuh dalam menggerakkan sendi secara bebas dan menyeluruh sangat penting untuk membangun kekencangan dan kekuatan otot setelah stroke. Latihan ROM dikenal sebagai intervensi keperawatan mendasar yang membantu menilai dan meningkatkan kemampuan gerakan pasien stroke yang berpotensi mengurangi ketergantungan mereka pada anggota keluarga dan meningkatkan harga diri serta keterampilan memecahkan masalah mereka (Rahmi, 2021).

Range of Motion sangat penting untuk menjaga kesehatan fisik terutama bagi individu yang baru pulih dari stroke. Latihan ini berperan penting dalam meningkatkan kekuatan fleksibilitas dan mobilitas secara keseluruhan sangat penting untuk mencegah komplikasi terkait dengan imobilitas yang berkepanjangan. Pasien stroke memerlukan terapi untuk memulihkan kembali kesehatannya, mereka memerlukan perawatan mandiri dalam memenuhi kebutuhan dasarnya dan aktivitas fisik untuk membantu pemulihan fungsi organ yang terdampak dari serangan stroke. Perawat mempunyai peranan vital dalam memberikan pelayanan pada pasien stroke dengan membantu memenuhi kebutuhan dasar meningkatkan derajat kesehatan, meningkatkan pengetahuan dan memulihkan kesehatan pasien. Salah satu cara untuk membantu memulihkan

kesehatan pada pasien stroke adalah dengan melakukan latihan fisik (Ningrum, 2021).

Salah satu bentuk intervensi keperawatan untuk memulihkan kekuatan otot adalah ROM. ROM adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot. ROM aktif adalah latihan gerak yang dilakukan pasien secara mandiri. Tujuan ROM adalah mempertahankan atau memelihara kekuatan otot, memelihara mobilitas persendian, merangsang sirkulasi darah dan mencegah kelainan bentuk. Prinsip dasar latihan ROM adalah ROM harus dilakukan minimal 2 kali sehari, ROM dilakukan perlahan dan hati-hati agar tidak melelahkan pasien, dalam merencanakan program ROM perhatikan umur pasien, diagnosis, tanda vital dan lamanya tirah baring. ROM sering diprogramkan oleh dokter dan dikerjakan oleh fisioterapi atau perawat. Bagian-bagian tubuh yang dapat dilakukan ROM adalah leher, jari, lengan, siku, bahu, tumit, kaki, dan pergelangan kaki. ROM dapat dilakukan pada semua persendian atau hanya pada bagian-bagian yang dicurigai mengalami proses penyakit. Melakukan ROM harus sesuai dengan waktunya misalnya setelah mandi atau perawatan rutin telah dilakukan (Sudarta, 2023).

Berdasarkan hasil tersebut, penulis tertarik untuk memilih judul Karya Tulis Ilmiah tentang “Implementasi pemenuhan kebutuhan aktifitas gangguan mobilitas fisik dengan penerapan ROM pada pasien stroke non hemoragik” sebagai judul Laporan Kasus dalam Karya Tulis Ilmiah ini.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas penulis mengangkat rumusan masalah “
Bagaimana implementasi pemberian ROM untuk mengatasi gangguan mobilitas
fisik pada pasien stroke non hemoragik? ”

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mampu melakukan Asuhan Keperawatan pada pasien stroke non
hemoragik di Ruang Baitul Izzah 2 RSI Sultan Agung Semarang

2. Tujuan Khusus

- a) Mengetahui konsep dasar medis dan keperawatan pada kasus stroke non hemoragik
- b) Melaksanakan pengkajian pada pasien dengan stroke non hemoragik
- c) Menyusun analisa data pada pasien dengan stroke non hemoragik
- d) Menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan stroke non hemoragik
- e) Menentukan intervensi keperawatan yang akan dilakukan pada pasien dengan stroke non hemoragik
- f) Melaksanakan implementasi untuk mengatasi masalah keperawatan yang timbul pada pasien dengan stroke non hemoragik
- g) Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan stroke non hemoragik
- h) Membahas kasus dengan teori pada pasien dengan stroke non hemoragik

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Pasien

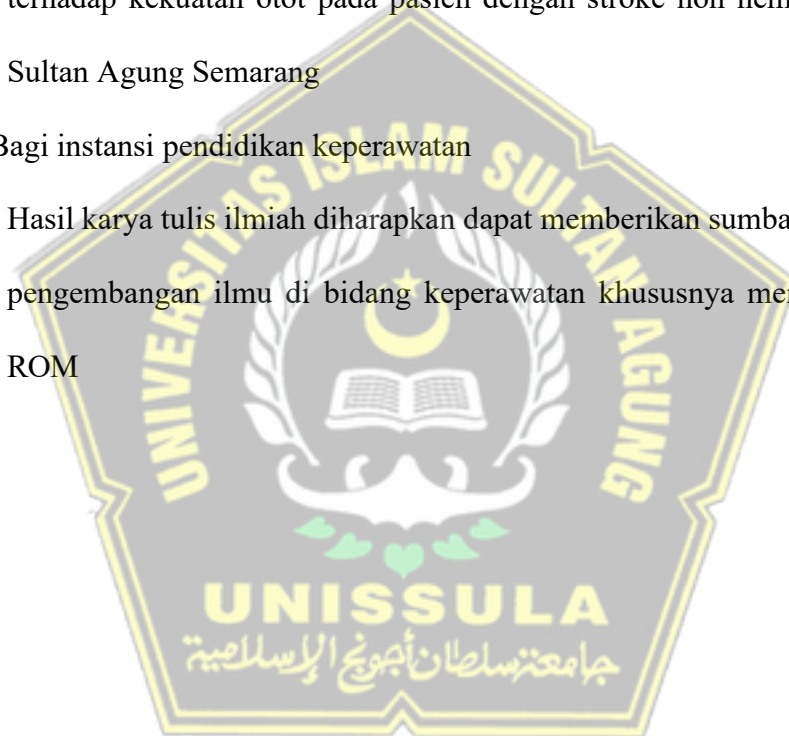
Memberikan dukungan atau motivasi pada pasien stroke non hemoragik untuk melakukan latihan ROM aktif secara mandiri di rumah.

2. Bagi instansi pelayanan kesehatan

Sebagai acuan perawat dalam mengelola kasus penerapan latihan ROM terhadap kekuatan otot pada pasien dengan stroke non hemoragik di RSI Sultan Agung Semarang

3. Bagi instansi pendidikan keperawatan

Hasil karya tulis ilmiah diharapkan dapat memberikan sumbangan terhadap pengembangan ilmu di bidang keperawatan khususnya mengenai latihan ROM



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

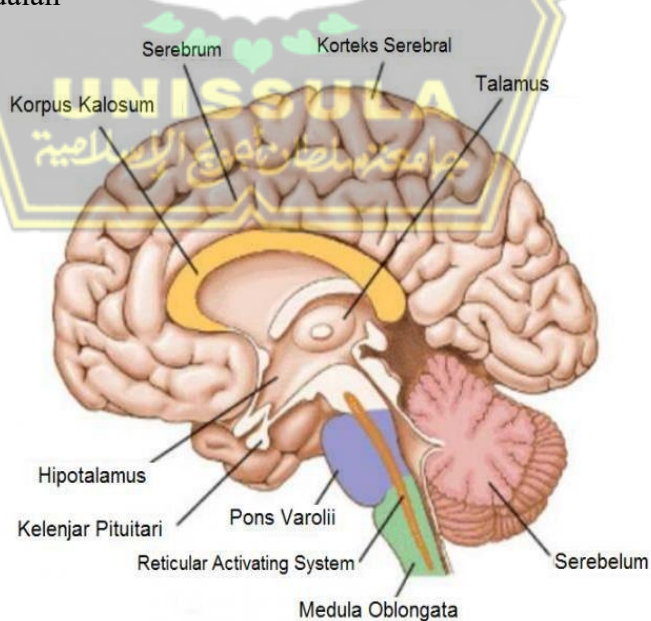
A. Konsep Dasar Penyakit

1. Anatomi dan Fisiologi Otak

Otak merupakan organ yang sangat mudah beradaptasi meskipun neuron-neuron di otak mati tidak mengalami regenerasi, kemampuan adaptif atau plastisitas pada otak dalam situasi tertentu bagian-bagian otak dapat mengambil alih fungsi dari bagian-bagian yang rusak. Otak seperti belajar kemampuan baru. Ini merupakan mekanisme paling penting yang berperan dalam pemulihan stroke (Merinda, 2024).

Secara garis besar, sistem saraf dibagi menjadi 2, yaitu sistem saraf pusat dan sistem saraf tepi. Sistem saraf pusat (SSP) terbentuk oleh otak dan medulla spinalis. Sistem saraf disisi luar SSP disebut sistem saraf tepi (SST). Fungsi dari SST adalah menghantarkan informasi bolak balik antara SSP dengan bagian tubuh lainnya (Yuniantina, 2024).

Otak merupakan bagian utama dari sistem saraf, dengan komponen bagiannya adalah



Gambar 2.1 Susunan otak (Sumber: Merinda, 2024)

a. Cerebrum

Cerebrum merupakan bagian otak yang terbesar yang terdiri dari sepasang hemisfer kanan dan kiri dan tersusun dari korteks. Korteks ditandai dengan sulkus (celah) dan girus (Merinda, 2024). Cereberum dibagi menjadi beberapa lobus, yaitu :

- 1) Lobus Frontalis berperan sebagai pusat fungsi intelektual yang lebih tinggi, seperti kemampuan berpikir abstrak dan nalar, bicara (area broca di hemisfer kiri), pusat penghidu, dan emosi. Bagian ini mengandung pusat pengontrolan gerakan volunter di gyrus presentralis (area motorik primer) dan terdapat area asosiasi motorik (area premotor). Pada lobus ini terdapat daerah broca yang mengatur ekspresi bicara, lobus ini juga mengatur gerakan sadar, perilaku sosial, berbicara, motivasi dan inisiatif (Yuniantina, 2024).
- 2) Lobus Temporalis mencakup bagian korteks serebrum yang berjalan ke bawah dari fisura laterali dan sebelah posterior dari fisura parieto-okspitalis (Yuniantina, 2024). Lobus ini berfungsi untuk mengatur daya ingat verbal, visual, pendengaran dan berperan dlm pembentukan dan perkembangan emosi.
- 3) Lobus parietalis merupakan daerah pusat kesadaran sensorik di gyrus postsentralis (area sensorik primer) untuk rasa raba dan pendengaran (Yuniantina, 2024).
- 4) Lobus oksipitalis berfungsi untuk pusat penglihatan dan area asosiasi penglihatan: menginterpretasi dan memproses rangsang penglihatan dari nervus optikus dan mengasosiasikan rangsang ini dengan informasi saraf lain & memori (Yuniantina, 2024).
- 5) Lobus Limbik berfungsi untuk mengatur emosi manusia, memori emosi dan bersama hipotalamus menimbulkan perubahan melalui pengendalian atas susunan endokrin dan susunan otonom (Yuniantina, 2024).

b. Cerebellum

Cerebellum adalah struktur kompleks yang mengandung lebih banyak neuron dibandingkan otak secara keseluruhan. Memiliki peran koordinasi yang penting dalam fungsi motorik yang didasarkan pada informasi somato sensori yang diterima, inputnya 40 kali lebih banyak dibandingkan output. Cerebellum terdiri dari tiga bagian fungsional yang berbeda yang menerima dan menyampaikan informasi ke bagian lain dari sistem saraf pusat (Merinda, 2024).

c. Brainstem

Brainstem adalah batang otak, berfungsi untuk mengatur seluruh proses kehidupan yang mendasar. Berhubungan dengan diensefalon di atasnya dan medulla spinalis di bawahnya. Struktur struktur fungsional batang otak yang penting adalah jaras asenden dan desenden traktus longitudinalis antara medulla spinalis dan bagian- bagian otak, anyaman sel saraf dan 12 pasang saraf kranial. Secara garis besar brainstem terdiri dari tiga segmen, yaitu mesensefalon, pons dan medulla oblongata (Merinda, 2024).

d. Saraf kranial

Menurut (Wijaya & Putri, 2022) Pemeriksaan ini meliputi pemeriksaan saraf kranial I - XII.

- 1) Saraf I (*Olfactorius* / Penciuman): pada pasien stroke tidak terdapat keanehan pada fungsi penciuman.
- 2) Saraf II (*Opticus* / Penglihatan): Gangguan penglihatan diakibatkan adanya gangguan pada jalur sensorik primer antara mata dan korteks visual. Gangguan juga terjadi pada visual-spasial yaitu hubungan antara dua atau lebih objek dalam suatu area spasial hal sering terjadi pada subjek dengan kelemahan pada bagian kiri.
- 3) Saraf III (*Oculomotorius*), IV (*Tochlearis*), dan VI (*Abdusen*): Pada pasien pengidap stroke dapat terjadiknya paralisis pada tubuh. Satu sisi otot-otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral di sisi yang sakit.

- 4) Saraf V (*Trigeminus*): Dalam beberapa situasi, kecelakaan serebrovaskular dapat menyebabkan kelumpuhan saraf trigeminal, penurunan koordinasi gerakan mengunyah, pergeseran sisi mandibula, dan kelumpuhan unilateral pterigium internal dan eksternal.
- 5) Saraf VII (*Facialis*): Persepsi rasa dalam batas normal, wajah tidak simetris, dan otot-otot wajah tertarik ke arah sisi yang sehat.
- 6) Saraf VIII (*Acusticus / Pendengaran*): Tidak ada gangguan pendengaran konduktif dan gangguan pendengaran sensorineural yang ditemukan.
- 7) Saraf IX (*Glossofaringeus*) dan X (*Vagus*): Kemampuan menelan yang buruk dan kesulitan membuka mulut.
- 8) Saraf XI (*Accessories*): Tidak ada atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapezius.
- 9) Saraf XII (*Hypoglossus*): Lidah simetris, menyimpang ke satu sisi dan melengkung, sensasi rasa masih normal.

e. Refleks

Refleks tendon dapat ditimbulkan dengan mengetukkan palu refleks secara cepat & kuat pada tendon yang teregang sebagian kemudian berjalan disepanjang serabut aferen menuju medula spinalis kemudian bersinaps dengan neuron motoric atau neuron kornu anterior kemudian sinaps dihantarkan kebawah melalui neuron motorik radiks anterior kemudian diteruskan melalui saraf spinal & saraf perifer, setelah melampaui batas neuromuskular, otot dirangsang untuk berkontraksi (Bayu Pramana Suryawan et al., 2022).

- 1) Refleks *Biceps* : Peregangannya tendon *biceps* pada saat siku dalam keadaan *fleksi*. Orang yang menguji menyokong lengan bawah dengan satu tangan sambil menempatkan jari telunjuk dengan menggunakan palu refleks. Respon normal; *fleksi* pada siku & kontraksi *biceps*.

- 2) Refleks *Trisepts*: Lengan pasien difleksikan pada siku & diposisikan di depan dada, pemeriksa menyokong lengan pasien & mengidentifikasi tendon trisepts dengan memalpasi 2,5-5 cm di atas siku. pemukulan langsung pada tendon normalnya menyebabkan kontraksi otot *trisepts* & ekstensi siku.
- 3) Refleks *Brahioradialis* : Penguji meletakkan lengan pasien di atas meja atau disilangkan di atas perut, ketukan palu dengan lembut 2,5-5 cm di atas siku, pengkajian ini dilakukan dengan lengan dalam keadaan *fleksi* dan *supinasi*.
- 4) Refleks *Patella* : Mengetok tendon *patella* tepat dibawah patella dimana pasien dalam keadaan duduk atau tidur terlentang. Jika pasien terlentang pengkaji menyokong kaki untuk memudahkan relaksasi otot. Kontraksi *quadrisepts* dan ekstensi lutut adalah respon normal.
- 5) Refleks *Achilles* : Buat pergelangan kaki dalam keadaan rileks, kaki dalam keadaan dorsal fleksi pada pergelangan kaki dan palu diketokkan pada tendon *achilles*.
- 6) Refleks *Superfisial* diperiksa dengan menggoreskan kulit dengan benda keras seperti ujung sebuah palu refleks yang menyebabkan otot berkontraksi, refleks tersebut antara lain refleks *abdominal*, refleks *kremaster*, refleks *gluteal*, & refleks *plantar*.
- 7) Refleks *Abdominalis* : Refleks *supersuperfisial* yang ada ditimbulkan oleh goresan pada kulit dinding abdomen.
- 8) Refleks *Plantar* : Ditimbulkan dengan menggores permukaan lateral telapak kaki dari tumit sampai kebantalan kaki dan melengkung kearah medial melintasi bantalan kaki, normalnya terjadi fleksi jari-jari kaki.
- 9) Refleks *Cremaster* : Cara : goresan pada kulit paha sebelah medial dari atas ke bawah, Respon : elevasi testes ipsilateral
- 10) Refleks *Gluteal* : Cara: goresan atau tusukan pada daerah *gluteal*
Respon : gerakan reflektorik otot

2. Pengertian

Stroke non hemoragik adalah stroke yang terjadi karena adanya penyumbatan pada pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak terhenti sebagian atau seluruhnya. Stroke non-hemoragik merupakan jenis stroke yang paling umum terjadi, mencakup hampir 80% dari seluruh stroke. Hal ini disebabkan oleh bekuan darah atau penyumbatan lain di arteri yang memasok darah ke otak. Pasien mengalami kelemahan anggota badan dan kelumpuhan saraf VII dan XII yang menyebabkan stroke non-hemoragik (Dian, 2023).

Stroke non hemoragik merupakan defisit neurologis dimana terjadi kerusakan atau nekrosis atau nekrosis jaringan otak akibat kekurangan suplai oksigen yang disebabkan oleh aliran darah yang terganggu berupa penyumbatan pada pembuluh darah otak atau menuju ke otak (Syamsuddin, 2025)

Jadi, stroke non-hemoragik yang juga dikenal sebagai stroke iskemik terjadi karena penyumbatan pada pembuluh darah yang memasok darah ke otak yang menyebabkan terhentinya aliran darah sebagian atau seluruhnya. Jenis stroke ini mencakup sekitar 80% dari semua stroke menjadikannya bentuk yang paling umum. Penyumbatan dapat terjadi akibat bekuan darah atau penyumbatan lain pada arteri yang memasok darah ke otak.

3. Etiologi

a) Trombosis Sereberi Pembuluh darah mengalami oklusi sehingga mengakibatkan penyumbatan jaringan dan terjadi edem disekitarnya. Beberapa keadaan yang menyebabkan trombosis serebri adalah Arteriosklerosis yaitu penyempitan dan pengerasan pada dinding pembuluh darah yang diakibatkan penumpukan plak pada dinding arteri dan Trombosit yang melekat pada permukaan plak bersamaan dengan fibrin dan perlekatan tersebut perlahan menyebabkan plak membesar dan terbentuk trombus.

b) Emboli Penyumbatan dan penyempitan yang terjadi dipembuluh darah otak akibat bekuan lemak, darah, serta udara. Umumnya emboli berasal dari thrombus jantung dan terlepas kemudian menyumbat arteri serebra dan menyebabkan suplai oksigen keotak tidak efektif (Firdausi, 2023).

4. Patofisiologi Stroke Non Hemoragik

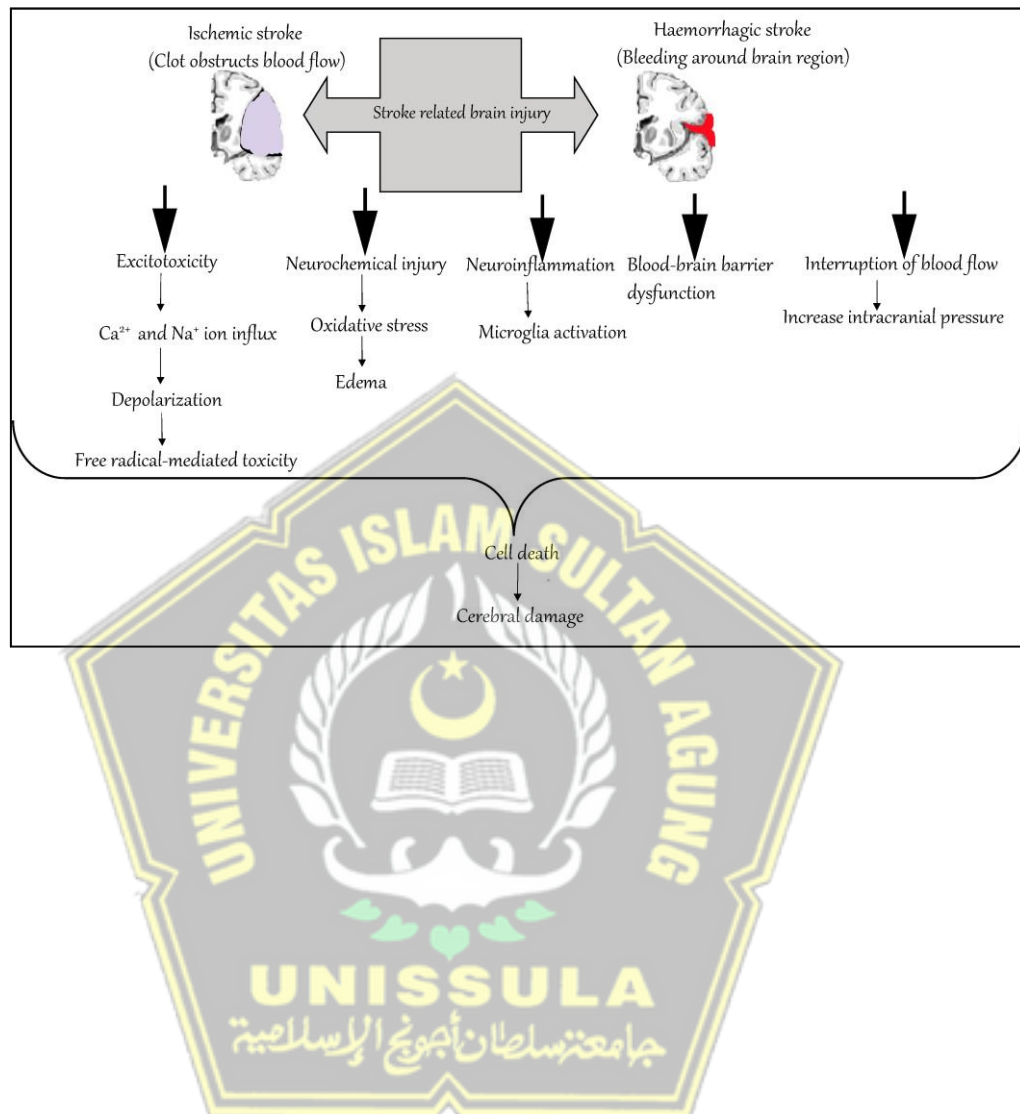
Stroke didefinisikan sebagai ledakan neurologis mendadak yang disebabkan oleh gangguan perfusi melalui pembuluh darah ke otak. Penting untuk memahami anatomi neurovaskular untuk mempelajari manifestasi klinis stroke. Aliran darah ke otak dikelola oleh dua karotis internal di bagian anterior dan dua arteri vertebralis di bagian posterior (lingkaran Willis). Stroke iskemik disebabkan oleh kurangnya suplai darah dan oksigen ke otak sedangkan stroke hemoragik disebabkan oleh perdarahan atau kebocoran pembuluh darah. Oklusi iskemik berkontribusi pada sekitar 85% korban jiwa

pada pasien stroke, dan sisanya disebabkan oleh perdarahan intraserebral. Oklusi iskemik menimbulkan kondisi trombotik dan emboli di otak.

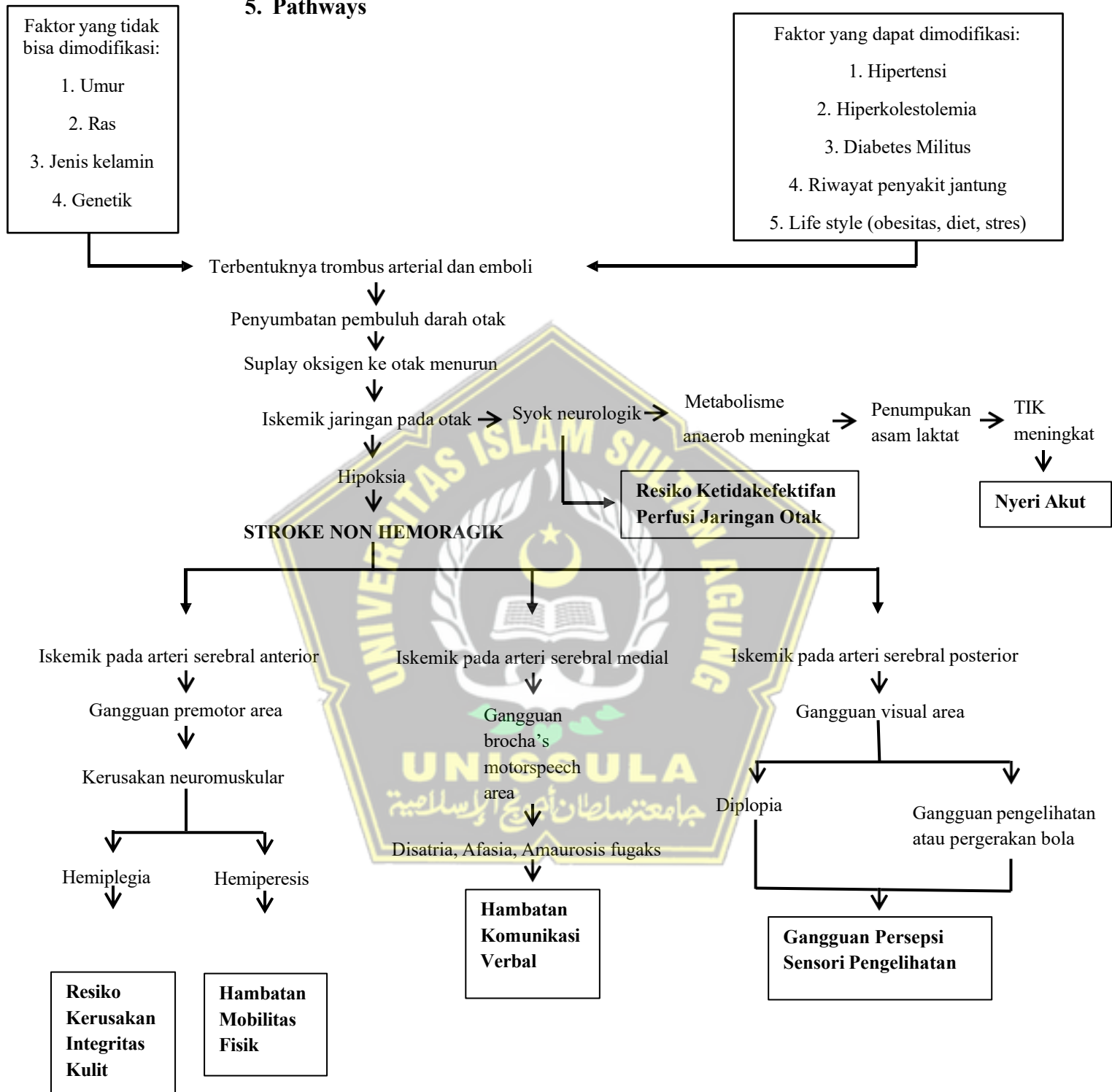
Aliran darah dipengaruhi oleh penyempitan pembuluh darah akibat aterosklerosis. Penumpukan plak pada akhirnya akan menyempitkan ruang pembuluh darah dan membentuk gumpalan, sehingga menyebabkan stroke trombotik. Pada stroke emboli, penurunan aliran darah ke daerah otak menyebabkan emboli aliran darah ke otak berkurang, menyebabkan stres berat dan kematian sel sebelum waktunya (nekrosis). Nekrosis diikuti oleh gangguan pada membran plasma, pembengkakan organel dan bocornya isi sel ke dalam ruang ekstraseluler dan hilangnya fungsi saraf. Peristiwa penting lainnya yang berkontribusi terhadap patologi stroke adalah peradangan, kegagalan energi, hilangnya homeostasis, asidosis, peningkatan kadar kalsium intraseluler, eksitotoksisitas, toksisitas yang diperantarai oleh radikal bebas, toksisitas yang diperantarai oleh sitokin, aktivasi komplemen, gangguan pada sawar darah otak, aktivasi sel glial, stres oksidatif dan infiltrasi leukosit.

Stroke hemoragik menyumbang sekitar 10-15% dari semua stroke dan memiliki tingkat kematian yang tinggi. efek toksik dalam sistem vaskular, yang mengakibatkan infark. Ini diklasifikasikan ke dalam perdarahan intraserebral dan subaraknoid. Penyebab utama ICH adalah hipertensi, gangguan pembuluh darah, penggunaan antikoagulan dan agen trombolitik yang berlebihan (Kuriakose & Xiao, 2023)

Gambar 2.2 *Molecular mechanism of stroke* (Sumber: Kuriakose & Xiao, 2023)



5. Pathways



Sumber: (Ismail, 2023), berdasarkan SDKI

6. Manifestasi Klinis

Gejala yang dapat timbul diantaranya yaitu terjadi secara mendadak, terdapat nyeri kepala berat, parasthesia (kesemutan), paresis (kelumpuhan atau penurunan kekuatan otot pada sebagian anggota badan), serta gangguan gerak. Pada tahapan awal stroke, gambaran klinis biasanya berupa kelumpuhan (paralysis) dan hilang atau melemahnya refleks tendon, kesulitan menelan (dysphagia), gangguan komunikasi, gangguan persepsi, perubahan kemampuan kognitif dan efek psikologis, serta disfungsi kandung kemih. (Agustin, 2023)

Selain itu manifestasi klinis yang lain yang dapat terjadi pada klien dengan stroke non hemoragik diantaranya :

- a) Penyumbatan pembuluh darah secara tiba-tiba karena trombus
- b) Dapat terbentuk trombus yang kemudian lepas sebagai emboli
- c) Menyebabkan aneurisma yaitu pembuluh darah menjadi lebih lemah atau lebih tipis sehingga mudah robek
- d) Gangguan berbicara dan bahasa
- e) Gangguan memori/daya ingat
- f) Nyeri kepala hebat
- g) Vertigo
- h) Kelemahan atau kelumpuhan pada separuh badan
- i) Gangguan fungsi otak
- j) Penurunan kesadaran

7. Klasifikasi Stroke Non Hemoragik

Ada 4 jenis pembagian Stroke Non Hemoragik berdasarkan perkembangan waktu, diantaranya (Firdausi, 2023) :

- a) TIA (*Trans Iskemik Attack*): Stroke yang terjadi selama beberapa menit saja dan beberapa kali dalam sehari. Gejala yang timbulkan biasanya hilang secara spontan kurang dari 24 jam.
- b) Gangguan Neurologik iskemik reversible: berlangsung lama, menetap dandengan gangguan minimal
- c) Stroke involusi: terjadi secara berangsur-angsur disertai bertambahnya gangguan dan menjadi buruk
- d) Stroke Komplit: bersifat mendadak, terjadi pada penderita hipertensi dan gangguan neurologik menetap

8. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi pada klien dengan stroke non hemoragik antara lain:

- a) Hipoksia serebral
- b) Bekuan darah (trombosis) terbentuk pada kaki yang lumpuh menyebabkan penimbunan cairan dan pembengkakan (edema)
- c) Dekubitus
- d) Pneumonia. Penderita stroke tidak bisa batuk dan menelan dengan baik, sehingga cairan menumpuk di paru-paru dan menyebabkan pneumonia.
- e) Atrofi dan kekakuan sendi.

Hal ini karena kurang gerak dan i.mobilisasi. Pada penderita stroke yang terlambat atau tidak segera ditangani dengan tepat maka dapat menimbulkan

terjadinya komplikasi yang lebih kompleks, yaitu dapat mengakibatkan kecacatan permanen atau kecacatanyang tidak dapat disembuhkan (Firdausi, 2023).

9. Pemeriksaan penunjang Stroke Non Hemoragik

Menurut (Pande Putu Anggi Juliani, 2024), menjelaskan beberapa pemeriksaan diagnostik yang dapat dilakukan pada pasien stroke hemoragik:

a. Computerized Tomography (CT) Scan

Pemeriksaan ini merupakan pemeriksaan utama untuk membedakan stroke iskemik dan hemoragik khususnya CT-Scan non kontras. Selain itu dapat mengidentifikasi komplikasi stroke seperti edema serebral dan hidrosefalus.

b. Pencitraan Resonan Magnetik (MRI)

Pemeriksaan ini dapat membantu mengidentifikasi penyebab dan waktu perdarahan. Selain itu menunjukkan adanya perdarahan mikro multiple misalnya pada angiopati amyloid serebral.

c. Angiografi Tomografi Terkomputasi (CTA)

Pemeriksaan ini dapat membantu mengidentifikasi aneurisma kecil atau vaskulitis namun tidak diperlukan pada kasus murni stroke non hemoragik

d. Magnetig Resonan Angiography (MRA)

Pemeriksaan ini dapat membantu mengidentifikasi aneurisma kecil atau vaskulitis namun tidak diperlukan pada kasus murni stroke hemoragik hipertensi.

- e. Pemeriksaan hematologi meliputi pemeriksaan darah lengkap, elektrolit dan gula darah.

10. Penatalaksanaan Stroke Non Hemoragik

Upaya yang diarahkan untuk memastikan kelangsungan hidup pasien dan mencegah komplikasi tambahan. Pendekatan pengobatan yang berhasil melibatkan evaluasi neurologis yang konstan, termasuk bantuan pernapasan dan pemantauan terus menerus terhadap tanda-tanda vital. Selain itu, menyesuaikan posisi tubuh pasien untuk mencegah kontraktur dan aspirasi, memantau kadar cairan dan elektrolit, menilai status gizi, dan mengenali tanda-tanda ketegangan selama buang air besar, karena hal ini dapat menyebabkan peningkatan tekanan intracranial (James W, Elston D, 2023). Penatalaksanaan stroke dibagi menjadi penatalaksanaan umum, medis dan khusus/komplikasi meliputi:

a. Penatalaksanaan umum

- 1) Posisi Fowler (kepala dan badan atas 20-30°)
- 2) Bebaskan jalan nafas dan dengan pemberian oksigen 1-2 liter/menit
- 3) Memasang kateter untuk membantu mengosongkan kandung kemih
- 4) Memantau atau mengontrol tekanan darah
- 5) Memantau suhu tubuh
- 6) Pemberian nutrisi melalui oral diberikan setelah tes fungsi menelan baik, karena jika terdapat penurunan tingkat kesadaran atau gangguan menelan terjadi pada pasien, maka dari itu pasien akan dianjurkan untuk pemasangan NGT

7) Latihan mobilisasi dan rehabilitasi dini

b. Penatalaksanaan medis

- 1) Streptokinase (trombolitik)
- 2) Asetosol, ticlopidin, cilostazol, dipiradamol (anti trombolitik)
- 3) Heparin (antikoagulan)
- 4) Nofitidrofuryl (antagonis serotonin)
- 5) Nomodipin, piracetam (antagonis calcium)

c. Penatalaksanaan khusus/komplikasi

- 1) Factor risiko seperti anti hiperglikemia, anti hipertensi, dan anti hiperurisemia.
- 2) Antikonvulsan (mencegah terjadinya kejang)
- 3) Manipl, gliserol, furosemide, intubasi, steroid, dan lain-lain (Atasi tekanan intrakranial yang meninggi)
- 4) Kraniotomi yaitu proses operasi dengan membuat lubang pada tulang tengkorak agar dokter dapat melakukan pembedahan otak

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah proses pengumpulan data dan analisis informasi secara sistematis dan berkelanjutan mengenai klien. Pengkajian dimulai dengan mengumpulkan data dan menempatkan data ke dalam format yang terorganisir. Pengumpulan data mengenai klien dapat dilakukan melalui observasi, wawancara, dan pemeriksaan fisik. Menurut (Agustin, 2023) dasar data pengkajian pada klien dengan stroke diantaranya :

a) Aktivitas / Istirahat

Gejala: Merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat (nyeri/kejang otot).

Tanda: gangguan tonus otot, paralisis, dan terjadi kelemahan umum, gangguan penglihatan, dan gangguan tingkat kesadaran.

b) Sirkulasi

Gejala: adanya penyakit jantung, riwayat hipotensi postural, dan polisitemia.

Tanda: hipertensi arterial sehubungan dengan adanya embolisme, disritmia, perubahan EKG, frekuensi nadi bervariasi (karena ketidakstabilan fungsi jantung / kondisi jantung, obat-obatan, dan efek stroke), terjadi desiran pada karotis, femoralis, dan arteri iliaka / aorta yang abnormal.

c) Integritas Ego

Gejala yang timbul berupa perasaan tidak berdaya dan perasaan putus asa.

Tanda yang muncul yaitu emosi labil dan ketidaksiapan untuk marah, sedih, dan gembira, serta kesulitan untuk mengekspresikan diri.

d) Eliminasi

Gejala: perubahan pola berkemih, misalnya inkontinensia urine atau anuria, distensi abdomen bising usus negatif.

e) Makanan / Cairan

Gejala: nafsu makan hilang, mual muntah, kehilangan sensasi pengecapan pada lidah, pipi, dan tenggorokan, disfagia, adanya riwayat diabetes, peningkatan lemak dalam darah.

Tanda: kesulitan menelan (gangguan pada refleks palatum dan faringeal), obesitas (faktor risiko).

f) Neurosensori

Gejala: sakit kepala, kelemahan / kesemutan / kebas (biasanya terjadi setelah serangan TIA, yang ditemukan dalam berbagai derajat dalam stroke jenis yang lain); sisi yang terkena terlihat seperti “mati/lumpuh”; penglihatan menurun; penglihatan ganda (diplopia) atau gangguan yang lain; pada sentuhan hilangnya rangsang sensorik kontralateral (pada sisi tubuh yang berlawanan) pada ekstremitas dan kadang-kadang pada ipsilateral (yang satu sisi) pada wajah; gangguan rasa pengecapan dan penciuman.

Tanda: status mental / tingkat kesadaran: biasanya terjadi koma pada tahap awal hemoragik; biasanya akan tetap sadar jika penyebabnya adalah trombosis yang bersifat alami; gangguan tingkah laku (seperti letargi, apatis, menyerang); gangguan fungsi kognitif (penurunan memori, pemecahan masalah). Ekstremitas : kelemahan/*paralysis* (kontralateral pada semua jenis stroke), genggaman tidak sama, refleks tendon melemah secara kontralateral. Pada wajah terjadi *paralysis* atau *parase (ipsilateral)*. Afasia : gangguan atau kehilangan fungsi bahasa

mungkin afasia motorik (kesulitan untuk mengungkapkan kata), afasia reseptif (kesulitan untuk memahami kata-kata secara bermakna), afasia global (gabungan dari kedua afasia tersebut). Kehilangan kemampuan menggunakan motorik ketika klien ingin menggerakkannya (*apraksia*). Ukuran pupil tidak sama, dilatasi atau miosis pupil *ipsilateral* (perdarahan / herniasi). Kehilangan kemampuan mengenali/menghayati masuknya rangsang visual, pendengaran, taktil (agnosia), seperti gangguan persepsi, gangguan kesadaran terhadap citra tubuh, kewaspadaan, kelalaian terhadap bagian tubuh yang terkena. Kekakuan *nukal* (biasanya karena perdarahan). Kejang (biasanya karena adanya pencetus perdarahan).

g) Nyeri / Kenyamanan

Gejala: sakit kepala dengan intensitas yang berbeda-beda (karena arteri karotis terkena).

Tanda: tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan pada otot/fasia.

h) Pernapasan

Gejala: merokok (faktor risiko).

Tanda: ketidakmampuan menelan, batuk, terjadi hambatan jalan nafas, timbulnya pernapasan yang tidak teratur, suara napas terdengar ronki.

i) Keamanan

Tanda: motorik / sensorik : masalah penglihatan, perubahan persepsi orientasi tempat tubuh (stroke kanan), kesulitan melihat objek dari sisi

kiri (pada stroke kanan), hilang kewaspadaan terhadap bagian tubuh yang nyeri, tidak mampu mengenali objek, warna, kata, dan wajah yang pernah dikenal, gangguan dalam memutuskan sesuatu, perhatian sedikit terhadap keamanan, tidak sabar, serta gangguan berespon terhadap panad atau dingin.

j) Interaksi Sosial

Tanda : masalah berbicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi dengan orang lain.

k) Penyuluhan / Pembelajaran

Gejala: adanya riwayat hipertensi dan stroke pada keluarga (factor risiko), pemakaian kontrasepsi oral, kecanduan alkohol (faktor risiko)
Pertimbangan rencana pemulangan : Mungkin memerlukan obat, bantuan dalam hal transportasi perawatan diri, penyiapan makanan; perubahan dalam susunan rumah secara fisik, tempat transisi sebelum kembali ke lingkungan rumah.

Selain itu, pengkajian pada klien dengan stroke dapat dilakukan dengan pemeriksaan fisik, pemeriksaan nervus / saraf kranial, dan pemeriksaan refleks.

a) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan secara sistematis dengan melakukan inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan secara *head to toe* (Agustin, 2023).

b) Penampilan / Keadaan Umum

Pada klien stroke pada umumnya tampak lemah, lesu, merasakan nyeri hebat pada kepala.

c) Kesadaran

Biasanya pada klien stroke mengalami penurunan kesadaran, tingkat kesadaran somnolen, apatis, sopor, soporokoma pada awal terserang stroke, sedangkan pada masa pemulihan tingkat kesadaran letargi dan dapat composmentis (GCS 13-15).

Tabel 2.1 *Glasgow Coma Scale* (Black, 1997)

Tes	Respon	Skor
Eye (E)	- Membuka mata spontan	4
	- Rangsang suara	3
	- Rangsang nyeri	2
	- Tidak ada respon	1
Motorik (M)	- Mengikuti perintah	6
	- Melokalisir nyeri	5
	- Fleksi menarik	4
	- Fleksi abnormal	3
	- Ekstensi abnormal	2
	- Tidak ada respon	1
Verbal (V)	- Orientasi baik	5
	- Orientasi terganggu	4
	- Kata-kata tidak jelas	3
	- Suara tidak jelas (bergumam)	2
	- Tidak ada respon	1

Dari hasil tersebut kesadaran pasien dapat dikategorikan berdasarkan skala berikut: jika nilai pasien tersebut berada diantara 14-15, maka pasien tersebut dapat dikatakan compos mentis, dan maksudnya pasien tersebut memiliki kesadaran yang masih normal dan masih menimbulkan respon terhadap stimulus yang diberikan.

Kemudian jika nilai pasien berada diantara 12-13, maka pasien tersebut apatis, yang berarti cukup kurang responsif terhadap stimulus dan lingkungan sekitarnya. Jika nilai pasien berada diantara 10-11, maka pasien tersebut delirium, yang artinya pasien tersebut memiliki gangguan kesadaran dan ditandai dengan gejala bingung, disorientasi terhadap ruang dan tempat juga ada perubahan perilakunya.

Dan jika nilai pasien berada diantara 7-9, maka pasien tersebut somnolen, yang artinya pasien tersebut memiliki kesadaran yang menurun. Jika nilai pasien berada diantara 5-6, maka pasien tersebut sopor, yang artinya pasien tersebut dapat identik respon terhadap stimulus yang kuat. Namun jika nilai pasien hanya 4, maka pasien tersebut soporos koma, yang artinya pasien tersebut kesadarannya sangat rendah. Dan jika hanya 3 saja, maka pasien tersebut dinyatakan koma, yang berarti pasien disitu tidak ada kesadarannya.

d) Vital Sign

Suhu, tekanan darah, frekuensi pernapasan, nadi, dan berat badan. Pada klien dengan stroke biasanya memiliki tekanan darah tinggi ($>140/90$ mmHg), nadi biasanya normal, pernapasan biasanya mengalami gangguan bersihan jalan napas, dan suhu biasanya tidak ada masalah / normal.

e) Kepala

Kaji kebersihan kepala, kaji apakah ada hematoma, bekas operasi atau luka di kepala. Pada klien stroke biasanya wajah tidak simetris antara kanan dan kiri karena kerusakan nervus VII (nervus facialis).

f) Mata

Kaji apakah penglihatan terasa kabur karena kerusakan nervus II (nervus optikus), kaji adanya gangguan dalam menggerakkan bola mata menyamping pada nervus VI (nervus abducent), gangguan dalam menggerakkan bola mata ke atas dan bawah pada nervus IV (nervus trochlearis). Biasanya konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, kelopak mata tidak oedema.

g) Hidung

Kaji apakah ada gangguan penciuman akibat kerusakan nervus I (nervus olfactorius). Biasanya simetris hidung kiri dan kanan, tidak ada pernafasan cuping hidung.

h) Telinga

Kaji apakah ada gangguan pendengaran karena kerusakan nervus VIII (nervus acusticus/auditori). Biasanya pasien kurang bisa mendengar gesekan jari perawat namun tergantung lokasi kelemahan yang dialami klien, dan klien hanya bisa mendengar suara yang keras dengan artikulasi yang jelas.

i) Mulut dan Tenggorokan

Kaji apakah mulut simetris atau tidak pada nervus VII (nervus facialis), kaji kemampuan pengecap, kemampuan menelan, dan gerak lidah pada nervus IX dan nervus X (nervus glossofaringeus dan nervus vagus). Pada klien stroke biasanya mulut moncong, tidak simetris, tenggorokan mengalami gangguan menelan. Pada klien apatis, sopor, soporos koma, hingga koma, biasanya mengalami masalah bau mulut, mukosa bibir kering, gigi kotor. Pada nervus XII (nervus hipoglossus).

j) Leher

Kaji adanya kaku kuduk, benjolan pada leher, pembesaran kelenjar tiroid dan pembesaran vena jugularis. Umumnya normal.

k) Dada

b. Jantung (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)

Inspeksi : Dilihat apakah ada kelainan atau tidak

Palpasi : Ictus cordis teraba atau tidak

Perkusi : Terdengar suara pekak, redup, sonor, hipersonor

Auskultasi: Dengarkan suara jantung apakah terdengar kuat lup dup atau tidak (S1 dan S2)

c. Paru (inspeksi, perkusi, palpasi, auskultasi)

Inspeksi : Dilihat bentuk dada simetris atau tidak, pengembangan dada, ada trauma pada dada atau tidak.

Palpasi : Apakah ada benjolan atau tidak, ada perubahan bentuk atau tidak, taktil fremitus sama atau tidak.

Perkusi : Apakah terdengar redup, sonor, atau hipersonor.

Auskultasi: Apakah terdengar vesikuler, bronchial, tracheal.

d. Abdomen (inspeksi, auskultasi, perkusi, palpasi)

Inspeksi : kaji adanya luka atau jejas, kaji adanya kemerahan atau ruam pada abdomen, kaji bentuk abdomen

Auskultasi: Dengarkan bising usus berapa kali permenit

Perkusi : Terdengar bunyi timpani (normal) atau hipertimpani (abnormal)

Palpasi : Kaji adanya nyeri tekan pada abdomen, palpasi dangkal atau dalam

l) Genetalia

Kaji kebersihan daerah genetalia, kaji adanya inkontinensia urin atau retensi urin, terdapat rambut pubis atau tidak, terdapat hemoroid atau tidak.

m) Ekstremitas atas dan bawah

Kaji adanya kelemahan anggota gerak atau kelumpuhan, kaji kekuatan otot ekstremitas, rentang gerak biasanya terbatas, edema, nyeri tekan atau nyeri gerak, penggunaan alat bantu gerak. Pengkajian kekuatan otot ekstremitas :

Nilai 0: Bila tidak ada kontraksi otot

Nilai 1: Bila terlihat kontraksi namun tidak ada gerakan sendi

Nilai 2: Bila ada gerakan sendi namun tidak melewati gravitasi

Nilai 3: Bila dapat melewati gravitasi namun tidak dapat menahan tekanan pemeriksaan

Nilai 4: Bila dapat melawan tahanan pemeriksaan tetapi kekuatannya berkurang

Nilai 5: Bila dapat melawan kekuatan tahanan dengan kekuatan penuh

n) Kulit

Kaji kebersihan kulit, kaji warna kulit, kaji turgor kulit (capillary refill time), kaji adanya edema, kaji adanya lesi atau tidak (Agustin, 2023).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, 2017).

Diagnosa yang akan muncul pada kasus stroke non hemoragik dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017) yaitu:

- a. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan Otot
- b. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular.
- c. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis (iskemia).
- d. Risiko Jatuh berhubungan dengan Kekuatan Otot Menurun

Berikut adalah uraian dari diagnosa yang timbul bagi klien stroke non hemoragik dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017):

a. Intoleransi Aktivitas (D.0056)

1) Definisi

Ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari

2) Penyebab

Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, Tirah baring, Kelemahan, Imobilitas, Gaya hidup monoton.

3) Tanda dan Gejala

Mengeluh lemah, Frekuensi jantung meningkat $>20\%$ dari kondisi istirahat, Dispnea saat/ setelah aktivitas, Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, Merasa lemah, Tekanan darah berubah $>20\%$ dari kondisi istirahat, Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas, Gambaran EKG menunjukkan iskemia, Sianosis.

4) Kondisi Klinis Terkait

Anemia, Gagal jantung kongesif, Penyakit jantung koroner, Penyakit katup jantung, Aritmia, Penyakit paru obstruktif kronis, Gangguan metabolik, Gangguan muskuloskeletal.

b. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

1) Definisi

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

2) Penyebab

Ketidakbugaran fisik, Penurunan kekuatan otot, Gangguan neuromuskular, Nyeri, Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, Gangguan kognitif, Gangguan sensori persepsi.

3) Tanda dan Gejala

Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, Tampak kekuatan otot menurun, Rentang gerak (ROM) menurun, Nyeri saat bergerak, Enggan melakukan pergerakan, Merasa cemas saat bergerak, Tampak sendi kaku, Gerakan tidak terkoordinasi, Gerakan terbatas, fisik lemah.

4) Kondisi klinis terkait: Stroke

c. Nyeri Akut (D.0077)

1) Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

2) Penyebab

Agen pencedera fisiologis (iskemia).

3) Tanda dan Gejala

Mengeluh nyeri, Tampak meringis, Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri), Gelisah, frekuensi nadi meningkat, Sulit tidur, Tekanan darah meningkat, Pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, Menarik diri, Berfokus pada diri sendiri dan diaphoresis

4) Kondisi klinis terkait: Sindrom korener akut.

d. Risiko Jatuh (D0143)

1) Definisi

Beresiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh.

2) Faktor Risiko

Usia ≥ 65 tahun (pada dewasa) atau ≤ 2 tahun (pada anak), riwayat jatuh, anggota gerak bawah prostesis (buatan), penggunaan alat bantu berjalan, penurunan tingkat kesadaran, perubahan fungsi kognitif, lingkungan tidak aman (mis. licin, gelap, lingkungan asing), kondisi pasca operasi, hipotensi ortostatik, perubahan kadar glukosa darah, anemia, kekuatan otot menurun, gangguan pendengaran, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan (mis. glaukoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus), neuropati, efek agen farmakologis (mis. sedasi, alkohol, anastesi umum).

3) Kondisi Klinis Terkait

Osteoporosis, kejang, penyakit sebrovaskuler, katarak, glaukoma, demensia, hipotensi, amputasi, intoksikasi, preeklamsi.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan, dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan pasien dapat diatasi (Adolph, 2023).

Intervensi keperawatan yang muncul pada pasien stroke non hemoragik menurut (SIKI, 2018), yaitu :

a. Diagnosa : Intoleransi Aktivitas

Tujuan dan Kriteria Hasil:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan intoleransi aktifitas (L.05047) dapat teratasi dengan kriteria hasil ;

- 1) Frekuensi nadi meningkat,
- 2) Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat,
- 3) Kekuatan tubuh bagian atas meningkat,
- 4) Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat,
- 5) Keluhan lelah menurun,
- 6) Perasaan lemah meurun,
- 7) Warna kulit membaik,
- 8) Tekanan darah membaik,
- 9) EKG iskemia membaik

Intervensi;

- 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan,
- 2) Monitor kelelahan fisik dan emosional,
- 3) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas,
- 4) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan),
- 5) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/ aktif,
- 6) Berikan aktifitas distraksi yang menyenangkan,

- 7) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur,
- 8) jika tidak dapat berpindah atau berjalan,
- 9) Anjurkan tirah baring,
- 10) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap,
- 11) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

b. Diagnosa: Gangguan Mobilitas Fisik

Tujuan dan Kriteria Hasil:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik (L.05042) klien meningkat dengan kriteria hasil;

- 1) Pergerakan ekstremitas meningkat,
- 2) Kekuatan otot meningkat,
- 3) Rentang gerak (ROM) meningkat,
- 4) Kelemahan fisik menurun

Intervensi;

- 1) Identifikasi kemampuan dalam melakukan pergerakan,
- 2) Identifikasi faktor resiko jatuh,
- 3) Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya,
- 4) Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci,
- 5) Gunakan alat bantu berjalan,
- 6) Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan,

- 7) Ajarkan mobilisasi sederhana yang bisa dilakukan seperti duduk ditempat tidur miring kanan kiri dan latihan rentang gerak (ROM),
- 8) Ajarkan menggunakan alas kaki yang tidak licin,
- 9) Ajarkan melebarkan jarak ke dua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri,
- 10) Monitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi.

c. Diagnosa: Nyeri Akut

Tujuan dan Kriteria Hasil:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil;

- 1) Keluhan nyeri menurun,
- 2) Meringis menurun,
- 3) Sikap protektif menurun,
- 4) Gelisah menurun,
- 5) TTV membaik

Intervensi;

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kulaitas, intensitas nyeri,
- 2) Identifikasi skala nyeri,
- 3) Identifikasi respon nyeri non verbal,
- 4) Berikan posisi yang nyaman,
- 5) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (misalnya relaksasi nafas dalam),

d. Diagnosa: Risiko Jatuh

Tujuan dan Kriteria Hasil:

Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam diharapkan tingkat jatuh menurun (L14138) dengan kriteria hasil;

- 1) Tidak ada kejadian jatuh
- 2) Keseimbangan kembali normal
- 3) Mobilitas fisik kembali normal

Intervensi;

- 1) Identifikasi risiko jatuh
- 2) Beri dukungan ambulasi dan mobilisasi
- 3) Edukasi keamanan bayi
- 4) Edukasi keamanan anak
- 5) Edukasi keselamatan lingkungan
- 6) Edukasi pengurangan risiko
- 7) Manajemen kejang
- 8) Manajemen sedasi
- 9) Orientasi realita
- 10) Pemberian obat
- 11) Pemasangan alat pengaman
- 12) Pencegahan kejang
- 13) Pencegahan risiko lingkungan
- 14) Pengekangan fisik
- 15) Pengenalan fasilitas

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan dimana rencana keperawatan dilaksanakan melaksanakan intervensi/aktivitas yang telah ditentukan, pada tahap ini perawat siap untuk melaksanakan intervensi dan aktivitas yang telah dicatat dalam rencana perawatan pasien. Agar implementasi perencanaan dapat tepat waktu dan efektif terhadap biaya, pertama-tama harus mengidentifikasi prioritas perawatan pasien, kemudian bila perawatan telah dilaksanakan, memantau dan mencatat respons pasien terhadap setiap intervensi dan mengkomunikasikan informasi ini kepada penyedia perawatan kesehatan lainnya. Kemudian, dengan menggunakan data, dapat mengevaluasi dan merevisi rencana perawatan dalam tahap proses keperawatan berikutnya (Adolph, 2023). Komponen tahap implementasi antara lain:

- a. Tindakan keperawatan mandiri,
- b. Tindakan keperawatan edukatif,
- c. Tindakan keperawatan kolaboratif,
- d. Dokumentasi tindakan keperawatan dan respon pasien terhadap asuhan keperawatan.

5. Evaluasi Keperawatan

Menurut (Adolph, 2023) dalam buku konsep dan penulisan asuhan keperawatan tahapan penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan

pasien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. Terdapat dua jenis evaluasi, yaitu :

a. Evaluasi Formatif (Proses)

Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif, objektif, analisis data dan perencanaan.

- 1) S (subjektif) : Data subjektif dari hasil keluhan pasien, kecuali pada pasien yang afasia.
- 2) O (objektif) : Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat.
- 3) A (analisis) : Masalah dan diagnosis keperawatan pasien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan data objektif.
- 4) P (perencanaan): Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan pasien.

b. Evaluasi Sumatif (Hasil)

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang

telah diberikan. Ada 3 kemungkinan evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan (Adolph, 2023), yaitu:

- 1) Tujuan tercapai atau masalah teratasi jika pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditentukan.
- 2) Tujuan tercapai sebagian atau masalah teratasi sebagian atau kpasien masih dalam proses pencapaian tujuan jika klien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan.
- 3) Tujuan tidak tercapai atau masih belum teratasi jika pasien hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali.

C. Tindakan Keperawatan Sesuai SIKI (Range of Motion)

1. Pengertian ROM (Range of Motion)

Latihan yang disebut ROM adalah latihan yang memperbaiki aliran darah perifer dan menghentikan kekakuan otot atau sendi dengan menggerakkan sendi lebih luas. Latihan-latihan ini mengekalkan atau meningkatkan kemampuan untuk mengatur sendi secara normal dan lengkap untuk membantu otot menjadi lebih kuat dan lebih kuat dengan waktu sehingga mencegah deformitas, kekakuan, dan kontraktur. Hal ini juga penting untuk pemulihan sendi dan otot setelah operasi untuk mencegah komplikasi lebih lanjut (Hidayat, 2023).

2. Indikasi dan Kontra Indikasi ROM (Range of Motion)

Terdapat indikasi dan kontra indikasi ROM menurut (Hidayat, 2023) sebagai berikut:

1. Indikasi:

- a) ROM Pasif: pada area yang mengalami inflamasi jaringan akut, yang akan menghambat proses penyembuhan. Ketika pasien tidak dapat bergerak atau tidak dapat bergerak sama sekali, seperti dalam keadaan koma, kelumpuhan, atau bed rest total.
- b) ROM Aktif: pada saat pasien dapat secara aktif berkontraksi otot dan menggerakkan ruas sendinya tanpa bantuan.

2. Kontra Indikasi

- a) Latihan ROM tidak boleh diberikan apabila gerakan dapat mengganggu penyembuhan cedera.
- b) ROM tidak boleh dilakukan pada pasien dengan respons atau kondisi yang membahayakan (life threatening).
- c) ROM pasif dilakukan dengan hati-hati pada sendi besar, sedangkan ROM aktif dilakukan pada persendian dan kaki untuk meminimalisasi venous stasis dan pembentukan trombus pada keadaan setelah infark miokard, operasi arteri koronarian, dan lain-lain, ROM aktif pada ekstremitas atas masih dapat diberikan dalam pengawasan yang ketat.

3. Prosedur Intervensi

1. Tahap Orientasi

- a) Melakukan salam sebagai pendekatan terapeutik
- b) Menjelaskan tujuan, kontrak waktu dan prosedur tindakan pada klien / keluarga

c) Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien sebelum prosedur dilakukan

2. Tahap Kerja

a) Tutup pintu dan jendela atau pasang sampiran untuk menjaga privasi klien

b) Mencuci tangan

c) Atur ketinggian tempat tidur yang sesuai agar memudahkan perawat dalam bekerja dan penggunaan selalu prinsip-prinsip mekanika tubuh

d) Posisikan klien dengan posisi supinasi dekat dengan perawat dan buka bagian tubuh yang akan di gerakkan

e) Rapatkan kedua kaki dan letakkan kedua tangan pada masing-masing sisi tubuh

f) Kaji denyut nadi sebelum Latihan

g) Latih rentang gerak persendian klien

ROM AKTIF

Berikan intruksi atau motivasi kepada klien untuk menggerakkan persendian tubuh klien sesuai dengan rentang geraknya

Catatan;

1) Selama latihan, kaji kemampuan untuk intolaransi gerakan rentang gerak (ROM) dan masing-masing persendian

2) Kembalikan pada posisi awal setelah masing-masing gerakan

3) Ulangi masing-masing gerakan tiga kali

ROM PASIF

Catatan;

- 1) Selama latihan, kaji kemampuan untuk toleransi gerakan rentang gerak (ROM) dan masing-masing persendian
- 2) Kembalikan pada posisi awal setelah masing-masing gerakan
- 3) Ulangi masing-masing gerakan tiga kali

GERAKAN-GERAKAN ROM

1. Gerakan Kepala

Cara;

- a) Fleksi, menggerakkan dagu dan menempelkan ke dada
- b) Ekstensi, mengembalikan kepala ke posisi tegak
- c) Hiperekstensi, menekuk kepala ke belakang
- d) Fleksi lateral, memiringkan kepala ke arah setiap bahu
- e) Rotasi, memutar kepala dalam gerakan sirkuler

2. Gerakan Tangan

Cara;

- a) Fleksi, menaikkan lengan ke posisi di samping tubuh ke depan ke posisi diatas kepala
- b) Ekstensi, mengembalikan lengan ke posisi di samping tubuh
- c) Hiperekstensi, menggerakkan lengan ke belakang tubuh, siku tetap lurus

- d) Abduksi, menaikkan lengan ke posisi samping diatas kepala dengan telapak tangan jauh dari kepala
- e) Adduksi, menurunkan lengan ke samping dan menyilang tubuh sejauh mungkin
- f) Sirkumduksi, menggerakkan lengan dengan lingkaran penuh
- g) Rotasi dalam, dengan siku fleksi, memutar bahu dengan menggerakkan lengan sampai ibu jari menghadap ke dalam dan belakang
- h) Rotasi luar, dengan siku fleksi, menggerakkan lengan sampai ibu jari ke atas dan samping kepala
- i) Fleksi, menekuk siku lengan bawah bergerak ke depan sendi bahu dan tangan sejajar bahu
- j) Ekstensi, meluruskan siku dengan menurunkan tangan
- k) Fleksi, menggerakkan telapak tangan ke sisi bagian dalam lengan bawah
- l) Ekstensi, menggerakkan jari-jari sehingga jari-jari, tangan bawah berada dalam arah yang sama
- m) Hiperekstensi, membawa permukaan tangan dorsal ke belakang sejauh mungkin
- n) Abduksi (fleksi radial), menekuk pergelangan tangan miring (medial ke ibu jari)
- o) Adduksi (fleksi ulnar), menekuk pergelangan tangan miring (lateral ke arah lima jari)

3. Gerakan Jari-jari

Cara;

- a) Fleksi, membuat genggaman
- b) Ekstensi, meluruskan jari-jari tangan
- c) Hiperekstensi, menggerakkan jari-jari tangan ke belakang sejauh mungkin
- d) Abduksi, merenggangkan jari-jari tangan yang satu dengan yang lain
- e) Adduksi, merapatkan jari tangan
- f) Fleksi, menggerakkan ibu jari menyilang permukaan telapak tangan
- g) Menggerakkan ibu jari lurus menjauh dari tangan
- h) Abduksi, menjauhkan ibu jari ke samping
- i) Adduksi, menggerakkan ibu jari ke depan tangan
- j) Oposisi, menyentuh ibu jari ke setiap jari tangan yang sama

4. Gerakan Kaki

Cara;

- a. Fleksi, menggerakkan tungkai ke depan dan atas
- b. Ekstensi, menggerakkan kembali ke samping tungkai yang lain
- c. Hiperekstensi, menggerakkan tungkai ke belakang tubuh
- d. Abduksi, menggerakkan tungkai menjauhi tubuh
- e. Adduksi, menggerakkan tungkai ke posisi medial dan melebihi jika mungkin
- f. Rotasi luar, memutar kaki dan tungkai menjauhi tungkai lain
- g. Sirkumduksi, menggerakkan tungkai melingkar

- h. Fleksi, menggerakkan tumit ke arah belakang paha
- i. Ekstensi, mengembalikan tungkai ke lantai
- j. Dorsofleksi, menggerakkan kaki sehingga jari kaki menekuk ke atas
- k. Eversion, memutar telapak kaki kesamping luar
- l. Inversion, memutar telapak kaki kesamping dalam
- m. Fleksi, melengkungkan jari kaki ke bawah
- n. Ekstensi, meluruskan jari kaki
- o. Abduksi, merenggangkan jari kaki satu dengan yang lain
- p. Adduksi, merapatkan kembali bersama-sama
- 3. Tahap Terminasi
 - a. Mengevaluasi hasil tindakan dan respon klien
 - b. Kaji denyut nadi setelah latihan
 - c. Menjelaskan bahwa tindakan sudah selesai di lakukan pada klien atau keluarga pamit
 - d. Mendokumentasikan Tindakan
- 4. Evaluasi
 - a. Tidak terjadi cedera
 - b. Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah Tindakan
 - c. Peningkatan rentang gerak sendi.

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Desain Penelitian

Jenis penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus. Penelitian deskriptif bertujuan untuk menggambarkan objek yang diteliti. Dalam hal ini objek yang diteliti yakni pasien Tn. R dan Tn. M dengan diagnosa medis stroke non hemoragik di Ruang Baitul Izzah 2 RSI Sultan Agung Semarang. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi pada pasien dengan Diagnosa medis stroke non hemoragik di RSI Sultan Agung Semarang.

B. Subyek Studi Kasus

Subyek penelitian atau sampel merupakan bagian dari populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subyek penelitian (Nursalam, 2022). Penelitian studi kasus ini menggunakan 2 orang pasien yang mengalami penyakit stroke non hemoragik dengan masalah gangguan mobilitas fisik.

C. Fokus Studi

Fokus studi adalah objek penelitian atau apa yang menjadi titik perhatian suatu penelitian. Fokus utama studi ini adalah pelaksanaan implementasi pemenuhan kebutuhan aktifitas gangguan mobilitas fisik dengan penerapan ROM pada pasien stroke non hemoragik di RSI Sultan Agung Semarang.

D. Definisi Operasional Fokus Studi

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang diidentifikasi tersebut. Karakteristik yang dapat diamati (diukur) itulah yang merupakan kunci definisi operasional. Dapat diamati artinya memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu obyek atau fenomena yang kemudian dapat diulangi lagi oleh orang lain (Nursalam, 2022). Dalam mempermudah penelitian ini, peneliti membuat penjelasan sebagai berikut:

1. Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan yang baik/optimal.
2. Stroke non hemoragik adalah gangguan neurologis yang ditandai oleh kerusakan atau nekrosis jaringan otak. Kerusakan ini terjadi akibat kurangnya suplai oksigen yang diakibatkan oleh gangguan aliran darah, seperti penyumbatan pada pembuluh darah di otak atau yang menuju ke otak, serta hipoperfusi.
3. Gangguan mobilitas fisik adalah diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

E. Instrumen Studi kasus

Instrumen studi kasus yang digunakan adalah lembar wawancara, lembar observasi tentang kriteria inklusi, tanda gejala stroke dan tanda gejala mayor masalah gangguan mobilitas fisik dan tingkat mobilitas fisik, format pemeriksaan kekuatan otot, dan format prosedur (SOP) latihan pergerakan sendi.

Lembar observasi MMT (*Manual Muscle Testing*) Lembar observasi MMT dengan 5 derajat kemampuan yaitu: 0 = paralisis total, 1 = kontraksi otot ada, tidak dapat menggerakkan, 2 = otot mampu menggerakkan tetapi tidak dapat melawan gravitasi, 3 = dapat menggerakkan dan melawan gravitasi tetapi tidak kuat, 4 = dapat menggerakkan dan melawan tahanan minimal, 5= kekuatan otot utuh atau normal.

F. Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian. Metode pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini adalah wawancara dengan teknik anamnesa dan observasi yang terstruktur. Penulis melakukan wawancara secara langsung kepada pasien mengenai keluhan yang dialami serta riwayat kesehatan terkait dengan masalah gangguan mobilitas fisik akibat stroke non hemoragik. Penulis melakukan pengumpulan data terkait subjek penelitian melalui metode observasi atau

pengamatan secara cermat dan mendetail pada kondisi subjek yang meliputi : keadaan umum, serta tanda gejala objektif yang dialami pasien. Penulis juga membantu melakukan Latihan Rentang Gerak (ROM) terhadap pasien.

G. Lokasi & Waktu Studi kasus

1. Lokasi studi kasus

Studi kasus dilakukan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

2. Waktu studi kasus

Waktu studi kasus dilakukan 17 Februari – 8 Maret 2025

H. Analisis Data dan Penyajian Data

1. Analisa data

Analisa data yang dilakukan dalam studi kasus ini yaitu analisis data deskriptif dan naratif. Analisis data deskriptif naratif yaitu mengumpulkan dan menyusun data dengan cara mendeskripsikan sebagian atau secara keseluruhan pengalaman individu atau kelompok, kemudian dihubungkan antar suatu alur cerita dengan alur cerita lainnya yang berfokus pada studi kasus individu.

2. Penyajian data

Data yang telah dikumpulkan dan dikodekan dapat disajikan menggunakan berbagai format, seperti tabel askep, gambar, diagram, atau teks deskriptif. Selama proses penyajian data, kerahasiaan identitas responden akan dijaga untuk memastikan kerahasiaan mereka terlindungi.

I. Etika Studi kasus

Prinsip etika dalam penelitian ini meliputi prinsip kemaslahatan, penghormatan terhadap hak subjek, dan penerapan keadilan, yang meliputi:

1. *Autonomi* (otonomi) dipertahankan dengan memberikan informasi terbuka kepada responden dan memberikan kesempatan untuk memutuskan dalam berpartisipasi.
2. *Informed consent* memberikan informasi yang lengkap mengenai tujuan penelitian yang akan dilakukan. Dalam *informed consent* juga perlu disebutkan bahwa data yang diperoleh hanya akan digunakan untuk pengembangan ilmu pengetahuan.
3. *Non-maleficence* (tidak membahayakan) diwujudkan dengan menjamin keamanan dan memberikan pilihan kepada responden untuk menghentikan partisipasinya jika diperlukan.
4. *Confidentiality* (kerahasiaan) dilakukan dengan menjaga kerahasiaan informasi pribadi responden, subjek berhak meminta agar data yang diberikan dijaga kerahasiaannya, untuk itu diperlukan anonimitas.
5. *Justice* (keadilan) subjek harus diperlakukan secara adil sebelum, selama, dan setelah keikutsertaannya dalam penelitian tanpa diskriminasi jika ternyata subjek tidak bersedia atau dikecualikan dari penelitian (Lambiombir, 2024)

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

Bab ini berisi hasil studi kasus dan pembahasan dari Asuhan Keperawatan implementasi pemenuhan kebutuhan aktifitas gangguan mobilitas fisik dengan penerapan ROM pada pasien stroke non hemoragik di Ruang Baitul Izzah 2 RSI Sultan Agung Semarang yang dilaksanakan tanggal 17 Februari 2025 s.d 8 Maret 2025.

A. Hasil Studi Kasus

Sub bab ini penulis membahas tentang ringkasan hasil studi kasus Asuhan Keperawatan pada Tn. R dan Tn. M dengan diagnosis medis Stroke Non Hemoragik dalam Pemenuhan Kebutuhan Aktifitas Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Baitul Izzah 2 RSI Sultan Agung Semarang, yang terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

a. Pasien pertama (Tn. R)

Pengkajian dilaksanakan pada hari Sabtu, 1 Maret 2025 pada pukul 12.30 WIB di Ruang Baitul Izzah 2 RSI Sultan Agung Semarang. Data diperoleh melalui metode wawancara langsung dengan pasien dan keluarga pasien, observasi, pemeriksaan fisik, dan catatan rekam medis klien sehingga didapatkan data sebagai berikut:

Pasien bernama Tn. R, umur 60 tahun 2 hari, jenis kelamin laki-laki, alamat Karangasem Sayung Demak, agama islam, Pendidikan terakhir SD, bekerja sebagai seorang pedagang, dan bersuku bangsa Jawa. Pasien masuk rumah sakit pada hari kamis, 27 Februari 2025 pukul 20.00 WIB dan di diagnosis medis oleh dokter mengalami Stroke Non Hemoragik dengan Nomor Rekam Medis 01516xxx. Keluhan utama saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan pusing, lemes, tangan dan kaki sebelah kiri mengalami kekakuan dan sulit untuk digerakan.

Riwayat penyakit sekarang, keluarga pasien mengatakan pasien di bawa ke IGD RSI Sultan Agung Semarang pada hari Kamis, 27 Februari 2025 pada pukul 20.00 WIB dengan keluhan pasien mengatakan pusing, lemes, mual, muntah dua kali, tangan dan kaki sebelah kiri mengalami kekakuan dan sulit untuk digerakan. Dari pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan hasil TD: 191/122 mmHg, N: 159 x/menit, RR: 20x/menit, S: 36°C, GCS total 14 (E4V4M6) kesadaran *Compos Mentis*.

Riwayat penyakit dahulu, pasien mengatakan belum pernah menderita penyakit stroke, pasien mengatakan tidak pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya tetapi pasien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi dan pasien mengatakan suka mengkonsumsi kopi. Riwayat penyakit keluarga, pasien mengatakan dalam keluarganya ada yang mempunyai riwayat hipertensi yaitu orang tua pasien.

Pola kesehatan fungsional didapatkan hasil antara lain: Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan, pasien sebelumnya tidak pernah mengalami sakit

yang parah dan sampai dirawat di rumah sakit seperti saat ini, pasien hanya sering mengeluh pusing dan meminum obat dari warung, pasien jarang memeriksa kesehatannya ke pelayanan kesehatan. Pola eliminasi, pasien mengatakan sebelum sakit BAB 1x sehari dan BAK 5x sehari, saat sakit pasien mengatakan tidak ada gangguan BAB dan pasien terpasang kateter tampak urin bag terisi kurang lebih 500 cc urin berwarna kuning jernih.

Pola aktifitas dan latihan, pasien mengatakan sebelum sakit dapat beraktivitas secara normal dan mandiri, saat sakit pasien mengatakan aktivitas pasien seperti mandi, berpakaian, dan mobilisasi ditempat tidur memerlukan bantuan orang lain, toileting dan berpindah atau ambulasi memerlukan bantuan orang lain. Pola tidur dan istirahat, pasien mengatakan sebelum sakit tidur 6-7 jam setiap harinya, saat sakit pasien mengatakan tidak ada gangguan pada pola tidur. Pola nutrisi metabolik, sebelum sakit pasien mengatakan makan teratur sehari 3x dan minum 6-8 gelas per hari, saat sakit pasien mengatakan hanya menghabiskan jatah makan yang diberikan oleh rumah sakit dengan dibantu oleh keluarganya.

Pola kognitif perseptual sensori, P = pasien mengatakan sakit kepala bertambah saat ramai dan banyak pengunjung, Q = nyeri seperti ditekan, R = dibagian kepala, S = skala nyeri 4 dari 1-10, T = hilang timbul. Pola persepsi diri dan konsep diri, Gambaran diri pasien mengatakan dirinya bertubuh tinggi dan pasien mengatakan bahwa sekarang tubuhnya tidak bugar lagi seperti sebelumnya, ideal diri pasien mengatakan ingin segera sembuh, harga diri pasien mengatakan tidak merasa minder dengan keadaannya sekarang,

identitas diri pasien mengatakan mengenali dirinya sebagai laki-laki berpenampilan dengan sesuai, peran diri pasien mengatakan berperan sebagai kepala keluarga. Pola mekanisme koping, pasien mengatakan jika ada masalah pasien lebih suka menyendiri terlebih dahulu hingga merasa tenang baru setelah itu berbicara kepada orang lain. Pola seksual reproduksi, pemahaman pasien tentang fungsi seksual baik. Pola peran berhubungan dengan orang lain, pasien mengatakan mampu berinteraksi dan mengenal lingkungan dengan baik. Pola nilai dan kepercayaan, pasien mengatakan semasa sehat rajin beribadah dan ke masjid selalu sholat lima waktu dengan tepat waktu.

Pemeriksaan fisik didapatkan hasil kesadaran pasien *Compos Mentis* dengan total GCS 14 (E4V4M6), vital sign TD: 191/122 mmHg, RR: 20 x/menit, N: 159 x/menit, S: 36°C, TB: 158, BB: 60, IMT: 24 (BB normal).

Pada pemeriksaan kepala didapatkan bentuk kepala mesocephal, warna rambut hitam dan ada beberapa putih beruban. Mata pasien simetris, tidak menggunakan alat bantu lihat, konjungtiva anemis, sklera berwarna putih, penglihatan baik. Hidung bersih tidak ada sekret, tidak terpasang alat bantu pernapasan, tidak ada nafas cuping hidung, tidak ada polip, tidak ada sinusitis, tidak terpasang NGT, tidak mengalami gangguan. Bentuk telinga kanan dan kiri simetris, tampak bersih.

Dilanjutkan dengan pemeriksaan mulut dan tenggorokan didapatkan hasil bibir pasien tampak kering, tidak ada sinosis sedikit pelo. Pemeriksaan pada leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada benjolan pada leher.

Pada pemeriksaan jantung saat dilakukan inspeksi tidak ada kelainan, dilakukan palpasi ictus cordis tidak teraba jelas, perkusi menunjukkan hasil terdengar suara pekak, dan saat dilakukan auskultasi suara jantung terdengar kuat lup dup S1 S2. Pada pemeriksaan paru saat dilakukan inspeksi bentuk dada kanan dan kiri simetris, tidak ada jejas, tidak ada kelainan, pengembangan dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, dilakukan palpasi tidak ada benjolan, perkusi terdengar sonor, dan auskultasi terdengar vesikuler.

Dilanjutkan dengan pemeriksaan abdomen dengan melakukan inspeksi pada abdomen tidak ada jejas, tidak ada kemerahan, dilakukan auskultasi terdengar bising usus 16 x/menit, saat dilakukan perkusi terdengar bunyi timpani, dan saat dipalpasi tidak terdapat nyeri tekan pada abdomen. Pemeriksaan genetalia didapatkan hasil daerah genetalia bersih, tidak ada luka, terpasang kateter.

Pemeriksaan kekuatan otot didapatkan hasil: Ekstremitas atas, tangan kanan mampu melawan tahanan dengan kekuatan maksimal, kekuatan otot 5, sedangkan tangan kiri mampu melawan gravitasi, namun tidak mampu melawan tahanan, kekuatan otot 3. Ekstremitas bawah, kaki kanan mampu melawan tahanan dengan kekuatan maksimal, kekuatan otot 5, sedangkan kaki kiri tidak dapat melawan gravitasi, namun tidak dapat melawan tahanan, kekuatan otot 3.

Pemeriksaan sistem syaraf didapatkan hasil: nervus I, fungsi penciuman normal, pasien mampu membedakan antara aroma balsam dan minyak kayu

putih, nervus II, ketajaman mata pasien baik, dapat melihat tulisan dengan baik pada jarak 6 meter, nervus III, IV, VI, pasien mampu membuka kelopak mata, gerakan bola mata normal, pupil isokor, nervus V, kekuatan rahang saat mengatupkan gigi lemah, nervus VII, berbicara sedikit pelo, nervus VIII, tidak ada gangguan pada pendengaran, nervus IX, X, tidak ada gangguan menelan, dan pasien mampu menggerakkan lidah dengan baik, nervus XI, pasien mampu menoleh ke satu sisi yang sehat dan mampu melawan tangan pemeriksa, nervus XII, pasien mampu menggerakkan lidah keluar lalu ke samping kiri tengah kanan. Pasien juga mampu mengeluarkan dan memasukkan lidah dengan cepat.

Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 27 Februari 2025 didapatkan hasil:

PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUJUKAN	SATUAN
HEMATOLOGI			
Hemoglobin	14.4	13.2 – 17.3	g/dL
Hematokrit	41.9	33.0 – 45.0	%
Leukosit	11.05 H	3.80 – 10.60	ribu/ μ L
Trombosit	345	150 – 440	ribu/ μ L
KIMIA KLINIK			
Ureum	34	10 - 50	mg/dL
Creatinin	0.84	0.70 – 1.30	mg/dL
Natrium (Na)	142.0	135 – 147	mmol/L
Kalium (K)	3.00	3.5 – 5.0	mmol/L
Klorida (Cl)	100.0	95 – 105	mmol/L

Table 4.1 Pemeriksaan Laboratorium Pasien Pertama

Dari hasil pemeriksaan *CT Scan* kepala tanpa kontras pada tanggal 27 Februari 2025 hasil pemeriksaan: Tampak lesi hipodens batas kurang tegas di ganglia basalis kiri dan kapsula eksterna kiri. Kesan: Infark serebri a.r ganglia basalih kiri dan capsula eksterna kiri.

Pasien mendapatkan terapi infus *Ringer laknat* 20 tetes per menit, injeksi *furosemide* 20 mg, injeksi *nicardipin* 0,5mg, injeksi *mecobalamin* 500mg/12 jam, injeksi *citicoline* 125 mg/12 jam, *nosprinal* tablet, *spirinolacton* 25mg tablet, *betahistin* 24mg tablet, *gabapentin* 100mg tablet, *candesartan* 16mg tablet.

b. Pasien kedua (Tn.M)

Pengkajian dilaksanakan pada hari Selasa, 25 Februari 2025 pada pukul 08.00 WIB di Ruang Baitul Izzah 2 RSI Sultan Agung Semarang. Data diperoleh melalui metode wawancara langsung dengan pasien dan keluarga pasien, observasi, pemeriksaan fisik, dan catatan rekam medis pasien sehingga didapatkan data sebagai berikut:

Pasien bernama Tn. M, umur 61 tahun 6 hari, jenis kelamin laki-laki, alamat Prampelan Sayung Demak, agama Islam, pendidikan terakhir SD, pekerjaan pasien wiraswasta, dan bersuku bangsa Jawa. Pasien masuk rumah sakit pada hari Minggu, 23 Februari 2025 pukul 18.00 WIB dan di diagnosis medis oleh dokter mengalami Stroke Non Hemoragik dengan Nomor Rekam Medis 01515xxx. Keluhan utama saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan tangannya sebelah kanan dan kakinya sebelah kanan susah digerakkan, terasa kaku dan sakit saat digerakkan, serta terasa lemah.

Riwayat penyakit sekarang, keluarga pasien mengatakan pasien di bawa ke IGD RSI Sultan Agung Semarang pada hari Minggu, 23 Februari 2025 pukul 18.00 WIB, 1 jam sebelum di bawa ke rumah sakit tepatnya pada pukul 17.00 WIB keluarga pasien mengatakan saat pasien sedang perjalanan pulang

bekerja sebagai tukang becak tiba-tiba pasien mendadak lemas dan kemudian terjatuh, mulut pasien sedikit merot, bicara pelo tetapi masih bisa memahami ucapan lawan bicara, tangannya sebelah kanan dan kakinya sebelah kanan susah digerakkan, terasa kaku dan sakit saat digerakkan, serta terasa lemah.

Riwayat penyakit dahulu, pasien mengatakan belum pernah menderita penyakit stroke, pasien mengatakan tidak pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya. Pasien mengatakan memiliki kebiasaan merokok dan minum-minum beralkohol. Riwayat penyakit keluarga, pasien dan keluarga pasien mengatakan di dalam keluarganya tidak ada yang menderita penyakit stroke maupun penyakit keturunan lainnya seperti Hipertensi dan Diabetes Melitus.

Dari pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan hasil TD: 150/90 mmHg, RR: 20 x/menit, N: 83 x/menit, S: 36°C, SPO2: 96%. GCS total 14 (E4V4M6) kesadaran *Compos Mentis*.

Pola Kesehatan fungsional didapatkan hasil antara lain: Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan, pasien sebelumnya tidak pernah mengalami sakit yang parah dan pasien mengatakan jika kesehatan sangatlah penting. Pola eliminasi, pasien mengatakan sebelum sakit BAB 1x sehari dan BAK 4-5x sehari, saat sakit pasien mengatakan tidak ada gangguan BAB dan pasien terpasang kateter urin bag terisi kurang lebih 1.500 cc urin berwarna coklat. Pola aktifitas dan latihan, pasien mengatakan sebelum sakit dapat beraktivitas secara mandiri, saat sakit pasien mengatakan aktivitasnya dengan dibantu oleh keluarga. Pola istirahat dan tidur, pasien mengatakan sebelum sakit pola tidur dan istirahat selama 6-7 jam, saat sakit pasien mengatakan tidur kurang

nyaman dan sering terbangun saat waktu malam hari ketika merasakan nyeri. Pola nutrisi metabolik, sebelum sakit pasien mengatakan makan teratur sehari 3x dengan lauk pauk, nasi, sayur dan minum 6-8 gelas per hari, saat sakit pasien mengatakan hanya minum susu saja lewat NGT.

Pola kognitif perseptual sensori, pasien mengatakan penglihatan jelas dan tidak ada gangguan penglihatan, pendengaran normal tidak ada gangguan. Pola persepsi diri dan konsep diri, pasien mengatakan selalu bersyukur kepada Allah Subhanahu wa Ta'ala yang memberikan kesehatan jasmani dan rohani, saat sakit pasien mengatakan sedih dan menerima penyakit yang sedang dialaminya namun pasien dan keluarga semangat untuk sembuh.

Pola mekanisme koping, pasien mengatakan ketika mengambil keputusan tidak sendirian dan pasien selalu berdoa mencari solusi saat menghadapi masalah. Pola seksual reproduksi, pemahaman pasien tentang fungsi seksual baik. Pola peran berhubungan dengan orang lain, pasien mengatakan berhubungan dengan orang lain cukup baik dan pasien lebih dekat sama istri dan anaknya jika pasien membutuhkan bantuan bila ada masalah diselesaikan dengan baik. Pola nilai dan kepercayaan, pasien beragama islam pasien selalu mengajarkan kepada anaknya untuk selalu percaya kepada Allah Subhanahu wa Ta'ala.

Pemeriksaan fisik didapatkan hasil kesadaran pasien *Compos Mentis* dengan total GCS 14 (E4V4M6), vital sign TD: 130/96 mmHg, RR: 20 x/menit, N: 98 x/menit, S: 37 °C, SPO2: 96 %, TB: 164 cm, BB: 62 kg, IMT: 23 (BB normal).

Pada pemeriksaan kepala didapatkan bentuk kepala mesocephal, warna rambut hitam dan bersih. Mata pasien simetris, ketajaman mata pasien kurang baik, pasien mengalami penglihatan ganda. Hidung bersih tidak ada sekret, tidak ada nafas cuping hidung, tidak ada polip, terpasang NGT. Bentuk telinga kanan dan kiri simetris, tampak bersih.

Dilanjutkan dengan pemeriksaan mulut dan tenggorokan didapatkan hasil bibir pasien tampak kering, tidak ada sinosis sedikit pelo, mulut merot. Pemeriksaan pada leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada benjolan pada leher.

Pada pemeriksaan jantung saat dilakukan inspeksi tidak ada kelainan, dan simetris, dilakukan palpasi ictus cordis tidak teraba jelas, perkusi menunjukkan hasil terdengar suara redup, dan saat dilakukan auskultasi suara jantung terdengar kuat lup dup S1 S2 reguler. Pada pemeriksaan paru saat dilakukan inspeksi bentuk dada kanan dan kiri simetris, dilakukan palpasi tidak ada nyeri tekan, perkusi terdengar sonor, dan auskultasi terdengar vesikuler.

Dilanjutkan dengan pemeriksaan abdomen dengan melakukan inspeksi pada abdomen tidak ada lesi, simetris, dilakukan auskultasi terdengar bising usus 16 x/menit, saat dilakukan perkusi terdengar bunyi timpani, dan saat dipalpasi tidak terdapat nyeri tekan pada abdomen. Pemeriksaan genetalia didapatkan hasil daerah genetalia bersih, tidak ada luka, terpasang kateter.

Pemeriksaan sistem syaraf didapatkan hasil: nervus I, fungsi penciuman normal, pasien mampu membedakan antara aroma balsam dan minyak kayu

putih, nervus II, ketajaman mata pasien kurang baik, pasien mengalami penglihatan ganda, nervus III, IV, VI, pasien mampu membuka kelopak mata, gerakan bola mata normal, pupil isokor, nervus V, kekuatan rahang saat mengatupkan gigi lemah, nervus VII, wajah asimetris tertarik pada sisi kiri, bicara pelo, nervus VIII, tidak ada gangguan pada pendengaran, nervus IX, X, kemampuan menelan kurang baik dan sedikit kesulitan untuk membuka mulut, nervus XI, pasien mampu menoleh ke satu sisi yang sehat dan mampu melawan tangan pemeriksa, nervus XII, pasien mampu menjulurkan lidah namun tidak maksimal.

Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 23 Februari 2025 didapatkan hasil:

PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUJUKAN	SATUAN
HEMATOLOGI			
Hemoglobin	13.3	13.2 – 17.3	g/dL
Hematokrit	37.9	33.0 – 45.0	%
Leukosit	H 16.27	3.80 – 10.60	ribu/ μ L
Trombosit	L 40	150 – 440	ribu/ μ L
PPT			
PT	H 11.5	9.3 – 11.4	detik
PT (Kontrol)	11.9	9.3 – 12.7	detik
APPT			
APPT	H 31.5	21.8 – 28.4	detik
APPT (Kontrol)	27.0	21.0 – 28.4	detik
KIMIA KLINIK			
Glukosa Darah Sewaktu	145	< 200	mg/dL
Ureum	HH 305	10 - 50	mg/dL
Creatinin	H 4.87	0.70 – 1.30	mg/dL
Elektrolit (Na, K, Cl)			
Natrium (Na)	L 132.0	135 - 147	mmol/L
Kalium (K)	4.70	3.5 – 5.0	mmol/L
Klorida (Cl)	104.0	95 - 105	mmol/L
IMUNOLOGI			
HBsAg (Kuantitatif)	< 0.05	Non Reaktif < 0.05	IU/mL

Table 4.2 Pemeriksaan Laboratorium Pasien Kedua

Dari hasil pemeriksaan *CT Scan* kepala tanpa kontras pada tanggal 23 Februari 2025 hasil pemeriksaan: Tampak lesi hipodens pada *crus anterior capsula interna* kanan, *nucleus caudatus* kanan dan *pons paramedian* kiri. Tampak lesi *hipodens* batas tegas pada *lobus occipital* kiri. Tak tampak lesi *hiperdens* densitas perdarahan pada intra maupun *ekstraaxial*. Differensiasi substansia alba dan *grisea* tampak baik. Tampak kalsifikasi fisiologis pada *pleksus choroideus* kanan kiri dan *glandula pineal*. *Sulkus corticalis* dan *fissure sylvii* kanan kiri tampak baik. Ventrikel lateral kanan kiri, III dan IV normal. Tak tampak *midline shifting*. *Cisterna perimesencephalic* tampak baik. Cerebelum tak tampak kelainan. Pada *bone window* : Tak tampak kesuraman pada sinus paranasal. Tak tampak deskripsi pada *ossa cranium* dan *maksilofacial*. Kesan infark akut *crus anterior capsula interna* kanan, *nucleus caudatus* kanan dan *pons paramedian* kiri. Infark kronis *lobus occipital* kiri.

Pasien mendapatkan terapi infus *Ringer laknat* 20 tetes per menit, injeksi ketorolac 30 mg, injeksi ranitidin 50 mg, injeksi citicolin 125 mg / 12 jam, injeksi dexametason, asam folat 5 mg 1x1 sehari, injeksi *methylprednisolone*, injeksi *ceftriaxone*.

2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan data yang diperoleh dari hasil pengkajian kedua klien dapat dirumuskan diagnosis keperawatan sebagai berikut:

a. Pasien pertama (Tn.R)

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular dibuktikan dengan data subjektif pasien mengatakan pusing, lemes, mual, muntah dua kali, tangan dan kaki sebelah kiri mengalami kekakuan dan sulit untuk digerakan dan dengan data objektif: pasien tampak lemah, gerakan pada ekstremitas kiri atas dan bawah pasien tampak terbatas, pada pemeriksaan Head to Toe didapatkan hasil: Ekstremitas atas, tangan kanan mampu melawan tahanan dengan kekuatan maksimal, kekuatan otot 5, sedangkan tangan kiri mampu melawan gravitasi, namun tidak mampu melawan tahanan, kekuatan otot 3. Ekstremitas bawah, kaki kanan mampu melawan tahanan dengan kekuatan maksimal, kekuatan otot 5, sedangkan kaki kiri tidak dapat melawan gravitasi, namun tidak dapat melawan tahanan, kekuatan otot 3.

Kekuatan otot:

Atas Kanan (5)	Atas Kiri (3)
Bawah Kanan (5)	Bawah Kiri (3)

Range of Motion (ROM) pada ekstremitas kiri atas dan bawah pasien menurun, dan dalam melakukan aktivitas dan latihan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat. Pemeriksaan CT Scan kepala tanpa kontras didapatkan

hasil: Tampak lesi hipodermis batas kurang tegas di ganglia basalis kiri dan kapsula eksterna kiri. Kesan: Infark selebri a.r ganglia basalis kiri dan kapsula eksterna kiri.

Data fokus yang kedua yaitu pada tanggal 1 Maret 2025 pukul 12.30 WIB didapatkan data subyektif pasien mengatakan kepalanya terasa sangat sakit dan pusing terus menerus, pasien mengatakan kepalanya terasa seperti ada yang menekan, saat dikaji nyeri dengan pengkajian PQRST pasien menjawab penyebab nyeri (P) sakit kepala bertambah saat banyak pengunjung datang dan ramai (Q) nyeri seperti ada yang menekan, (R) Lokasi nyeri pada kepala, (S) skala nyeri 5 dari 1-10, (T) waktu timbulnya nyeri secara hilang timbul. Dan didapatkan data obyektif berupa pasien tampak meringis kesakitan sambil memegang kepalanya yang sakit, pasien tampak gelisah. Dari data subyektif dan data obyektif tersebut maka didapatkan diagnosa keperawatan yang kedua yaitu **nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis (iskemia) dibuktikan dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, dan sulit tidur (D.0077).**

Data fokus yang ketiga pada tanggal 1 Maret 2025 pukul 12.30 WIB, didapatkan data subyektif pasien mengatakan terasa berat saat berbicara. Selain itu didapatkan pula data obyektif bicara pasien tampak sedikit pelo, pasien tampak sulit menyusun kalimat atau mengungkapkan kata kata, pasien tampak wajahnya sedikit merot. Dari data tersebut dapat ditegakkan diagnosa keperawatan **gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan**

gangguan neuromuskular dibuktikan dengan tampak sedikit pelo, tampak wajahnya sedikit merot (D.0119).

b. Pasien Kedua (Tn.M)

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular dibuktikan dengan data subjektif: pasien mengatakan tangannya sebelah kanan dan kakinya sebelah kanan susah digerakkan, terasa kaku dan sakit saat digerakkan, serta terasa lemah dan dengan data objektif: pasien tampak lemah, gerakan pada ekstremitas kanan atas dan bawah pasien tampak terbatas, pada pemeriksaan Head to Toe didapatkan hasil: tangan kanan terdapat gerakan pada sendi tetapi tidak dapat melawan gravitasi, kekuatan otot 2, kaki kanan terdapat gerakan pada sendi tetapi tidak dapat melawan gravitasi, kekuatan otot 2.

Kekuatan otot:

Atas Kanan (2)	Atas Kiri (5)
Bawah Kanan (2)	Bawah Kiri (5)

Rentang gerak (ROM) pada ekstremitas kanan atas dan bawah pasien menurun, dan dalam melakukan aktivitas dan Latihan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.

Data fokus yang ketiga pada tanggal 25 februari 2025 pukul 08.00 WIB, didapatkan data subyektif pasien mengatakan terasa berat saat berbicara. Selain itu didapatkan pula data obyektif, mulut pasien tampak sedikit merot, bicara pelo tetapi masih bisa memahami ucapan lawan bicara. Dari data

tersebut dapat ditegakkan diagnosa keperawatan **gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan tampak sedikit pelo, tampak wajahnya sedikit merot (D.0119).**

Data fokus yang ketiga pada tanggal 25 februari 2025 pukul 08.00 WIB, didapatkan data subyektif pasien mengatakan takut terjatuh lagi dan ada kelemahan otot pada ekstremitas kanan atas dan bawah. Selain itu didapatkan pula data obyektif pasien tampak lemah, gerakan pada ekstremitas kanan atas dan bawah pasien tampak terbatas. Dari data tersebut dapat ditegakkan diagnosa keperawatan **Risiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun (D.0143).**

3. Intervensi Keperawatan

Tujuan dan kriteria hasil yang ingin dicapai pada kedua pasien sama, yaitu: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8 jam, diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, gerakan terbatas menurun kelemahan fisik menurun dengan intervensi: identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. handrail). Fasilitasi melakukan pergerakan. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam peningkatan pergerakan. Jelaskan tujuan dan prosedur ROM pasif. Ajarkan ROM pasif. Kolaborasi dengan fisioterapi tentang ambulasi sesuai kemampuan.

Diagnosa keperawatan yang kedua yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis (iskemia) dibuktikan dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, dan sulit tidur. Sehingga pada tanggal 1 Maret 2025 pukul 12.30 WIB ditetapkan intervensi keperawatan manajemen nyeri dengan tujuan dan kriteria hasil yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun. Dengan intervensi keperawatan manajemen nyeri berupa identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri; identifikasi skala nyeri; identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri; berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri, dan kolaborasi pemberian analgesik.

Diagnosa keperawatan yang ketiga yaitu gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan tampak sedikit pelo, tampak wajahnya sedikit merot. Sehingga pada tanggal 1 Maret 2025 pukul 12.30 WIB ditetapkan intervensi keperawatan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam di harapkan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil : Kemampuan berbicara meningkat, pelo cukup menurun. Dengan intervensi keperawatan promosi komunikasi defisit bicara monitor kecepatan, kuantitas, volume dandiksi bicara, Gunakan metode komunikasi alternatif, sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan, modifikasi

lingkungan untuk meminimalkan bantuan, ulangi apa yang disampaikan pasien, anjurkan berbicara perlahan dengan terapi vocal “AIUEO”.

Diagnosa keperawatan yang keempat yaitu risiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun. Sehingga pada tanggal 25 februari 2025 pukul 08.00 WIB ditetapkan intervensi keperawatan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam di harapkan pasien dapat melakukan pergerakan fisik dengan kriteria hasil : pasien tidak jatuh, pasien dapat berdiri dan jalan seimbang dengan menggunakan alat bantu berjalan. Dengan intervensi keperawatan identifikasi factor resiko jatuh, hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. fall morse scale), pasang handrail tempat tidur, atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah, gunakan alat bantu berjalan, anjurkan memakai alas kaki yang tidak licin.

4. Implementasi Keperawatan

1. Pasien Pertama (Tn.R)

Tindakan dilakukan pada hari Sabtu, 1 Maret 2025 dimulai pada pukul 09.00 WIB mengkaji keluhan pasien dan mengidentifikasi toleransi fisik dalam melakukan pergerakan dengan respon data subjektif Pasien mengatakan pusing, lemes, tangan dan kaki sebelah kiri mengalami kekakuan dan sulit untuk digerakan, dan data objektif pasien tampak lemah. Pukul 09.20 WIB menjelaskan tujuan dan prosedur ROM pasif, mengajarkan ROM pasif, dan memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi dengan respon data subjektif: pasien mengatakan bersedia melakukan anjuran yang diberikan dan data objektif pasien: tampak kooperatif, keadaan umum pasien

tampak lemah dengan TTV TD: 191/122 mmHg, RR: 20 x/menit, N: 159 x/menit, S: 36°C. Pukul 10.30 WIB memfasilitasi aktivitas mobilisasi miring kanan dan miring kiri dengan alat bantu (mis. handrail), melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam peningkatan pergerakan dengan respon data subjektif: pasien mengatakan bersedia melakukan anjuran yang diberikan, keluarga pasien mengatakan bersedia untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan dan data objektif: pasien tampak kooperatif, pasien tampak berusaha melakukan anjuran yang diberikan yaitu miring kanan dengan alat bantu handrail.

Pada hari, tanggal dan pasien yang sama yaitu Tn. R dilakukan diagnosa yang kedua. Pada pukul 10.45 WIB dengan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, dan mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Didapatkan data subjektif yaitu pasien mengeluh nyeri di kepalanya. (P) sakit kepala bertambah saat banyak pengunjung datang dan ramai (Q) nyeri seperti ada yang menekan, (R) lokasi nyeri pada kepala, (S) skala nyeri 5 dari 1-10, (T) waktu timbulnya nyeri secara hilang timbul. Dan didapatkan data obyektif berupa pasien tampak meringis kesakitan sambil memegang kepalanya yang sakit, pasien tampak gelisah.

Pada pukul 12.00 WIB dilakukan diagnosa yang ketiga pada Tn. R yaitu monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara. Didapatkan data subjektif yaitu pasien mengatakan terasa berat saat berbicara. Selain itu didapatkan pula data obyektif menunjukkan bahwa bicara pasien tampak

sedikit pelo, pasien tampak sulit menyusun kalimat atau mengungkapkan kata kata, pasien tampak wajahnya sedikit merot.

Tindakan dilakukan pada hari Senin, 3 Maret 2025 dimulai pada pukul 09.25 WIB memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi data subjektif pasien mengatakan badannya terasa lemas, masih sulit untuk menggerakan ekstremitas kirinya dan data objektif pasien tampak lemah dengan TTV TD: 150/80 mmHg, RR: 20 x/menit, N: 78 x/menit, S: 36°C. Pukul 09.30 WIB mengajarkan ROM pasif dengan respon data subjektif pasien mengatakan bersedia melakukan anjuran yang diberikan dan data objektif pasien tampak kooperatif. Pukul 10.00 WIB memfasilitasi aktivitas mobilisasi miring kanan dan miring kiri dengan alat bantu (mis. handrail), melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam peningkatan pergerakan dengan respon data subjektif pasien mengatakan bersedia melakukan anjuran yang diberikan, keluarga pasien mengatakan bersedia untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan dan data objektif pasien tampak kooperatif, pasien tampak berusaha melakukan anjuran yang diberikan yaitu miring kanan dengan alat bantu handrail.

Pada hari, tanggal dan pasien yang sama yaitu Tn. R dilakukan diagnosa yang kedua. Pada pukul 11.00 WIB dengan mengideintifikasi lokasi, karakteristik, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, dan mengidentifikasi faktor yang mempeiberat dan memperingan nyeri. Didapatkan data subjektif yaitu pasien mengeluh nyeri di kepalanya sudah mulai berkurang dengan TTV TD: 150/80 mmHg, RR: 20 x/menit, N: 78

x/menit, S: 36°C. (P) sakit kepala bertambah saat banyak pengunjung datang dan ramai (Q) nyeri seperti ada yang menekan, (R) Lokasi nyeri pada kepala, (S) skala nyeri 3 dari 1-10, (T) waktu timbulnya nyeri secara hilang timbul. Dan didapatkan data obyektif berupa pasien tampak meringis kesakitan sambil memegang kepalanya yang sakit, pasien tampak gelisah.

Pada pukul 12.30 WIB dilakukan diagnosa yang ketiga pada Tn.R yaitu monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara. Didapatkan data subjektif yaitu pasien mengatakan terasa berat saat berbicara dan sedikit sakit. Selain itu didapatkan pula data obyektif menunjukkan bahwa bicara pasien tampak sedikit pelo, pasien tampak sulit menyusun kalimat atau mengungkapkan kata kata, pasien tampak wajahnya sedikit merot.

Tindakan dilakukan pada hari Selasa, 4 Maret 2025 dimulai pada pukul 09.28 WIB Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi data subjektif pasien mengatakan badannya masih terasa lemas sedikit, sudah bisa menggerakkan ekstremitas kirinya dan data objektif pasien tampak lemah dengan TTV TD: 140/100 mmHg, RR: 20 x/menit, N: 88 x/menit, S: 36°C, pasien sudah mampu menggerakkan ekstremitas kirinya walaupun belum maksimal,

kekuatan otot:

Atas Kanan (5)	Atas Kiri (4)
Bawah Kanan (5)	Bawah Kiri (4)

Pukul 09.30 WIB mengajarkan ROM pasif, dan memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi dengan respon data subjektif klien mengatakan bersedia melakukan anjuran yang diberikan dan data objektif klien tampak kooperatif. Pukul 09.55 WIB memfasilitasi aktivitas mobilisasi miring kanan dan miring kiri dengan alat bantu (mis. handrail), melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam peningkatan pergerakan dengan respon data subjektif pasien mengatakan bersedia melakukan anjuran yang diberikan, keluarga pasien mengatakan bersedia untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan dan data objektif pasien tampak kooperatif, pasien tampak berusaha melakukan anjuran yang diberikan yaitu miring kanan dengan alat bantu handrail.

Pada hari tanggal dan pasien yang sama yaitu Tn. R dilakukan diagnosa yang kedua. Pada pukul 10.00 WIB dengan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, dan mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Didapatkan data subjektif yaitu pasien mengatakan sudah tidak merasa nyeri kepala dengan TTV TD: 140/100 mmHg, RR: 20 x/menit, N: 88 x/menit, S: 36°C. (P) sakit kepala bertambah saat banyak pengunjung datang dan ramai (Q) nyeri seperti ada yang menekan, (R) lokasi nyeri pada kepala, (S) skala nyeri 2 dari 1-10, (T) waktu timbulnya nyeri secara hilang timbul. Dan didapatkan data obyektif berupa pasien tampak sudah tidak merasa gelisah.

Pada pukul 11.30 WIB dilakukan diagnosa yang ketiga pada Tn.R yaitu monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara. Didapatkan

data subjektif yaitu pasien mengatakan sudah bisa menyusun kalimat perlahan. Selain itu didapatkan pula data obyektif pasien terlihat berbicara sudah mulai jelas walau belum sepenuhnya, pasien tampak sudah bisa menyusun kalimat atau mengungkapkan kata kata.

b. Pasien Kedua (Tn. M)

Tindakan dilakukan pada hari Selasa, 25 Februari 2025 dimulai pada pukul 10.40 WIB mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya dan mengidentifikasi toleransi fisik dalam melakukan pergerakan dengan respon data subjektif pasien mengatakan tangannya sebelah kanan dan kakinya sebelah kanan susah digerakkan, terasa kaku dan sakit saat digerakkan, serta terasa lemah dan data obyektif pasien tampak lemah. Pukul 10.42 WIB menjelaskan tujuan dan prosedur ROM pasif mengajarkan ROM pasif, dan memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi dengan respon data subjektif: pasien mengatakan bersedia melakukan anjuran yang diberikan dan data obyektif: pasien tampak kooperatif, keadaan umum pasien tampak lemah dengan TTV TD: 150/90 mmHg, RR: 20 x/menit, N: 83 x/menit, S: 36°C, SPO2: 96%. Pukul 11.15 WIB melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam peningkatan pergerakan dengan respon data subjektif: keluarga pasien mengatakan bersedia untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan dan data obyektif: keluarga pasien tampak kooperatif dalam membantu pasien untuk meningkatkan pergerakan.

Pada pukul 12.00 WIB dilakukan diagnosa yang kedua pada Tn.M yaitu monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara. Didapatkan

data subjektif yaitu pasien mengatakan terasa berat saat berbicara. Selain itu didapatkan pula data obyektif, mulut pasien tampak sedikit merot, bicara pelo tetapi masih bisa memahami ucapan lawan bicara.

Pada pukul 12.30 WIB dilakukan diagnosa yang ketiga pada Tn. M yaitu mengidentifikasi faktor resiko jatuh. Didapatkan data subjektif yaitu pasien mengatakan takut terjatuh lagi dan ada kelemahan otot pada ekstremitas kanan atas dan bawah. Selain itu didapatkan pula data obyektif pasien tampak lemah, gerakan pada ekstremitas kanan atas dan bawah pasien tampak terbatas.

Tindakan dilakukan pada hari Rabu, 26 Februari 2025 dimulai pada pukul 10.10 WIB mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya dan mengidentifikasi toleransi fisik dalam melakukan pergerakan dengan respon data subjektif pasien mengatakan tangannya sebelah kanan dan kakinya sebelah kanan susah digerakkan, terasa kaku dan sakit saat digerakkan, serta terasa lemah, tidak ada nyeri maupun keluhan lain, dan data obyektif pasien tampak lemah. Pukul 10.12 WIB mengajarkan ROM pasif, dan memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi dengan respon data subjektif pasien mengatakan bersedia melakukan anjuran yang diberikan dan data obyektif pasien tampak kooperatif, keadaan umum klien tampak lemah dengan TTV TD: 148/86 mmHg, RR: 20 x/menit, N: 87 x/menit, S: 36°C, SPO2: 98%. Pukul 10.40 WIB memfasilitasi aktivitas mobilisasi miring kanan dan miring kiri dengan alat bantu (mis. handrail), melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam peningkatan pergerakan dengan

respon data subjektif pasien mengatakan bersedia melakukan anjuran yang diberikan, keluarga pasien mengatakan bersedia untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan dan data objektif pasien tampak kooperatif, pasien tampak berusaha melakukan anjuran yang diberikan yaitu miring kanan dengan alat bantu handrail.

Pada pukul 11.00 WIB dilakukan diagnosa yang kedua pada Tn. M yaitu monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara. Didapatkan data subjektif yaitu pasien mengatakan terasa berat saat berbicara. Selain itu didapatkan pula data obyektif, mulut pasien tampak sedikit merot, bicara pelo tetapi masih bisa memahami ucapan lawan bicara.

Pada pukul 12.00 WIB dilakukan diagnosa yang ketiga pada Tn. M yaitu mengidentifikasi faktor resiko jatuh. Didapatkan data subjektif yaitu pasien mengatakan takut terjatuh lagi dan ada kelemahan otot pada ekstremitas kanan atas dan bawah. Selain itu didapatkan pula data obyektif pasien tampak lemah, gerakan pada ekstremitas kanan atas dan bawah pasien tampak terbatas. Data subjektif yaitu pasien mengatakan bisa melakukan aktivitas menggunakan alat bantu walker. Data objektif pasien tampak berjalan pincang menggunakan walker.

Tindakan dilakukan pada hari Kamis, 27 Februari 2025 dimulai pada pukul 10.00 WIB mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya dan mengidentifikasi toleransi fisik dalam melakukan pergerakan dengan respon data subjektif pasien mengatakan badannya terasa sedikit lemas, tidak ada nyeri maupun keluhan lain, dan sudah bisa menggerakkan ekstremitas

kanannya walaupun masih terbatas dan data objektif pasien tampak lemah, pasien sudah mampu menggerakkan ekstremitas kanannya walaupun belum maksimal, kekuatan otot:

Atas Kanan (3)	Atas Kiri (5)
Bawah Kanan (3)	Bawah Kiri (5)

Pukul 10.05 WIB mengajarkan ROM pasif, dan memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi dengan respon data subjektif pasien mengatakan bersedia melakukan anjuran yang diberikan dan data objektif pasien tampak kooperatif, keadaan umum pasien tampak lemah dengan TTV TD: 140/90 mmHg, RR: 20 x/menit, N: 80 x/menit, S: 36°C, SPO2: 99%. Pukul 10.40 WIB memfasilitasi aktivitas mobilisasi miring kanan dan miring kiri dengan alat bantu (mis. handrail), melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam peningkatan pergerakan dengan respon data subjektif pasien mengatakan bersedia melakukan anjuran yang diberikan, keluarga pasien mengatakan bersedia untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan dan data objektif pasien tampak kooperatif, pasien tampak berusaha melakukan anjuran yang diberikan yaitu miring kanan dengan alat bantu handrail.

Pada pukul 12.00 WIB dilakukan diagnosa yang kedua pada Tn.M yaitu monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara. Didapatkan data subjektif yaitu pasien mengatakan terasa berat saat berbicara. Selain itu

didapatkan pula data obyektif pasien tampak berbicara masih lambat namun sudah jelas.

Pada pukul 12.30 WIB dilakukan diagnosa yang ketiga pada Tn. M yaitu mengidentifikasi faktor resiko jatuh. Didapatkan data subjektif yaitu pasien mengatakan sudah tidak takut terjatuh lagi, kelemahan otot pada ekstremitas kanan atas dan bawah sudah ada peningkatan. Selain itu didapatkan pula data obyektif pasien tampak bisa melakukan aktivitas secara mandiri namun harus secara perlahan. Pukul 12.40 dengan menganjurkan pasien untuk selalu menggunakan alas kaki yang tidak licin. Didapatkan data subjektifnya yaitu pasien memahami anjuran. Data obyektif yaitu pasien tampak memakai alas kaki anti licin.

5. Evaluasi Keperawatan

a. Pasien Pertama (Tn.R)

Evaluasi dilakukan pada hari Sabtu, 1 Maret 2025 pukul 12.30 WIB dan didapatkan data subjektif (S) pasien mengatakan pusing, lemes, tangan dan kaki sebelah kiri mengalami kekakuan dan sulit untuk digerakan. Data obyektif (O) pasien tampak lemah, kelemahan fisik menurun, kekuatan otot pasien tampak menurun, kekuatan otot ekstermitas kiri atas dan bawah 3, kekuatan otot ekstermitas kanan atas dan bawah 5, dan hasil pengukuran TTV TD: 191/122 mmHg, RR: 20 x/menit, N: 159 x/menit, S: 36°C. *Assesment* (A) masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi. *Planning* (P) intervensi dilanjutkan, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, libatkan keluarga untuk

membantu pasien dalam peningkatan pergerakan, jadwalkan latihan ROM pasif sesuai program.

Diagnosa kedua didapatkan data subjektif (S) pasien mengatakan mengeluh nyeri di kepalanya. (P) sakit kepala bertambah saat banyak pengunjung datang dan ramai (Q) nyeri seperti ada yang menekan, (R) lokasi nyeri pada kepala, (S) skala nyeri 5 dari 1-10, (T) waktu timbulnya nyeri secara hilang timbul. Dan didapatkan data obyektif (O) pasien tampak meringis kesakitan sambil memegang kepalanya yang sakit, pasien tampak gelisah. *Assesment* (A) masalah nyeri akut belum teratasi. *Planning* (P) intervensi dilanjutkan mengidentifikasi skala nyeri, dan mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.

Diagnosa ketiga didapatkan data subjektif (S) pasien mengatakan terasa berat saat berbicara dan sedikit sakit. Selain itu didapatkan pula data obyektif (O) menunjukkan bahwa bicara pasien tampak sedikit pelo, pasien tampak sulit menyusun kalimat atau mengungkapkan kata kata, pasien tampak wajahnya sedikit merot. *Assesment* (A) masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi. *Planning* (P) intervensi dilanjutkan monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara.

Evaluasi dilakukan pada hari Senin, 3 Maret 2025 pukul 13.00 WIB dan didapatkan data subjektif (S) pasien mengatakan badannya terasa lemas, masih sulit untuk menggerakkan ekstremitas kirinya. Data obyektif (O) pasien tampak lemah, kekuatan otot pasien tampak menurun, kekuatan otot ekstermitas kiri atas dan bawah 3, kekuatan otot ekstermitas kanan atas dan

bawah 5, kondisi umum pasien dengan TTV TD: 150/80 mmHg, RR: 20 x/menit, N: 78 x/menit, S: 36°C. *Assesment* (A) masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi. *Planning* (P) intervensi dilanjutkan, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, libatkan keluarga untuk membantu klien dalam peningkatan pergerakan, jadwalkan latihan ROM pasif sesuai program.

Diagnosa kedua didapatkan data subjektif (S) pasien mengeluh nyeri di kepalanya sudah mulai berkurang dengan TTV TD: 150/80 mmHg, RR: 20 x/menit, N: 78 x/menit, S: 36°C. (P) sakit kepala bertambah saat banyak pengunjung datang dan ramai (Q) nyeri seperti ada yang menekan, (R) lokasi nyeri pada kepala, (S) skala nyeri 3 dari 1-10, (T) waktu timbulnya nyeri secara hilang timbul. Dan didapatkan data obyektif (O) pasien tampak meringis kesakitan sambil memegang kepalanya yang sakit, pasien tampak gelisah. *Assesment* (A) masalah nyeri akut teratasi sebagian. *Planning* (P) intervensi dilanjutkan mengidentifikasi skala nyeri, dan mengidentifikasi faktor yang mempeiberat dan memperingan nyeri.

Diagnosa ketiga didapatkan data subjektif (S) pasien mengatakan terasa berat saat berbicara dan sedikit sakit. Selain itu didapatkan pula data obyektif (O) menunjukan bahwa bicara pasien tampak sedikit pelo, pasien tampak sulit menyusun kalimat atau mengungkapkan kata kata, pasien tampak wajahnya sedikit merot. *Assesment* (A) masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi. *Planning* (P) intervensi dilanjutkan monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara.

Evaluasi dilakukan pada hari Selasa, 4 Maret 2025 pukul 11.40 WIB dan didapatkan data subjektif (S) pasien mengatakan bisa menggerakkan ekstremitas kirinya walaupun masih sedikit terbatas. Data objektif (O) pergerakan ekstremitas kiri atas dan bawah pasien sudah tampak meningkat, pada pemeriksaan kekuatan otot ekstremitas kiri pasien dapat bergerak melawan tahanan, tetapi kekuatan kurang skala 4, rentang gerak (ROM) ekstremitas kiri tampak meningkat, gerakan terbatas menurun, hasil pengukuran TTV didapatkan hasil TD: 140/100 mmHg, RR: 20 x/menit, N: 88 x/menit, S: 36°C. *Assesment* (A) masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian. *Planning* (P) intervensi dilanjutkan, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, libatkan keluarga untuk membantu klien dalam peningkatan pergerakan, jadwalkan latihan ROM pasif sesuai program.

kekuatan otot:

Atas Kanan (5)	Atas Kiri (4)
Bawah Kanan (5)	Bawah Kiri (4)

Diagnosa kedua didapatkan data subjektif (S) pasien mengatakan sudah tidak merasa nyeri kepala dengan TTV TD: 140/100 mmHg, RR: 20 x/menit, N: 88 x/menit, S: 36°C. (P) sakit kepala bertambah saat banyak pengunjung datang dan ramai (Q) nyeri seperti ada yang menekan, (R) lokasi nyeri pada kepala, (S) skala nyeri 2 dari 1-10, (T) waktu timbulnya nyeri secara hilang timbul. Dan didapatkan data obyektif (O) pasien tampak sudah tidak merasa

gelisah. *Assesment* (A) masalah nyeri akut teratasi. *Planning* (P) intervensi dihentikan.

Diagnosa ketiga didapatkan data subjektif (S) pasien mengatakan sudah bisa menyusun kalimat perlahan. Selain itu didapatkan pula data obyektif (O) pasien tampak berbicara sudah mulai jelas walau belum sepenuhnya, pasien tampak sudah bisa menyusun kalimat atau mengungkapkan kata kata. *Assesment* (A) masalah gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian. *Planning* (P) intervensi dilanjutkan monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara.

b. Pasien Kedua (Tn.M)

Evaluasi dilakukan pada hari Selasa, 25 Februari 2025 pukul 13.00 WIB dan didapatkan data subjektif (S) pasien mengatakan tangannya sebelah kanan dan kakinya sebelah kanan susah digerakkan, terasa kaku dan sakit saat digerakkan. Data obyektif (O) pasien tampak lemah, kelemahan fisik menurun, kekuatan otot pasien tampak menurun, kekuatan otot ekstermitas kanan atas dan bawah 2, kekuatan otot ekstermitas kiri atas dan bawah 5, dan hasil pengukuran TTV TD: 150/90 mmHg, RR: 20 x/menit, N: 83 x/menit, S: 36°C, SPO2: 96%. *Assesment* (A) masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi. *Planning* (P) intervensi dilanjutkan, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam peningkatan pergerakan, jadwalkan latihan ROM pasif sesuai program.

Diagnosa kedua didapatkan data subjektif (S) pasien mengatakan terasa berat saat berbicara. Selain itu didapatkan pula data obyektif (O) menunjukkan bahwa mulut pasien tampak sedikit merot, bicara pelo tetapi masih bisa memahami ucapan lawan bicara. *Assesment* (A) masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi. *Planning* (P) intervensi dilanjutkan monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara.

Diagnosa ketiga didapatkan data subjektif (S) pasien mengatakan takut terjatuh lagi dan ada kelemahan otot pada ekstremitas kanan atas dan bawah. Selain itu didapatkan pula data obyektif (O) pasien tampak lemah, gerakan pada ekstremitas kanan atas dan bawah pasien tampak terbatas. *Assesment* (A) masalah resiko jatuh belum teratasi. *Planning* (P) intervensi dilanjutkan mengidentifikasi faktor resiko jatuh.

Evaluasi dilakukan pada hari Rabu, 26 Februari 2025 pukul 13.00 WIB dan didapatkan data subjektif (S) pasien mengatakan tangannya sebelah kanan dan kakinya sebelah kanan susah digerakkan, terasa kaku dan sakit saat digerakkan, serta terasa lemah, tidak ada nyeri maupun keluhan lain. Data obyektif (O) pasien tampak lemah, kekuatan otot ekstermitas kanan atas dan bawah 2, kekuatan otot ekstermitas kiri atas dan bawah 5, dan hasil pengukuran TTV TD: 148/86 mmHg, RR: 20 x/menit, N: 87 x/menit, S: 36°C, SPO2: 98%. *Assesment* (A) masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi. *Planning* (P) intervensi dilanjutkan, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, libatkan

keluarga untuk membantu pasien dalam peningkatan pergerakan, jadwalkan latihan ROM pasif sesuai program.

Diagnosa kedua didapatkan data subjektif (S) pasien mengatakan terasa berat saat berbicara. Selain itu didapatkan pula data obyektif (O) menunjukkan bahwa mulut pasien tampak sedikit merot, bicara pelo tetapi masih bisa memahami ucapan lawan bicara. *Assesment* (A) masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi. *Planning* (P) intervensi dilanjutkan monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara.

Diagnosa ketiga didapatkan data subjektif (S) pasien mengatakan takut terjatuh lagi dan ada kelemahan otot pada ekstremitas kanan atas dan bawah. Selain itu didapatkan pula data obyektif (O) pasien tampak lemah, gerakan pada ekstremitas kanan atas dan bawah pasien tampak terbatas, kekuatan otot ekstermitas kanan atas dan bawah 2, kekuatan otot ekstermitas kiri atas dan bawah 5. *Assesment* (A) masalah resiko jatuh belum teratasi. *Planning* (P) intervensi dilanjutkan mengidentifikasi faktor resiko jatuh.

Evaluasi dilakukan pada hari Kamis, 27 Februari 2025 pukul 12.20 WIB dan didapatkan data subjektif (S) pasien mengatakan bisa menggerakkan ekstremitas kanannya walaupun masih sedikit terbatas. Data obyektif (O) pergerakan ekstremitas pasien sudah tampak meningkat, pada pemeriksaan kekuatan otot ekstremitas kanan atas dan bawah pasien mampu melawan gravitasi, namun tidak mampu melawan tahanan, skala 3, rentang gerak (ROM) ekstremitas kanan tampak meningkat, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun, hasil pengukuran TTV didapatkan hasil TD:

140/90 mmHg, RR: 20 x/menit, N: 80 x/menit, S: 36°C, SPO2: 99%.

Assesment (A) masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian. *Planning* (P) intervensi dilanjutkan, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, libatkan keluarga untuk membantu klien dalam peningkatan pergerakan, jadwalkan latihan ROM pasif sesuai program.

kekuatan otot:

Atas Kanan (3)	Atas Kiri (5)
Bawah Kanan (3)	Bawah Kiri (5)

Diagnosa kedua didapatkan data subjektif (S) pasien mengatakan terasa berat saat berbicara. Selain itu didapatkan pula data obyektif (O) pasien tampak berbicara masih lambat namun sudah jelas. *Assesment* (A) masalah gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian. *Planning* (P) intervensi dilanjutkan monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara.

Diagnosa ketiga didapatkan data subjektif (S) pasien mengatakan sudah tidak takut terjatuh lagi, kelemahan otot pada ekstremitas kanan atas dan bawah sudah ada peningkatan. Selain itu didapatkan pula data obyektif (O) pasien tampak bisa melakukan aktivitas secara mandiri namun harus secara perlahan, kekuatan otot ekstermitas kanan atas dan bawah meningkat dari 2 menjadi 3. *Assesment* (A) masalah resiko jatuh teratasi sebagian. *Planning* (P) intervensi dilanjutkan mengidentifikasi faktor resiko jatuh.

B. Pembahasan

Pada sub bab ini penulis membahas asuhan keperawatan yang diberikan pada kedua pasien stroke non hemoragik di Ruangan Baitul Izzah 2 RSI Sultan Agung Semarang. Bab ini akan mengupas penyelesaian masalah pada kasus tersebut yang mana telah disesuaikan dengan konsep dasar asuhan keperawatan berupa pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan yang telah tercantum pada bab II.

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap pertama dan paling mendasar dalam proses keperawatan yang terstruktur. Ini melibatkan pengumpulan data secara sistematis tentang kondisi pasien. Hasil pengkajian kedua pasien pada Tn.R dan Tn.M dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik didapatkan umur pasien yaitu Tn.R 60 tahun dan Tn.M 61 tahun. Hal ini sejalan dengan (Riskesdas, 2022) yang menyatakan bahwa insiden tertinggi terjadi pada individu yang berusia 75 tahun ke atas sebesar (50,2%), kemudian 65 – 74 tahun (39,7%), dan 55 – 64 tahun (42,3%), sementara yang paling rendah pada kelompok usia 18 – 24 tahun (0,6%). Hal ini terjadi karena prevalensi stroke non hemoragik dengan faktor risiko hipertensi meningkat dua kali lipat pada usia ≥ 55 tahun.

Jenis kelamin merupakan salah satu faktor pencetus stroke yang tidak dapat dimodifikasi. Angka kejadian stroke pada laki-laki lebih besar daripada wanita dengan perbandingan (1,3:1). Wanita memiliki risiko stroke yang lebih

rendah daripada laki-laki sebelum menopause, tetapi setelah menopause, kedua jenis kelamin memiliki risiko yang sama. Kejadian stroke non hemoragik lebih sering terjadi pada laki-laki dibandingkan perempuan dengan presentase kasus 27% pada laki-laki dan 20% pada perempuan. penyebab stroke pada laki-laki lebih tinggi karena kebiasaan merokok dan minum-minuman beralkohol (Sofyan et al, 2023).

Pada kasus pasien kedua Tn. M, pasien mengatakan memiliki kebiasaan pola hidup yang tidak sehat yaitu sering begadang, kebiasaan merokok dan minum-minuman beralkohol, pasien merupakan perokok aktif sejak usia 18 tahun dan bisa menghabiskan 1 bungkus rokok perhari.

Hasil dari pengkajian pasien pertama pada Tn. R didapatkan S: pasien mengatakan pusing, lemes, tangan dan kaki sebelah kiri mengalami kekakuan dan sulit untuk digerakan. O: pasien tampak lemah, gerakan pada ekstremitas kiri atas dan bawah pasien tampak terbatas yaitu 3333 pada ekstremitas kiri atas dan bawah, rentang gerak (ROM) tampak menurun, sendi pasien tampak kaku saat melakukan gerakan, serta fisik pasien tampak lemah. Dari pengkajian keperawatan, teridentifikasi tanda atau gejala utama yang signifikan pada pasien, serta tanda atau gejala minor yang juga teramati. Didapatkan tanda subjektif minor yaitu pasien mengeluh tangan dan kaki sebelah kiri mengalami kekakuan dan sulit untuk digerakan. dan merasa lemah. adapun data objektif mayor yaitu kekuatan otot pasien tampak menurun yaitu 3333 pada ekstremitas kiri atas dan bawah serta rentang gerak (ROM) tampak menurun, pasien tampak mengalami kaku sendi saat melakukan gerakan, fisik

pasien tampak lemah. Berdasarkan hasil pengkajian pasien dengan menggunakan acuan dari Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), terdapat tanda atau gejala mayor dan minor yang terlihat dari data subjektif dan objektif. Didapatkan subjektif mayor yaitu pasien mengeluh tangan dan kaki sebelah kiri mengalami kekakuan dan sulit untuk digerakan, dan data objektif mayor yaitu penurunan kekuatan otot serta terjadinya penurunan pada rentang gerak ROM. Adapun data subjektif minor yaitu enggan melakukan pergerakan, dan data objektif minor yaitu sendi kaku, fisik lemah.

Hasil dari pengkajian pasien kedua pada Tn. M didapatkan S: pasien mengatakan tangannya sebelah kanan dan kakinya sebelah kanan susah digerakkan, terasa kaku dan sakit saat digerakkan, serta terasa lemah. O: pasien tampak lemah, gerakan pada ekstremitas kanan atas dan bawah pasien tampak terbatas yaitu 2222 pada ekstremitas kanan atas dan bawah, tangan kanan terdapat gerakan pada sendi tetapi tidak dapat melawan gravitasi, kekuatan otot 2, kaki kanan terdapat gerakan pada sendi tetapi tidak dapat melawan gravitasi, kekuatan otot 2, rentang gerak (ROM) tampak menurun serta fisik pasien tampak lemah. Dari pengkajian keperawatan, teridentifikasi tanda atau gejala utama yang signifikan pada pasien, serta tanda atau gejala minor yang juga teramati. Didapatkan tanda subjektif minor yaitu pasien mengeluh tangannya sebelah kanan dan kakinya sebelah kanan susah digerakkan terasa kaku dan sakit saat digerakkan, serta terasa lemah. adapun data objektif mayor yaitu kekuatan otot pasien tampak menurun yaitu 2222 pada ekstremitas kanan atas dan bawah serta rentang gerak (ROM) tampak

menurun, pasien tampak mengalami kaku sendi saat melakukan gerakan, fisik pasien tampak lemah. Berdasarkan hasil pengkajian pasien dengan menggunakan acuan dari Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), terdapat tanda atau gejala mayor dan minor yang terlihat dari data subjektif dan objektif. Didapatkan subjektif mayor yaitu pasien mengatakan tangannya sebelah kanan dan kakinya sebelah kanan susah digerakkan terasa kaku dan sakit saat digerakkan, serta terasa lemah, dan data objektif mayor yaitu penurunan kekuatan otot serta terjadinya penurunan pada rentang gerak ROM. Adapun data subjektif minor yaitu enggan melakukan pergerakan, dan data objektif minor yaitu sendi kaku, fisik lemah.

2. Diagnosa Keperawatan

- a) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular dibuktikan dengan mengeluh pusing, lemes, mual, muntah dua kali, tangan dan kaki sebelah kiri mengalami kekakuan dan sulit untuk digerakan.**

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan pada kedua pasien Tn. R dan Tn. M, ditemukan bahwa sebanyak 80% dari tanda dan gejala yang diamati termasuk dalam kategori mayor terkait dengan masalah gangguan mobilitas fisik, sedangkan ditemukan juga beberapa data objektif yang termasuk dalam kategori minor. Diagnosis keperawatan yang ditegakkan dalam kasus ini adalah gangguan mobilitas fisik yang berkaitan dengan gangguan neuromuskular. Hal ini terkonfirmasi melalui keluhan pasien pertama Tn. R mengenai kelemahan pada ekstremitas kiri atas dan

bawah sulit untuk menggerakkan tangan kiri dan kaki kirinya, penurunan kekuatan otot pada ekstremitas kiri atas dan bawah yaitu 3333 serta keterbatasan gerak (ROM) dan kelemahan fisik serta kekakuan sendi yang terlihat pada pengkajian, sedangkan keluhan pasien kedua Tn. M mengenai kelemahan pada tangannya sebelah kanan dan kakinya sebelah kanan susah digerakkan terasa kaku dan sakit saat digerakkan dengan kekuatan otot 2222 pada pasien Tn. M.

Hasil data penelitian oleh (Risesdas, 2022) penderita stroke non hemoragik sering mengalami beberapa kondisi, termasuk keterbatasan terhadap rentang gerak (ROM), kaku pada sendi, serta nyeri sebanyak (100%), dan kelemahan otot serta sendi 40%.

Diagnosis keperawatan yang ditegakkan pada kasus ini adalah diagnosis aktual dengan mencakup penyebab, serta tanda dan gejala. Gangguan mobilitas fisik pada kedua pasien Tn. R dan Tn. M disebabkan oleh stroke non hemoragik yang terjadi akibat gangguan neuromuskular. Tanda dan gejala yang ditemukan pada pasien pertama Tn. R yaitu pasien mengeluh pusing, lemes serta tangan dan kaki sebelah kiri mengalami kekakuan dan sulit untuk digerakan. Kekuatan otot pasien tampak mengalami penurunan yaitu 3333 pada ekstremitas kiri atas dan kiri bawah. Rentang ROM (*Range of Motion*) pasien menurun, juga kondisi fisik pasien tampak lemah, serta mengalami kaku pada sendi saat melakukan pergerakan. Sedangkan tanda dan gejala yang ditemukan pada pasien kedua Tn. M yaitu pasien mengatakan tangannya sebelah kanan dan kakinya sebelah kanan susah

digerakkan, terasa kaku dan sakit saat digerakkan, serta terasa lemah. Kekuatan otot pasien tampak menurun yaitu 2222 pada ekstremitas kanan atas dan bawah serta rentang gerak (ROM) tampak menurun.

Dalam buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) ditemukan sekitar 80% untuk memvalidasi diagnosis. Ada dua jenis diagnosis keperawatan, yaitu diagnosis negatif dan positif. Diagnosis negatif meliputi diagnosis aktual dan risiko. Diagnosis keperawatan terdiri dari dua komponen utama: masalah (problem) dan indikator diagnostik, yang mencakup etiologi (penyebab), tanda dan gejala, serta faktor risiko.

b) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis (iskemia) dibuktikan dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, dan sulit tidur.

Menurut SDKI, nyeri akut yaitu pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (SDKI, 2017). Pada tanggal 1 Maret 2025, penulis mengangkat diagnosa keperawatan nyeri akut dikarenakan ditemukannya data pada saat pengkajian yaitu pasien mengatakan kepalanya terasa sangat sakit dan pusing terus menerus, pasien mengatakan kepalanya terasa seperti ada yang menekan dengan kriteria nyeri (P) sakit kepala bertambah saat banyak pengunjung datang dan ramai (Q) nyeri seperti ada yang menekan, (R) Lokasi nyeri pada kepala, (S) skala nyeri 5 dari 1-10, (T) waktu timbulnya nyeri secara hilang timbul.

Sesuai dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), didapatkan beberapa tanda dan gejala mayor yang sinkron dengan kondisi pasien yaitu mengeluh nyeri, tampak meringis dan gelisah.

c) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan tampak sedikit pelo, tampak wajahnya sedikit merot.

Pada hasil pengkajian yang dilakukan, ditemukan masalah keperawatan Gangguan komunikasi verbal yang muncul pada kedua pasien (Tn. R) dan (Tn. M). Hasil pengkajian kedua pasien yang didapatkan yaitu ditandai dengan kesulitan bicara, tampak pelo, tampak merot, pengucapan kalimat kurang jelas. Menurut (SDKI, 2017), Gangguan komunikasi verbal adalah penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol.

Gangguan komunikasi verbal terjadi secara patofisiologi yaitu karena kerusakan pada nervus fasial, glossofaringeal, dan hipoglossus sehingga kehilangan fungsi tonus. Gangguan komunikasi verbal terjadi karena adanya faktor – faktor penghambat berupa kecacatan secara fisik maupun mental, yang dimana seseorang tidak dapat berkomunikasi secara efektif salah satu penyebabnya yaitu gangguan neuromuscular (Arif Muttaqin, 2023).

d) Risiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun.

Pada hasil pengkajian yang dilakukan, ditemukan masalah keperawatan Risiko Jatuh yang muncul hanya pada pasien II (Tn. M) sedangkan masalah ini tidak ditemukan pada pasien I (Tn. R).

Menurut (SDKI, 2017), risiko jatuh merupakan berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh. Risiko jatuh terjadi secara patofisiologi yaitu karena pasien mengalami kelemahan pada anggota gerak sehingga mengakibatkan terjadinya risiko jatuh dan penurunan kesadaran pada pasien gelisah juga bisa mengakibatkan risiko jatuh.

Dari masalah yang muncul penulis menyusun intervensi yang dilaksanakan kepada pasien II (Tn. M) berupa pencegahan jatuh. Pencegahan jatuh bertujuan untuk mengidentifikasi dan menurunkan risiko jatuh akibat perubahan kondisi fisik atau psikologis. Tindakan keperawatan yang dilakukan selama tiga hari perawatan pada pasien II (Tn. M) yaitu mengidentifikasi faktor risiko jatuh, mengidentifikasi faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh, menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala morse, memastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci, memasang handrall tempat tidur.

3. Intervensi Keperawatan

- a) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular dibuktikan dengan mengeluh pusing, lemes, mual, muntah dua kali, tangan dan kaki sebelah kiri mengalami kekakuan dan sulit untuk digerakan.

Tujuan dan kriteria hasil pada intervensi keperawatan merujuk pada hasil yang diharapkan setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 30 menit maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: pergerakan ekstremitas meningkat (5), kekuatan otot meningkat (5), rentang gerak (ROM) meningkat (5), kelemahan fisik menurun (5), kaku sendi menurun (5). Intervensi keperawatan yang digunakan pada kasus ini terdiri dari intervensi utama dan intervensi pendukung dengan label dukungan mobilisasi dan teknik latihan penguatan otot, serta intervensi inovasi latihan *range of motion* (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Berdasarkan perencanaan yang telah disusun dengan intervensi utama, intervensi pendukung, dan inovasi, terdapat beberapa intervensi yang tidak dapat dilaksanakan. Pada intervensi utama dukungan mobilisasi, seluruh intervensi sudah berhasil dilaksanakan.

Hal ini menunjukkan bahwa dengan teori acuan yang digunakan yaitu Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Hasil keperawatan mencerminkan kondisi diagnosis keperawatan setelah pemberian asuhan keperawatan. Output keperawatan terdiri dari tiga elemen utama: label (nama output keperawatan diwakili oleh kata kunci informasi eksternal), evaluasi (hasil yang diantisipasi), dan temuan (atribut pasien yang dicatat yang berfungsi sebagai dasar untuk mencapai hasil intervensi keperawatan). Mobilitas fisik adalah label positif dengan harapan dapat teratasi atau ditingkatkan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Teori acuan yang digunakan untuk menentukan intervensi keperawatan yaitu Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Intervensi keperawatan ini terdiri dari tiga bagian, yaitu label, definisi dan tindakan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018). Label ini merupakan kata kunci yang memberikan informasi tentang intervensi yang diperlukan, sedangkan definisi menjelaskan makna dari label intervensi keperawatan tersebut. Sedangkan tindakan mencakup serangkaian tindakan aktivitas yang dilakukan perawat untuk menerapkan intervensi yaitu observasi, terapiotik, edukasi dan kolaborasi.

- b) Pada diagnosa kedua nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik penulis menyusun intervensi dengan tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, skala nyeri menurun. Intervensi yang disusun adalah manajemen nyeri (I. 08238), observasi: identifikasi lokasi, karakteristik, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Terapeutik: berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi nyeri, fasilitasi istirahat tidur. Edukasi: jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri. Kolaborasi: kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu. Analgesik adalah jenis manajemen nyeri farmakologis. Obat yang disebut analgesik digunakan untuk mengurangi atau menghilangkan rasa sakit tanpa membuat seseorang pingsan. Obat pilihan bagi pasien yang mengeluh nyeri adalah

ketorolac, suatu analgesik non-narkotika dengan sifat anti inflamasi dan antipiretik. Ketorolac berfungsi dengan mencegah produksi prostaglandin, yang merupakan mediator yang terlibat dalam peradangan, nyeri, demam, dan meredakan ketidaknyamanan perifer. Kelompok obat yang dikenal sebagai obat anti inflamasi non steroid antara lain ketorolac. Hanya dapat digunakan untuk penyakit jangka pendek yang berlangsung maksimal lima hari. Kemudian untuk nyeri sedang sampai ringan dilanjutkan dengan pemberian obat injeksi golongan golongan analgesik seperti paracetamol (Octasari & Inawati, 2022).

- c) Dari masalah yang muncul Pada diagnosa ketiga penulis menyusun intervensi yang dilaksanakan kepada pasien berupa promosi komunikasi: defisit bicara. Promosi komunikasi pada defisit bicara ditunjukan untuk menggunakan teknik komunikasi tambahan pada individu dengan gangguan bicara (PPNI, 2018). Tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien selama tiga hari berupa mengkaji kemampuan bicara pasien, mengulangi apa yang disampaikan pasien, memberikan dukungan psikologis, menganjurkan bicara perlahan dengan latihan bicara. Menurut (Wardhana, 2023). Pasien stroke yang mengalami gangguan komunikasi verbal, sangat perlu dilakukan latihan bicara perlahan. *Speech Therapy* sangat dibutuhkan pada pasien stroke dengan gangguan bicara mengingat bicara dan komunikasi merupakan faktor yang berpengaruh dalam interaksi sosial. Terapi “AIUEO” merupakan salah satu terapi yang bertujuan untuk memperbaiki ucapan agar dapat dipahami oleh orang lain

dengan cara menggerakkan lidah, bibir, otot wajah, dan mengucapkan kata-kata. Hal ini belum terbukti pada kedua pasien karena pasien mengatakan masih sulit berbicara, bicara pasien pelo, pasien masih terdengar tidak jelas jika berbicara.

- d) Dari masalah yang muncul pada diagnosa ketiga penulis menyusun intervensi yang dilaksanakan kepada pasien II (Tn. M) berupa pencegahan jatuh. Pencegahan jatuh bertujuan untuk mengidentifikasi dan menurunkan risiko jatuh akibat perubahan kondisi fisik atau psikologis (PPNI, 2018). Tindakan keperawatan yang dilakukan selama tiga hari perawatan pada pasien II (Tn. M) yaitu mengidentifikasi faktor risiko jatuh, mengidentifikasi faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh, menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala morse, memastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci, memasang handrall tempat tidur.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahap perwujudan dari intervensi keperawatan yang telah disusun dan merupakan tahap keempat dari proses keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat sesuai intervensi yang sudah ditetapkan sebelumnya. Implementasi dilakukan pada pasien pasca stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik selama 3 x 30 menit dengan dukungan mobilisasi, teknik latihan penguatan otot, dan latihan *range of motion*.

Tindakan keperawatan observasi pada intervensi utama dan intervensi pendukung meliputi, mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, memonitor efektifitas latihan. Selanjutnya pada tindakan terapiotik meliputi, memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur), memfasilitasi melakukan mobilisasi dini, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, melakukan latihan sesuai dengan program yang ditentukan, memfasilitasi menetapkan tujuan jangka pendek dan jangka panjang yang realistis dalam menentukan rencana latihan, memberikan intruksi tertulis tentang pedoman dan bentuk gerakan untuk setiap gerakan otot, memotivasi pasien untuk fokus melakukan terapi, melakukan latihan *range of motion*, memberikan istirahat 5 menit setelah melakukan latihan.

Tindakan keperawatan edukasi meliputi, menjelaskan tujuan prosedur mobilisasi mengajarkan tanda atau gejala intoleransi dan setelah selesai sesi latihan (misal, kelelahan, kelemahan), menganjurkan melakukan mobilisasi dini, mengajarkan dan menjelaskan keluarga *range of motion* untuk membantu proses meningkatkan kekuatan otot. Tindakan keperawatan kolaborasi meliputi, menetapkan jadwal tindak lanjut untuk memotivasi memfasilitasi pemecahan, kolaborasi dengan tim kesehatan lain (misal, terapis aktivitas, ahli fisiologis, terapis fisik) dalam perencanaan pengajaran dan monitor program latihan otot.

Secara umum kemampuan seseorang untuk bergerak sangat penting dalam menjalani aktivitas. Dengan ini mobilisasi dini dapat mencegah terjadinya komplikasi pada pasien pasca stroke non hemoragik dan mencegah penurunan fungsi tubuh serta mempercepat proses pemulihan. Hal ini dilakukan dengan berbagai teknik seperti latihan *range of motion*.

Latihan *range of motion* bisa dilakukan dengan posisi duduk di bed atau tempat yang datar. Selanjutnya pasien melakukan latihan yang dimulai dari ekstremitas bawah yang pertama pada paha dan lutut yang meliputi gerakan fleksi, ekstensi, abduksi, adduksi, rotasi dalam, dan rotasi luar. Selanjutnya yang kedua pergelangan kaki yang meliputi gerak dorsifleksi, plantar fleksi, inversi, eversi. Dan yang ketiga jari – jari kaki yang meliputi gerak fleksi dan ekstensi. Selama latihan pasien harus berkonsentrasi penuh untuk mengikuti instruksi gerakan yang diberikan oleh perawat.

Sehingga Karya Tulis ilmiah ini dapat disimpulkan bahwa penerapan latihan *Range of Motion* sebagai intervensi pendukung mampu menjadi pilihan alternatif sebagai teknik relaksasi dan juga teknik non farmakologi pada pasien pasca stroke non hemoragik yang mengalami masalah dalam gangguan mobilitas fisik.

Implementasi diagnosa keperawatan yang kedua dilakukan selama tiga hari berturut-turut pada tanggal 1 Maret 2025 sampai dengan tanggal 4 Maret 2025. Implementasi yang diberikan sesuai dengan intervensi yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri; identifikasi skala nyeri; mengidentifikasi faktor yang memperberat dan

memperingan nyeri; memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri, menjelaskan strategi meredakan nyeri, mengajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri, dan berkolaborasi dalam pemberian analgesik. Dalam melakukan implementasi pada diagnosa keperawatan yang kedua, penulis tidak mengalami kesulitan atau hambatan karena pasien kooperatif misalnya pada saat melakukan teknik relaksi otot progresif pasien melakukannya dengan kooperatif sehingga nyeri yang dirasakan dapat berkurang.

Tindakan keperawatan yang ketiga dilakukan pada pasien selama tiga hari berupa mengkaji kemampuan bicara pasien, mengulangi apa yang disampaikan pasien, memberikan dukungan psikologis, menganjurkan bicara perlahan dengan latihan bicara. Pasien stroke yang mengalami gangguan komunikasi verbal, sangat perlu dilakukan latihan bicara perlahan. *Speech Therapy* sangat dibutuhkan pada pasien stroke dengan gangguan bicara mengingat bicara dan komunikasi merupakan faktor yang berpengaruh dalam interaksi sosial. Terapi “*AIUEO*” merupakan salah satu terapi yang bertujuan untuk memperbaiki ucapan agar dapat dipahami oleh orang lain dengan cara menggerakkan lidah, bibir,otot wajah, dan mengucapkan kata-kata (Arif Muttaqin, 2023). Hal ini belum terbukti pada kedua pasien karena pasien mengatakan masih sulit berbicara, bicara pasien pelo, pasien masih terdengar tidak jelas jika berbicara.

Implementasi yang diberikan pada pasien kedua Tn. M sesuai dengan intervensi yang dibuat yaitu mengidentifikasi risiko jatuh, mengidentifikasi

faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh, memonitor kemampuan mobilisasi, menganjurkan menggunakan alat bantu berjalan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari didapatkan hasil masalah teratasi dengan hasil pemeriksaan pasien mengatakan tidak ada kejadian jatuh selama berada di rumah sakit. Penulis berasumsi teori tersebut sesuai dengan keadaan pasien. Dimana pasien mengalami penurunan dalam kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari. Dapat di simpulkan pada pasien kedua Tn. M dengan Pasca Stroke dengan masalah keperawatan risiko jatuh masalah teratasi sebagian.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses asuhan keperawatan yang bertujuan untuk menilai sejauh mana keberhasilan dalam melakukan implementasi keperawatan. Proses evaluasi akan menentukan apakah ada penyimpangan dari setiap Langkah proses yang dimulai dari pengakajian, diagnose, perencanaan, implementasi, serta evaluasi (Riskesdas, 2022).

Evaluasi keperawatan yang digunakan pada kasus ini dengan metode SOAP (subjektif, objektif, assesment, planning). Hasil evaluasi pada Tn. R setelah dilakukan implementasi selama 3 x 30 menit didapatkan S: Tn. R mengatakan setelah mendapat implementasi latihan *range of motion*, Tn. R mengatakan sudah mampu untuk menggerakkan tangan kiri dan kaki kirinya dengan perlahan, serta pasien mengatakan kaku pada sendi sudah berkurang. O: Pasien tampak mampu melakukan gerakan pada ekstremitas kiri bawah dan atas secara perlahan, Pasien tampak mampu berdiri dengan bantuan

tongkat, serta kaku pada sendi saat melakukan gerakan tampak sudah berkurang, dan pasien mengalami peningkatan kekuatan otot pada ekstremitas kiri bawah dan atas yaitu tangan kiri dan kaki kiri meningkat menjadi 4, kondisi fisik pasien baik, pasien tampak mampu melakukan mobilisasi dini secara mandiri. A: Masalah Gangguan Mobilitas teratasi. P: Pertahankan kondisi pasien, melanjutkan pemberian latihan latihan ROM aktif pada pagi hari selama 15 menit dengan istirahat 5 menit secara rutin.

Sedangkan hasil evaluasi pada Tn. M setelah dilakukan implementasi selama 3 x 30 menit didapatkan S: Pasien mengatakan setelah melakukan latihan *range of motion* sudah bisa menggerakkan tangan kanan dan kaki kanannya secara perlahan. O: Pasien tampak mampu melakukan gerakan pada ekstremitas kanan atas dan bawah serta kaku pada sendi saat melakukan gerakan tampak sudah berkurang, dan pasien mengalami peningkatan kekuatan otot menjadi 3, kondisi pasien cukup baik. A: Masalah Gangguan Mobilitas Belum Teratasi. P: Lanjutkan intervensi pemberian latihan latihan ROM aktif pada pagi hari selama 15 menit dengan istirahat 5 menit secara rutin.

Tabel 4.3 Lembar observasi evaluasi perubahan nilai kekuatan otot pada Tn. R dan Tn. M dengan stroke non hemoragik.

Pasien	Waktu dan Tgl	Pre Test		Waktu dan Tgl	Post Test	
		Kanan	Kiri		Kanan	Kiri
Pasien Pertama	12.30 WIB, 1 TN. R Maret 2025	5	3	11.40 WIB, 4 Maret 2025	5	4
Pasien Kedua	13.00 WIB, 25 Tn. M Februari 2025	2	5	12.20 WIB, 27 Februari 2025	3	5

Dilanjutkan dengan evaluasi pada diagnosa keperawatan kedua. Evaluasi dilakukan setiap hari selama tiga hari dari tanggal 1 Maret 2025 sampai tanggal 4 Maret 2025. Pada hari pertama didapatkan tujuan dan kriteria hasil belum tercapai, di hari kedua dievaluasi ternyata tujuan dan kriteria hasil tercapai sebagian, namun masalah belum teratasi, dan evaluasi di hari ketiga didapatkan tujuan dan kriteria hasil tercapai, masalah teratasi, yaitu nyeri menurun dari skala 5 turun menjadi skala 2 dan di hari ketiga nyeri menurun menjadi skala 2, meringis menurun, gelisah menurun.

Hasil evaluasi pada kedua pasien (Tn. R) dan (Tn. M) di hari pertama, kedua, dan ketiga komunikasi verbal belum meningkat karena data yang ditemukan belum memenuhi kriteria hasil yang disusun, yaitu pasien mengatakan masih sulit berbicara, bicara pasien pelo, pasien masih terdengar

tidak jelas jika berbicara, oleh karena itu intervensi promosi komunikasi pada defisit bicara masih perlu dilanjutkan.

Penulis berasumsi belum memenuhinya ekspektasi dari kriteria hasil yang ditetapkan pada pasien karena gangguan neuromuskular membutuhkan waktu lama untuk pulih sehingga intervensi perlu dilanjutkan atau diajarkan oleh keluarga pasien dengan terapi bicara AIUEO.

Hasil evaluasi pada pasien kedua (Tn. M) di hari pertama, kedua, dan ketiga tingkat jatuh cukup menurun karena data yang ditemukan hanya sebagian yang memenuhi kriteria hasil yang disusun, Data yang ditemukan di hari ketiga yaitu jatuh dari tempat tidur cukup menurun.

C. Keterbatasan Studi Kasus

Dalam studi kasus ini keterbatasan penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah antara lain:

1. Pasien mengalami kesulitan dalam berbicara sehingga dalam melakukan wawancara penulis mengalami keterbatasan dan wawancara lebih banyak dilakukan pada keluarga pasien.
2. Dalam implementasi *range of motion* yang dilakukan penulis kurang efektif, karena penulis bertugas hanya satu kali shift, sehingga *range of motion* hanya dilakukan satu kali dalam sehari padahal sesuai dengan teori seharusnya *range of motion* dilakukan minimal dua kali dalam sehari yaitu pada pagi dan sore hari.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Stroke adalah suatu penyakit defisit neurologis yang disebabkan oleh perdarahan ataupun sumbatan dengan gejala dan tanda yang sesuai pada bagian otak yang terkena, yang dapat menimbulkan cacat atau kematian. Stroke adalah kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke bagian otak tiba-tiba terganggu. Gangguan ini menyebabkan kematian beberapa sel otak karena kurangnya aliran darah yang dapat disebabkan oleh penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien stroke non hemoragik dengan pemenuhan kebutuhan aktifitas gangguan mobilitas fisik dengan penerapan ROM. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari yaitu dari tanggal 1 Maret 2025 sampai dengan 4 Maret 2025 pada Tn. R dan pada pasien kedua tanggal 25 Februari 2025 sampai dengan 27 Februari 2025 dengan penyakit stroke non hemoragik di Ruang Baitul Izzah 2 RSI Sultan Agung Semarang menyimpulkan pengkajian yang dilakukan pasien pertama Tn. R umur 60 tahun dengan diagnosa stroke non hemoragik yang mengalami gangguan mobilitas fisik terfokuskan pada nilai kekuatan otot yaitu tangan kanan 5, kaki kanan 5, tangan kiri 3, kaki kiri 3. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari nilai kekuatan otot mengalami peningkatan pada tangan kiri 3 menjadi 4 dan kaki kiri 3 menjadi 4. Sedangkan pada Tn. M umur 61 tahun dengan diagnosa stroke non hemoragik

yang mengalami gangguan mobilitas fisik terfokuskan pada nilai kekuatan otot tangan kanan 2, kaki kanan 2, tangan kiri 5, kaki kiri 5. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari nilai kekuatan otot tangan kanan 2 menjadi 3 dan kaki kanan 2 menjadi 3.

B. Saran

1. Bagi Penulis

Hasil studi kasus ini dapat menambah pengetahuan dan pengalaman tentang tindakan penerapan *Range of Motion* pada pasien stroke non hemoragik.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil studi kasus ini dapat dipergunakan sebagai referensi untuk institusi Pendidikan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula dalam penyusunan asuhan keperawatan dengan Implementasi pemenuhan kebutuhan aktifitas gangguan mobilitas fisik dengan penerapan ROM pada pasien stroke non hemoragik.

3. Bagi Rumah Sakit

Hasil studi kasus ini rumah sakit dapat menerapkan tindakan penerapan *Range of Motion* pada pasien stroke non hemoragik.

4. Bagi Pasien

Hasil studi kasus ini dapat meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke non hemoragik dan pasien dapat menerapkan kembali *Range of Motion* secara mandiri.

Daftar Pustaka

- ‘Aisyiyah. (2020). *Tujuan: Membandingkan kedua masalah keperawatan Stroke Non Hemoragik kedua pasien dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas dan latihan. Metode: Jenis penelitian. X(1)*, 25–37.
- Adolph, R. (2023). Implementasi Penggunaan Range of Motion (ROM) terhadap Kekuatan Otot klien Stroke Non Hemoragik.
- Agustin. (2023). *Implementasi Penggunaan Range of Motion (ROM) terhadap Kekuatan Otot klien Stroke Non Hemoragik. 13(1)*, 104–116.
- Arif Muttaqin. (2023). ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG SEROJA RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA. *AT-TAWASSUTH: Jurnal Ekonomi Islam, VIII(I)*, 1–19.
- Azizah, N. (2023). PEMBERIAN LATIHAN RANGE OF MOTION (ROM) UNTUK MENINGKATKAN KEKUATAN OTOT PADA LANSIA POST STROKE YANG MENGALAMI KELEMAHAN OTOT PADA EKSTREMITAS DI DESA SIDAREJA. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah, 5*, 71–85.
- Bayu Pramana Suryawan, Agustini, N. N. M., Kamelia, L. P. L., & Kapakisan, K. S. (2022). PENGKAJIAN HOLISTIK PASIEN STROKE NON-HEMORAGIK. *Jurnal Kesehatan, 6(6)*, 3.
- Dian. (2023). *PENERAPAN RANGE OF MOTION (ROM) UNTUK MELATIH KEKUATAN OTOT PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DI RSUD dr. SOEDIRMAN. 2*, 495–506.
- Firdausi, N. I. (2023). Pengaruh Latihan Range of Motion Terhadap Resiko Jatuh Pada Pasien Post Stroke Non Hemoragik Di Poli Saraf RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.
- Hidayat. (2023). Penerapan Latihan ROM (Range of Motion) Terhadap Rentang Gerak Ekstremitas Pada klien Stroke. *Nucl. Phys., 13(1)*, 104–116.
- Ismail. (2023). *-Pathway-Stroke-Non-Hemoragik.*
- James W, Elston D, T. J. et al. (2023). Isi Pengkajian Konsep Keperawatan. *Andrew’s Disease of the Skin Clinical Dermatology.*, 9–30.
- Kemenkes. (2023). Survei Kesehatan Indonesia 2023 (SKI). *Kemenkes*, 235.
- Kemenkes RI, 2018. (2022). Kementerian Kesehatan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. Iskemia. Jakarta. *Kemenkes RI, 2022, 3(2)*, 91–102.
- Kuriakose, D., & Xiao, Z. (2023). IMP para qué es el ictus, tipos y causas. También para datos epidemiológicos y tratamientos. *International Journal of*

- Molecular Sciences*, 21(20), 1–24.
- Lambiombir. (2024). Penerapan prinsip dasar etika. In *Ayan* (Vol. 15, Issue 1).
- Merinda. (2024). *Pengaruh Proprioceptive Neuromuscular Facilitation Terhadap Peningkatan Otot pada Pasien Stroke: Literature Riview*.
- Mona, J. D., Kandou, G. D., Langi, F. L. F. G., Kesehatan, F., Universitas, M., & Ratulangi, S. (2022). Proporsi Obesitas Sentral dan Stroke Menurut Provinsi di Indonesia Tahun 2022.
- Ningrum, W. (2021). Efektifitas Range Of Motion (ROM) Aktif Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pada Penderita Stroke Hemoragik. *Jurnal Keperawatan GSH*, 7(1), 14–18.
- Nursalam. (2022). Faktor – Factor yang Berhubungan dengan Frekuensi Kekambuhan Stroke. *Penambahan Natrium Benzoat Dan Kalium Sorbat (Antiinversi) Dan Kecepatan Pengadukan Sebagai Upaya Penghambatan Reaksi Inversi Pada Nira Tebu*, 33–41.
- Pande Putu Anggi Juliani. (2024). *Pengaruh Latihan Range Of Motion (ROM) Aktif – Asistif (Spherical Grip) Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Ekstremitas Atas Pada Pasien Stro ke Di Ruang Rawat Inap Penyakit Syaraf (Seruni) RSUD Ulin Banjarmasin*.2020, 8–36.
- Parmin, S., Mauren, D., Harisandy, A., & Safitri, S. W. (2025). *Kekuatan Otot Pada Penderita Stroke Muscle Strength In Stroke Patients Universitas Kader Bangsa , Indonesia*. 8(1).
- Rahmi. (2021). “Implementasi Latihan ROM (Range Of Motion) Hook Grip Pada Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Di RSUD Tabanan.
- Riskesdas. (2022). *Riset Kesehatan Dasar;RISKESDAS.Jakarta:Balitban*. 4, 1–23.
- SDKI. (2017). *STANDAR DIAGNOSIS*.
- Setiawan et al. (2021). Diagnosis Dan Tatalaksana Stroke Hemoragik. *Jurnal Medika Utama*, 02(01), 402–406.
- SIKI. (2018). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Tingkat Pengetahuan Pencegahan Stroke Pada Penderita Hipertensi. *Jurnal Persatuan Perawat Nasional Indonesia (JPPNI)*, 6(2), 54.
- Sofyan et al. (2023). Konsep Dasar Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik. In *Journal GEEJ* (Vol. 7, Issue 2).
- Sudarta. (2023). *Mengenal Stroke Serta Karakteristik Penderita Stroke Hemoragik dan Non Hemoragik*. 16(1), 1–23.
- Syamsuddin, F. (2025). *Ju rn a l Ke p e r a w a t a n Mu h a m m a d i y a h*

Perbandingan Efektivitas Pemberian Terapi Bola Karet Bergerigi Dan Tidak Bergerigi Dengan Kekuatan Otot Genggam Tangan Pasien Stroke Non Hemoragik. 10(1).

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. *Dpp Ppni*, 312.

Wijaya & Putri. (2022). *PEMERIKSAAN SARAF KRANIALIS*. 1–23.

Yuniantina. (2024). Pengaruh Alih Baring dan Massage Punggung Untuk Mencegah Terjadinya Luka Dekubitus Pada Pasien Stroke.

