

STUDI DESKRIPTIF ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN AKTIVITAS PADA PASIEN STROKE



KARYA TULIS ILMIAH

Disusun Sebagai Tugas Akhir

Untuk Memenuhi Sebagai Syarat Menyelesaikan

Program Studi Diploma III Keperawatan

Disusun Oleh :

Fabyan Wildan Asmara

NIM : D3A2022.026

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PANTI KOSALA
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
TAHUN 2025**

ABSTRAK

Studi Deskriptif Asuhan Keperawatan Gangguan Aktivitas Pada Pasien Stroke

(Fabyan Wildan Asmara, Diyono)

Latar Belakang : secara global lebih dari 12,2 juta atau satu dari empat orang di atas usia 25 akan mengalami stroke atau lebih dari 101 juta orang yang hidup saat ini, lebih dari 7,6 juta atau 62% stroke iskemik baru setiap tahun. Lebih dari 28% dari semua kejadian stroke adalah perdarahan intracerebral, 1,2 juta perdarahan subaracnoid. Sekitar 795.000 orang amerika serikat menderita stroke baru atau berulang. Salah satu komplikasi stroke adalah kelemahan esktremitas yang dapat menyebabkan gangguan mobilitas fisik, dengan implikasi yang cukup rumit.

Tujuan : Mengetahui gambaran asuhan keperawatan gangguan aktivitas pada pasien *stroke* di ruang Lantai 3 Utara RS Dr OEN KANDANG SAPI SOLO.

Metode : Studi kasus pada 1 pasien di RS Dr OEN KANDANG SAPI SOLO

Hasil : (1) Data fokus yang didapatkan pada pasien dengan gangguan aktivitas pada pasien stroke yaitu data subjektif pasien (S) pasien mengatakan mengeluh badan lemas, sulit menggerakkan esktremitas kanannya, pernah mengalami stroke pada tahun 2022, mengeluh pusing. Data objektif (O) pasien tampak lemas sulit menggerakkan esktremitasnya kanannya, kekuatan otot nialinya 3, rentang gerak menurun, tampak menahan pusing, TD 188/100 mmHg, *cholesterol* 133mg/dl, hasil *CT Scan ischemic ifark*. (2) Diagnosa keperawatan prioritas adalah gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. (3) Perencanaan keperawatan yang dirumuskan adalah yaitu SLKI : mobilitas fisik dan aktivitas, SIKI : dukungan mobilisasi. (4) kesimpulan yang dilakukan untuk mengatasi gangguan aktivitas pada pasien Stroke adalah mengobservasi tanda-tanda vital, menganjurkan mobilisasi sederhana, memberikan obat mecobalamin 500mg, injeksi citicolin 500mg, memberikan injeksi ceftriaxone 1gr, memeberikan obat clopidogrel bisulfate 75mg, memberikan obat amlodipin 10mg dan memberikan obat lisinopril 10mg. (5) Evaluasi hasil yang didapatkan penulis adalah setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6 hari pasien mampu mencapai mobilitas yang meningkat.

Kesimpulan : Asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien Stroke meliputi data fokus, analisa data, diagnosis, perencanaan, tindakan dan evaluasi.

Kata Kunci : gangguan mobilitas fisik, studi kasus.

ABSTRAK

Descriptive Study of Nursing Care For Activity Disorders in Stroke Patients

(Fabyan Wildan Asmara, Diyono)

Background : Globally, more than 12.2 million or one in four people over the age of 25 will experience a stroke or more than 101 million people alive today, more than 7.6 million or 62% of new ischemic strokes each year. More than 28% of all strokes are intracerebral hemorrhage, 1.2 million subarachnoid hemorrhage. Approximately 795,000 Americans suffer from new or recurrent strokes. disruption of daily activities, and irreversible disability. Lack of physical activity after a stroke can inhibit the range of motion of the joints so that if this continues to occur it will cause total dependence, disability and even death. Stroke is a cause of brain damage that appears suddenly, progressively and quickly due to non-traumatic brain blood circulation disorders. Based on the author's experience from several stroke patients who received nursing care in the hospital.

Purpose : To determine the description of nursing care for impaired activity in stroke patients in the 3rd Floor North Room of Dr. OEN KANDANG SAPI Hospital, SOLO.

Method : Case study on 1 patient at Dr. OEN KANDANG SAPI Hospital, SOLO

Results: The focus data obtained in patients with impaired activity in stroke patients, namely subjective patient data (S) the patient said he complained of weakness, difficulty moving his right extremity, had a stroke in 2022, complained of dizziness. Objective data (O) the patient appeared weak and had difficulty moving his right extremity, muscle strength value 3, decreased range of motion, appeared to be holding back dizziness, BP 188/100 mmHg, cholesterol 133mg/dl, ischemic ifark CT Scan results. (2) The priority nursing diagnosis is impaired physical mobility related to decreased muscle strength. (3) The nursing planning formulated is SLKI: physical mobility and activity, SIKI: mobilization support. (4) The conclusion made to overcome activity disorders in stroke patients is to observe vital signs, recommend simple mobilization, give 500 mg of mecobalamin, 500 mg of citicoline injection, give 1 g of ceftriaxone injection, give 75 mg of clopidogrel bisulfate, give 10 mg of amlodipine and give 10 mg of lisinopril. (5) The evaluation of the results obtained by the author is that after nursing care for 6 days the patient was able to achieve increased mobility.

Conclusion : Nursing care provided to stroke patients includes focus data, data analysis, diagnosis, planning, action and evaluation.

Keywords : Physical mobility impairment, case study.

HALAMAN PERSETUJUAN

Laporan karya tulis ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan pada uji sidang karya tulis ilmiah pada Program Studi D III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan PANTI KOSALA

Disetujui pada tanggal: Mei 2025

Pembimbing

Diyono, S.Kep.,Ns.,M.kes.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Fabyan wildan Asmara

Nim : D3A2022. 026

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa laporan karya tulis ilmiah yang berjudul “**Studi Deskriptif Asuhan Keperawatan Gangguan Aktivitas Pada Pasien Stroke**” adalah benar-benar karya saya sendiri. Hal-hal yang bukan karya saya dalam laporan karya tulis ilmiah ini diberi tanda citasi dan ditunjukkan dalam daftar Pustaka.

Apabila dikemudian hari terbukti pernyataan saya tidak benar, maka saya bersedia menerima sanksi akademik yang sudah ditentukan

Sukoharjo, Mei 2025

Yang membuat pernyataan,

Fabyan Wildan Asmara

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul “Studi Deskriptif Asuhan Keperawatan Gangguan Aktivitas Pada Pasien Stroke”. Karya tulis ilmiah ini disusun untuk memenuhi Tugas Akhir. Dengan dibuatnya karya tulis ilmiah ini tentunya tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, maka pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu Ratna Indriati, A., M. Kes selaku Ketua SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PANTI KOSALA yang telah memberikan dukungan bagi semua mahasiswa dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah.
2. Bapak Diyono, S.Kep.,Ns.,M.kes., selaku dosen pembimbing yang telah memberi arahan, masukan, serta motivasi dalam membimbing penulis untuk dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan baik.
3. Tim Penguji Ujian Sidang Karya Tulis Ilmiah
4. Dosen, Tenaga Kependidikan, Administrasi, dan Staf Perpustakaan SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PANTI KOSALA, yang telah memberi bekal ilmu yang besar manfaatnya bagi penulis.
5. Teristimewa Kedua orang tua saya yang sudah memberikan semangat dan kasih sayang yang tulus kepada saya dalam membuat karya tulis ilmiah ini sehingga saya semakin bersemangat dalam pembuatan.
6. Teman-teman saya satu angkatan yang selalu mendukung satu sama lain dalam perjalanan 3 tahun ini.

Penulis menyadari dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini terdapat banyak kekurangan. Untuk itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan penulisan Karya Tulis Ilmiah. Penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi semua pihak.

Sukoharjo, Mei 2025

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
ABSTRAK	ii
ABSTRACT	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI	vii
BAB I. PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penulisan	4
D. Manfaat Penulisan	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar Kebutuhan Aktivitas	6
B. Gangguan Aktivitas pada Pasien Stroke.....	20
BAB III METODE PENULISAN	
A. Desain Penelitian	37
B. Subyek Penelitian	37
C. Fokus Penelitian	37
D. Definisi Operasional.....	38
E. Instrumen Pengumpulan Data	38
F. Metode Pengumpulan Data	38
G. Analisa Data	39
H. Tempat dan Waktu	40
I. Ruang Lingkup.....	40
BAB IV RESUME KASUS DAN PEMBAHASAN	
A. Resume Kasus	41
B. Pembahasan.....	58
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan	79
B. Implikasi Perawatan.....	80
DAFTAR PUSTAKA.....	82

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Menurut data *World Health Organization (WHO)* yang dikutip oleh Dwilaksono et al., (2023), secara global lebih dari 12,2 juta atau satu dari empat orang di atas usia 25 akan mengalami stroke atau lebih dari 101 juta orang yang hidup saat ini, lebih dari 7,6 juta atau 62% stroke iskemik baru setiap tahun. Lebih dari 28% dari semua kejadian stroke adalah perdarahan intracerebral, 1,2 juta perdarahan subaracnoid. Sekitar 795.000 orang amerika serikat menderita stroke baru atau berulang.

Menurut data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 yang dikutip oleh Setiawan (2021), menunjukkan stroke penyebab kematian nomor satu disemua umur yaitu sebesar 15, 4%. Penyebab stroke hemoragik paling penting adalah penyakit hipertensi. Selain hipertensi, penyebab stroke bisa dipengaruhi oleh ras/suku, jenis kelamin dan usia. Usia yang paling tinggi beresiko terkena stroke yaitu usia lansia ≥ 75 tahun. Penegakkan diagnosis stroke hemoragik berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik umum dan pemeriksaan neurologis, serta pemeriksaan penunjang. Gejala klinis yang sering dialami oleh pasien stroke hemoragik adalah nyeri kepala, mual, muntah, kejang dan penurunan kesadaran. Penatalaksanaan awal yang cepat dan tepat memungkinkan pasien tidak memerlukan tindakan pembedahan.

Pencegahan untuk menghindari stroke dengan menghentikan kebiasaan merokok, minum alkohol, mengkonsumsi obat-obatan, serta memperbanyak olahraga.

Stroke merupakan penyebab kerusakan pada otak yang muncul mendadak, progresif dan cepat akibat gangguan peredaran darah otak non traumatik. Gangguan tersebut secara mendadak menimbulkan gejala antara lain kelumpuhan sisi wajah atau anggota badan, bicara tidak lancar, bicara tidak jelas (pelo), perubahan kesadaran, gangguan penglihatan. Berdasarkan hasil sistematika review didapatkan bahwa faktor resiko yang mempengaruhi terjadinya stroke yaitu jenis kelamin, usia tingkat pendidikan, riwayat hipertensi, kadar kolesterol darah obesitas, penyakit jantung koroner, kebiasaan merokok, mengkonsumsi makanan yang mengandung garam tinggi, dan kurang aktivitas fisik. diharapkan agar dapat menjaga pola hidup sehat, serta melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin yaitu mengontrol tekanan darah dan mengontrol kadar glukosa darah (Sabrina & Anggraini 2022).

Stroke non hemoragik adalah tanda klinis disfungsi ataupun kerusakan jaringan otak akibat kurangnya aliran darah ke otak sehingga jaringan otak menjadi terganggu. Gejala yang dirasakan oleh pasien yaitu ketidakmampuan menggerakkan ekstremitas kiri sehingga terjadi hambatan mobilitas fisik. (Suandika & Farhan 2023).

Hasil dari penelitian Syaridwan, A (2019), yang berjudul “Asuhan Keperawatan pasien Stroke Non Hemoragik dengan Gangguan

Mobilitas Fisik”. Menemukan bahwa masalah kebutuhan yang utama adalah gangguan aktivitas dengan rumusan diagnosis keperawatan adalah gangguan mobilitas fisik.

Pasien stroke yang tidak segera mendapatkan penanganan medis dapat mengakibatkan kelumpuhan dan juga menimbulkan komplikasi, salah satunya seperti terjadinya gangguan mobilisasi, gangguan fungsional, gangguan aktivitas sehari-hari, dan kecacatan yang tidak dapat disembuhkan. Kurangnya aktivitas fisik setelah stroke dapat menghambat rentang gerak sendi sehingga apabila hal ini terus terjadi akan menyebabkan ketergantungan total, kecacatan bahkan sampai kematian. Masalah keperawatan yang sering muncul pada penderita stroke yaitu gangguan mobilitas, nyeri akut, gangguan persepsi sensori, gangguan komunikasi verbal (Ningsih, 2023).

Berdasarkan pengalaman penulis dari beberapa pasien stroke yang dilakukan asuhan keperawatan di rumah sakit, penulis selalu menjumpai gangguan aktivitas/ gangguan mobilitas fisik sebagai masalah atau diagnosa keperawatan utama pada pasien stroke dampak dari gangguan aktivitas pada pasien stroke jika tidak segera di tangani yakni kecacatan permanen seperti kelumpuhan, tidak mampu melakukan perawatan diri, semua aktivitas di bantu keluarga atau orang lain.

Berdasarkan uraian tersebut di atas menunjukkan gangguan aktivitas atau mobilisasi merupakan masalah utama pada pasien stroke. Untuk itu penulis menjadikan masalah asuhan keperawatan

gangguan aktivitas pada pasien stroke sebagai pokok bahasan dalam analisa laporan karya tulis ilmiah ini.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah pada laporan Karya Tulis Ilmiah ini adalah “Bagaimana deskripsi asuhan keperawatan gangguan aktivitas pada pasien stroke di ruang Lantai 3 Utara RS Dr OEN KANDANG SAPI SOLO?

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran asuhan keperawatan gangguan aktivitas pada pasien *stroke* di ruang Lantai 3 Utara RS Dr OEN KANDANG SAPI SOLO.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan data fokus pada askep pasien stroke yang mengalami gangguan aktivitas
- b. Mendeskripsikan diagnosis keperawatan pada askep pasien stroke yang mengalami gangguan aktivitas
- c. Mendeskripsikan perencanaan keperawatan pada askep pasien stroke yang mengalami gangguan aktivitas
- d. Mendeskripsikan tindakan keperawatan pada askep pasien stroke yang mengalami gangguan aktivitas

- e. Mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada askep pasien stroke yang mengalami gangguan aktivitas

D. Manfaat Penulisan

Laporan karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat bermanfaat bagi semua pihak meliputi :

1. Rumah Sakit

Sebagai masukan dan referensi dalam upaya peningkatan kualitas asuhan keperawatan pasien stroke di rumah sakit.

2. Pengembangan Ilmu

Diharapkan dapat menambah rujukan secara klinis sebagai bahan pembelajaran dan pengembangan ilmu pada mata kuliah keperawatan dasar maupun medikal bedah pada pasien *stroke*.

3. Perawat

Menambah wawasan dan referensi tentang gambaran asuhan keperawatan pada pasien *stroke*

4. Pasien dan Masyarakat

Laporan karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan pasien, keluarga dan masyarakat tentang persepsi dan manajemen kesehatan yang ada pada pasien *stroke*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Kebutuhan Aktivitas

1. Pengertian Aktivitas

Menurut Mahundingan et al., (2024), aktivitas adalah suatu energi atau keadaan bergerak dimana manusia memerlukan ntuk dapat emenuhi kebutuhan hidup. Kebutuhan aktivitas adalah kemampuan seseorang untuk berjalan bangkit berdiri dan kembali ke tempat tidur, kursi, kloset duduk, dan sebagainya. Kebutuhan aktivitas adalah suatu upaya mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbing pasien untuk mempertahankan fungsi fisiologis. Aktivitas adalah suatu energi atau keadaan bergerak dimana, dimana salah satu tanda kesehatan adalah adanya kemampuan seseorang melakukan aktivitas seperti berdiri, berjalan dan bekerja.

Menurut Burhan (2013) yang dikutip oleh Mahundingan, et al., (2024), latihan secara filosofis merupakan bagian dari aktivitas fisik dan menggambarkan gerakan tubuh manusia. Latihan adalah performa gerakan tubuh, postur dan aktivitas fisik yang dilaksanakan secara sistematis dan terencana yang bertujuan untuk mencegah kelemahan fisik, meningkatkan, memperbaiki atau meningkatkan fungsi fisik. Latihan merupakan suatu gerakan tubuh secara aktif yang dibutuhkan untuk

menjaga kinerja otot dan mempertahankan postur tubuh. Kebutuhan aktivitas merupakan kebutuhan dasar untuk melakukan aktivitas (bergerak). Kebutuhan aktivitas ini diatur oleh beberapa sistem/organ tubuh diantaranya tulang, otot, tendon, ligament, sistem saraf dan sendi.

2. Sistem Tubuh yang Berperan dalam Kebutuhan Aktivitas

Menurut Sutanto dan Fitria (2017), sistem yang berperan dalam kebutuhan aktivitas atau mobilisasi yaitu:

a. Tulang

Tulang adalah jaringan dinamis yang tersusun dari tiga jenis sel yaitu osteoblas, osteosit, dan osteoklas. Fungsi tulang antara lain:

- 1) Sebagai penunjang jaringan tubuh yang membentuk otot-otot tubuh
- 2) Melindungi organ tubuh yang lunak
- 3) Membantu pergerakan tubuh.

b. Otot

Otot secara umum berfungsi untuk kontraksi dan menghasilkan gerakan-gerakan. Ada tiga macam otot yaitu otot rangka, otot polos. Otot rangka terdapat pada skeletal dan merupakan otot yang paling berperan dalam mekanik tubuh. Otot rangka berfungsi dalam membantu pengontrolan gerakan, mempertahankan postur tubuh, dan menghasilkan

panas Ketiga macam otot tersebut dipersarafi oleh saraf tepi yang terdiri atas serabut motoris dari medulla spinali.

c. Tendon

Tendon adalah sekumpulan jaringan fibrosa padat yang merupakan perpanjangan dari pembungkus otot an membentuk ujung-ujung otot yang mengikatnya pada tulang. Tendon ini dibatasi oleh membrane synovial yang berfungsi untuk memberikan pelican agar pergerakan tendon menjadi mudah.

d. Ligamen

Ligamen adalah sekumpulan jaringan penyambung fibrosa yang padat, lentur dan kuat. Ligamen berfungsi menghubungkan ujung persendin dan menjaga kestabilan

e. Kartilago

Kartilago terdiri atas serat yang tertanam dalam suatu gel yang kuat, tetapi elastis dan tidak mempunyai pembuluh darah. Zat makanan yang sampai ke sel kartilago berasal dari kapiler di perikondrium (jaringan fibrosa yang menutupi kartilago) dengan proses difusi atau kartilago sendi melalui cairan sinovial (cairan pelumas pada kapsula sendi)

f. Sendi

Sendi adalah perhubungan antartulang sehingga tulang dapat digerakkan hubungan dua tulang disebut persendian (artikulasi). Persendian memfasilitasi pergerakan dengan

memungkinkan terjadinya kelenturan beberapa jenis persendian antara lain sendi sinartroses (sendi yang tidak bergerak), sendi amfiartroses (sendi yang pergerakannya terbatas hanya satu gerakan, seperti tulang vertebrae), dan sendi diartroses (sendi yang rakannya, seperti sendi bahu dan sendi leher)

3. Klasifikasi Kemampuan Aktivas (Mobilitas)

Menurut Mahundingan et al., (2024), klasifikasi mobilitas antara lain:

a. Mobilitas penuh

Mobilisasi penuh merupakan kemampuan seseorang untuk dapat melakukan aktivitas dan bergerak secara bebas untuk mempertahankan interaksi sosial dalam sehari-hari. Mobilisasi penuh menandakan bahwa fungsi dari saraf motorik dan sensorik berperan secara normal dan dapat mengontrol tubuh seseorang untuk melakukan mobilisasi

b. Mobilitas sebagian

Mobilisasi sebagian merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan adanya batasan dan tidak dapat bergerak dengan bebas. Hal tersebut dipengaruhi oleh hilangnya fungsi saraf motorik dan sensorik. Pada mobilisasi sebagian sendiri terbagi menjadi dua jenis yaitu:

1) Mobilisasi temporer

Mobilisasi temporer adalah kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya sementara. Hal tersebut disebabkan oleh trauma reversibel pada sistem muskuloskeletal, contohnya adanya dislokasi sendi dan tulang.

2) Mobilisasi sebagian permanen merupakan mengakibatkan kemampuan individu bergerak dengan batasan bersifat menetap yang disebabkan oleh rusaknya sistem saraf, contoh terjadinya hemiplegia karena stroke.

4. Gangguan Aktivitas (Imobilisasi)

a. Pengertian

Menurut Sulistyowati & Haswita (2023), imobilisasi merupakan keadaan dimana seseorang tidak dapat bergerak secara bebas karena kondisi yang mengganggu pergerakan (aktivitas), misalnya mengalami trauma tulang belakang, cedera otak berat disertai fraktur pada ekstremitas dan sebagainya.

b. Penyebab

Menurut Paryono et al., (2021), penyebab seseorang dapat mengalami gangguan mobilitas diantaranya sebagai berikut :

1) Gaya hidup

Gaya hidup dalam menjalani aktivitas sehari-hari seperti tidak pernah Gaya hidup melakukan kegiatan yang

mengeluarkan energi, malas dalam beraktivitas akan mempengaruhi mobilitas seseorang. Seseorang yang aktif cenderung akan lebih mampu dalam melakukan aktivitas sehari-harinya secara mandiri. Berbeda halnya dengan seseorang yang malas dalam melakukan aktivitas, cenderung akan memiliki ketergantungan yang tinggi dalam pemenuhan kebutuhan sehari-harinya.

2) Proses penyakit

Kondisi Kesehatan seseorang akan berpengaruh terhadap keseimbangan tubuh sehingga aktivitasnya menjadi terganggu. Seseorang yang status kesehatannya terganggu dapat mempengaruhi sistem musculoskeletal dan sistem saraf berupa penurunan koordinasi.

3) Budaya

Kemampuan mobilisasi dapat juga dipengaruhi oleh kebudayaan/ Orang yang memiliki budaya sering berjalan jauh memiliki kemampuan mobilisasi yang kuat. Sedangkan terdapat adat dan budaya yang mengharuskan seseorang tidak boleh beraktivitas sama sekali karena sedang sakit.

4) Tingkat energi

Tingkat energi seseorang dipengaruhi oleh nutrisi. Pemenuhan kebutuhan tubuh akan nutrisi penting

karena mempengaruhi produksi energi yang digunakan untuk mobilisasi. Fungsi nutrisi bagi tubuh antara lain untuk membantu proses pertumbuhan tulang dan perbaikan sel. Jika nutrisi berkurang maka akan mengakibatkan kelemahan otot.

5) Usia

Terdapat perbedaan kemampuan mobilisasi pada tingkat usia yang berbeda. Hal ini karena kemampuan atau kematangan fungsi alat gerak sejalan dengan perkembangan usia.

c. Patofisiologi

Menurut Mahundingan et al., (2024), patofisiologi terjadinya gangguan aktivitas dan latihan tergantung dari penyebab gangguan yang terjadi. Ada tiga hal yang dapat menyebabkan gangguan aktivitas dan latihan yaitu:

1) Kerusakan otot

Kerusakan otot meliputi kerusakan anatomis maupun fisiologis otot. Otot berperan sebagai sumber daya dan tenaga dalam proses pergerakan jika terjadinya kerusakan pada otot, maka tidak akan terjadi pergerakan jika otot terganggu.

2) Gangguan pada skelet

Rangka yang terjadi penompang sekaligus poros pergerakan dapat terganggu pada kondisi tertentu hingga mengganggu pergerakan atau mobilisasi.

3) Gangguan pada sistem persyarafan

Saraf berperan penting dalam menyampaikan impuls dari otak kembali ke otak. Impuls tersebut merupakan perintah dan koordinasi antara otak dan anggota gerak. Jika saraf terganggu maka akan terjadi gangguan penyampaian impuls dari otak kepada organ target.

d. Klasifikasi

Menurut Sulistyowati & haswita (2023), klasifikasi atau jenis-jenis gangguan aktivitas (imobilisasi) adalah sebagai berikut:

- 1) Imobilisasi fisik, merupakan pembatasan untuk bergerak secara fisik dengan tujuan mencegah terjadinya gangguan komplikasi pergerakan.
- 2) Imobilisasi intelektual, merupakan keadaan ketika seseorang mengalami keterbatasan daya pikir.
- 3) Imobilitas emosional, merupakan keadaan dimana ketika seseorang mengalami pembatasan secara emosional karena adanya perubahan secara tiba-tiba dalam menyesuaikan diri.
- 4) Imobilitas sosial, merupakan keadaan individu yang mengalami hambatan dalam melakukan interaksi sosial

karena keadaan penyakitnya, sehingga dapat mempengaruhi perannya dalam kehidupan sosial.

5. Proses keperawatan

Menurut Paryono et al., (2024), dalam hal ini pengkajian pada pasien dengan gangguan aktivitas adalah sebagai berikut:

a. Pengkajian keperawatan

- 1) Pengkajian tentang riwayat penyakit yang pernah diderita, pengobatan masa lalu atau yang sedang di jalani, riwayat menopause pada wanita, riwayat mobilisasi lama dan kaji alat bantu dalam melakukan aktivitas
- 2) Pengkajian tentang nutrisi, kaji pola makan pasien, penggunaan suplemen atau vitamin dan mineral
- 3) Pengkajian tentang pola eliminasi, apakah ada konstipasi akibat dari imobilisasinya, apakah pasien membutuhkan bantuan orang lain untuk toileting
- 4) Pengkajian aktivitas harian pasien, kaji adanya keterbatasan dalam melakukan *Activity Daily Living (ADL)*, kaji pergerakan sendi dan otot, kaji keterbatasan dalam bergerak
- 5) Pengkajian terkait pola tidur pasien, apakah ada kesulitan tidur karena masalah pada gangguan aktivitasnya
- 6) Pengkajian tingkat nyeri pasien, apakah ada nyeri akibat gangguan aktivitas ini

- 7) Pengkajian tentang konsep diri pasien, apakah perubahan fisik akibat gangguan kebutuhan aktivitas ini mempengaruhi perasaan pasien dan adakah perubahan tentang gaya hidupnya
- 8) Lakukan pemeriksaan fisik yang meliputi *Look, feel* dan *move* inspeksi kemampuan gerak sendi, gerakan simetris atau tidak, postur tubuh saat berdiri, duduk dan jalan, inspeksi gambaran otot, lihat adanya keterbatasan dalam aktivitas atau tidak. Palpasi jaringan lunak, otot dan sendi yang meliputi temperatur kulit, krepitasi pada pasien fraktur. Lakukan pemeriksaan fisik pada pergerakan yaitu ROM (*range of motion*), kekuatan otot dan reflek pasien

b. Diagnosa keperawatan

Menurut Tim pokja SDKI DPP PPNI (2017), diagnosa yang dapat muncul pada gangguan aktivitas adalah sebagai berikut:

Gangguan mobilitas fisik

1) Definisi

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

2) Penyebab

- a) Kerusakan integritas struktur tulang
- b) Perubahan metabolisme
- c) Ketidakbugaran fisik

- d) Penurunan kendali otot
- e) Penurunan massa otot
- f) Penurunan kekuatan otot
- g) Keterlambatan perkembangan
- h) Kekakuan sendi
- i) Kontraktur
- j) Malnutrisi
- k) Gangguan musculoskeletal
- l) Gangguan neuromuskular
- m) Nyeri
- n) Kecemasan
- o) Gangguan kognitif
- p) Keengganan melakukan pergerakan

3) Gejala dan tanda mayor

Subjektif

- a) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Objektif

- a) Kekuatan otot menurun
- b) Rentang gerak (ROM) menurun

4) Gejala dan tanda minor

Subjektif

- a) Nyeri saat bergerak
- b) Enggan melakukan pergerakan
- c) Merasa cemas saat bergerak

Objektif

- a) Sendi kaku
- b) Gerakan tidak terkoordinasi
- c) Gerakan terbatas
- d) Fisik lemah

5) Kondisi klinis terkait

- a) Stroke
- b) Cedera medulla spinalis
- c) Trauma
- d) Fraktur
- e) Osteoarthritis
- f) Keganasan

c. Intervensi keperawatan

Menurut Tim pokja SLKI dan SIKI DPP PPNI (2018), dalam SLKI dan SIKI keperawatan gangguan aktivitas yang dapat muncul adalah sebagai berikut:

D.0054 gangguan mobilitas fisik	
SLKI	SIKI
L.02008 mobilitas fisik Definisi : Kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri Kriteria hasil: - Pergerakan ekstremitas - Kekuatan otot - Rentang gerak	Intervensi utama: I.05173 Dukungan mobilisasi Observasi - Identifikasi adanya keluhan nyeri - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor frekuensi jantung dan tekanan

D.0054 gangguan mobilitas fisik	
SLKI	SIKI
(ROM) - Gerakan tidak terkoordinasi - Gerakan terbatas - Kelemahan fisik	darah sebelum memulai mobilisasi - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu - Fasilitasi melakukan pergerakan jika perlu - Libatka keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Anjurkan melakukan mobilisasi dini - Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) I.06171 Dukungan ambulasi Observasi - Identifikasi adaya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan

D.0054 gangguan mobilitas fisik	
SLKI	SIKI
	ambulasi - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mobilisasi - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik - Fasilitasi aktivitas tidur ambulasi dengan alat bantu (mis. Kruk dan tongkat) - Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi Edukasi - Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi - Anjurkan melakukan mobilisasi dini - Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempur tidur ke kursi roda, berjalan dari kamar tidur ke kamar mandi,

D.0054 gangguan mobilitas fisik		
SLKI	SIKI	
	berjalan toleransi	sesuai

B. Gangguan Aktivitas Pada Pasien Stroke

1. Pengertian

Menurut Kusyanti & Khayudin (2022), stroke merupakan gangguan saraf karena terjadi karena gangguan aliran darah otak sehingga pembuluh darah di otak rusak, berlangsung selama 24 jam atau lebih. Stroke terjadi akibat pembuluh darah yang membawa darah dan oksigen ke otak mengalami penyumbatan dan ruptur, kekurangan oksigen menyebabkan fungsi kontrol gerakan tubuh yang dikendalikan oleh otak tidak berfungsi.

Stroke adalah penyakit pembuluh darah otak. Hal ini terjadi ketika pasokan darah ke otak berkurang atau terhambat karena hal-hal tertentu yang mengarah ke kurangnya kadar oksigen dalam sel-sel otak secara mendadak. Dalam beberapa menit sel-sel otak bisa rusak dan hilang fungsinya. Kerusakan otak ini mempengaruhi fungsi tubuh yang dikendalikan oleh bagian sel-sel otak yang rusak (Ferawati et al, 2020).

2. Penyebab

Menurut Nugroho, et al., (2016), penyebab stroke dibagi menjadi lima yaitu:

a. *Thrombosis Cerebral*

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan oedema dan kongesti disekitarnya. Trombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpastis dan penurunan tekanan darah yang menyebabkan iskemia serebral. Tanda dan gejala neurologis sering kali memburuk pada 48 jam setelah thrombosis.

Beberapa keadaan dibawah ini dapat menyebabkan trombosis otak:

1) Aterosklerosis

Aterosklerosis adalah mengerasnya pembuluh darah serta berkurangnya kelenturan atau elastisitas dinding pembuluh darah. Manifestasi klinis aterosklerosis bermacam-macam. Kerusakan dapat terjadi melalui meknisme berikut: lumen arteri menyempit dan mengakibatkan berkurangnya aliran darah, oklusi mendadak pembuluh darah karena terjadi trombosis, merupakan tempat terbentuknya trombus, kemudian melepaskan kepingan trombus (embolus) dan dinding arteri menjadi lemah dan terjadinya aneurisma kemudian robek dan terjadi perdarahan.

- 2) Hiperkoagulasi pada polisitemia
- 3) Darah bertambah kental, peningkatan viskositas atau hematokrit meningkat.
- 4) Arteritis (radang pada arteri)

b. Emboli

Emboli serebral merupakan penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak, dan udara. Pada umumnya emboli berasal dari trombus di jantung yang terlepas dan menyumbat sistem arteri serebral.

Beberapa keadaan dibawah ini dapat menimbulkan emboli :

- 1) Katup-katup jantung yang rusak akibat *Rheumatik Heart Disease*
- 2) *Myokard infark*
- 3) Fibrilasi

c. Hemorhagi

Perdarahan intrakranial atau intraserebral termasuk pendarahan dalam ruang subraknoid atau didalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini terjadi karena aterosklerosis dan hipertensi. Pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan pembesaran darah kedalam parenkin otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran, sehingga otak akan membengkak, jaringan otak tertekan sehingga infark, oedema, dan mungkin herniasi otak.

d. Hipoksia umum

- 1) Hipertensi yang parah
- 2) *Cardiac Pulmonary Arrest*
- 3) Cardiac output turun akibat anemia

e. Hipoksia setempat

- 1) Spasme arteri serebral, yang disertai perdarahan subarachnoid
- 2) Vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migrain

3. Faktor Resiko

Menurut Kusyani & Khayudin (2022), ada beberapa faktor risiko stroke yang sering teridentifikasi yaitu:

a Faktor yang tidak dapat di rubah (*Non Reversible*):

1) Jenis kelamin

Hal ini mungkin lebih berhubungan dengan faktor-faktor pemicu lainnya yang lebih banyak dilakukan oleh pria dibandingkan dengan perempuan, misalnya merokok, minum alkohol, dan sebagainya. pria lebih rentan terkena stroke dibandingkan dengan perempuan.

2) Usia

Adanya penambahan usia/umur pada seseorang akan terjadi kurangnya fleksibilitas dan lebih terasa kaku pada jaringan tubuh, termasuk dengan pembuluh darah. Pada umumnya, orang yang telah berumur tua lebih rentan terkena stroke dibandingkan dengan yang lebih muda. Ini

adalah kondisi alamiah yang harus diterima. Pada saat umur bertambah, kondisi jaringan tubuh sudah mulai kurang fleksibel dan lebih kaku, termasuk dengan pembuluh darah.

3) Keturunan

Seseorang yang memiliki riwayat keluarga terkena stroke akan lebih rentan dibandingkan dengan orang lain yang tidak memiliki riwayat penyakit stroke.

b Faktor yang dapat di rubah (*Reversible*):

1) Kelainan jantung/penyakit jantung, ada hubungan yang erat antara penyakit jantung dan stroke, terjadinya gangguan atau kelainan jantung menyebabkan pemompaan darah ke seluruh bagian tubuh lainnya, termasuk ke otak menjadi tidak normal. Dari hal ini bisa dipahami hubungan yang erat antara penyakit jantung dan stroke.

2) Hipertensi, peningkatan tekanan darah dapat disebabkan oleh aterosklerosis atau sebaliknya. Proses ini dapat menimbulkan pecahnya pembuluh darah atau timbulnya thrombus sehingga dapat mengganggu aliran darah cerebral.

3) Aneurisma pembuluh darah cerebral, adanya penebalan pada satu tempat yang diikuti oleh penipisan di tempat lain mengakibatkan kelainan pada pembuluh darah

- 4) Diabetes mellitus (DM), terjadinya peningkatan viskositas darah sehingga memperlambat aliran darah serebral dan adanya kelainan microvaskuler sehingga berdampak juga terhadap kelainan yang terjadi pada pembuluh darah serebral. Hal inilah yang mengakibatkan penderita DM berpotensi mengalami stroke.
- 5) Peningkatan kolesterol (lipid total), menjadi penyebab *aterosclerosis* dan terbentuknya embolus dari lemak disebut kolesterol tubuh yang tinggi.
- 6) Obesitas, berat badan seseorang yang berlebih mengakibatkan gangguan pada pembuluh darah, salah satunya pembuluh darah otak, karena pada seseorang yang obesitas dapat terjadi hipertensi dan peningkatan kadar kolesterol.
- 7) Rokok, asap yang di hirup saat merokok akan menimbulkan plaque pada pembuluh darah oleh karena nikotin, sehingga terjadi *aterosclerosis*.
- 8) Kurang aktivitas fisik, kurangnya aktivitas fisik dapat mengurangi kelenturan fisik termasuk kelenturan pembuluh darah (pembuluh darah menjadi kaku), dalam hal ini salah satunya adalah pembuluh darah otak.

4. Patofisiologi

Menurut Nugroho et al (2016), patofisiologi dari stroke adalah: Infark serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area

tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktor- faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (trombus, emboli, perdarahan, dan spasma vaskular) atau karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung). Aterosklerotik sering/cenderung sebagai faktor penting terhadap otak, trombus berasal dari plak arterosklerotik atau darah dapat beku pada area yang *stenosis*, dimana aliran darah akan lambat atau terjadi turbulensi. Trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah akan terlambat atau terjadi turbulensi. Trombus dapat pecah dari dinding darah dan terbawa sebagai emboli darah aliran darah. Thrombus mengakibatkan:

- a. Iskemia jaringan otak pada area yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan.
- b. Edema dan kongesti disekitar area

Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar dari area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema pasien mulai menunjukkan perbaikan, CVA. Karena thrombosis biasanya tidak fatal jika tidak terjadi perdarahan masif. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti thrombosis. Jika terjadi infeksi sepsis akan meluas

pada dinding pembuluh darah, maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisme pembuluh darah. Hal ini menyebabkan perdarahan serebral, jika aneurisme pecah atau ruptur. Perdarahan pada otak lebih sering disebabkan oleh ruptur arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebri yang sangat luas akan menyebabkan kematian dibandingkan dari keseluruhan penyakit cerebrovaskuler, jika sirkulasi cerebral terhambat, dapat berkembang anoksia cerebral. Perubahan disebabkan oleh anoksia cerebral dapat *reversibel* untuk jangka waktu 4-6 menit. Perubahan *irreversibel* bila *anoksia* lebih dari 10 menit. *Anoksia* serebral dapat terjadi karena gangguan yang bervariasi salah satunya *cardiac arrest*.

5. Tanda dan gejala

Menurut Nugroho et al., (2016), tanda dan gejala stroke adalah sebagai berikut:

- a. Kehilangan/menurunnya kemampuan motoric
- b. Kehilangan/menurunnya kemampuan komunikasi
- c. Gangguan persepsi
- d. Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologik
- e. Disfungsi : 12 syaraf kranial, kemampuan sensorik, refleks otot, kandung kemih.

Menurut Yuswantoro et al., (2022), tanda gejala stroke adalah sebagai berikut:

- a. Kelemahan mendadak satu sisi atau 2 sisi tubuh, kesemutan pada muka, lengan dan kaki

Kusyani & Khayudin, (2022).

7. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Retnaningsih (2023), pemeriksaan penunjang pada pasien stroke adalah:

a. *CT scan* kepala

CT-Scan ialah pemeriksaan penunjang yang sering dilakukan pada pasien stroke, yang bermanfaat guna mengetahui jenis serta lokasi pada pasien stroke. Tujuan dari pemeriksaan ini merupakan guna mengetahui hubungan antara lokasi pada lesi dan gambaran *CT-Scan* di kepala pasien *stroke*. Proses *CT-Scan* ini tidak menyebabkan rasa sakit dan dapat menyediakan informasi yang sangat akurat tentang gambaran penyakit dari organ yang diperiksa untuk menegaskan diagnosis dan penanganan lanjut.

b. *MRI (Magnetic Resonance Imaging)*

Pemeriksaan penunjang ini untuk menunjukkan daerah mana yang mengalami *infark*, *hemoragik*, dan *malformasi arteriovena*.

c. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium dilakukan pemeriksaan, meliputi kadar glukosa darah, enzim jantung, elektrolit, analisa gas darah, hematologi lengkap, kadar ureum, kreatinin, *prothrombin time (PT)* dan *activated partial thromboplastin time (aPTT)*

8. Penatalaksanaan

Menurut Haryono dan Utami (2019), Perawatan darurat untuk stroke tergantung pada apakah penderita mengalami stroke iskemik atau stroke hemoragik yang melibatkan pendarahan ke otak.

a. Stroke Iskemik

Untuk mengobati stroke iskemik, aliran darah ke otak harus cepat dikembalikan dengan beberapa prosedur berikut

1) Perawatan darurat dengan obat-obatan

Terapi dengan obat penghancur gumpalan darah harus dimulai dalam 45 jam jika mereka diberikan ke pembuluh darah (semakin cepat, semakin baik). Perawatan cepat tidak hanya meningkatkan peluang pasien untuk bertahan hidup tetapi juga dapat mengurangi komplikasi. Obat yang mungkin diberikan adalah injeksi intravena aktivator plasminogen jaringan (IPA) Injeksi aktivator plasminogen jaringan rekombinan (tPA), juga disebut alteplase, dianggap sebagai pengobatan standar untuk stroke iskemik. Injeksi tPA biasanya diberikan melalui vena di lengan. Obat penghancur gumpalan ampuh ini idealnya diberikan dalam waktu tiga jam Dalam beberapa kasus, tPA dapat diberikan hingga 4.5 jam setelah gejala stroke dimulai. Obat ini mengembalikan aliran darah dengan melarutkan gumpalan

darah yang menyebabkan stroke dan dapat membantu orang yang mengalami stroke pulih sepenuhnya.

2) Prosedur endovaskular darurat

Pengobatan stroke iskemik kadang-kadang melibatkan prosedur yang dilakukan langsung di dalam pembuluh darah yang tersumbat. Prosedur ini harus dilakukan sesegera mungkin, tergantung pada fitur bekuan darah:

- a) Obat-obatan dikirimkan langsung ke otak. Dokter dapat memasukkan tabung tipis (kateter) panjang melalui arteri di selangkangan dan memasukkannya ke otak untuk mengirim tPA langsung ke area di mana stroke terjadi. Ini disebut trombolisis intraarterial.
- b) Menghilangkan bekuan dengan retriever stent. Dokter menggunakan kateter untuk mengarahkan perangkat ke pembuluh darah yang tersumbat di otak, serta menjebak dan menghilangkan bekuan. Prosedur ini sangat bermanfaat bagi orang-orang dengan gumpalan besar yang tidak dapat dilarutkan sepenuhnya dengan tPA, meskipun prosedur ini sering dilakukan dalam kombinasi dengan tPA intravena. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa terapi endovaskular mungkin merupakan pengobatan yang paling efektif, tergantung pada lokasi bekuan dan faktor lain. Terapi endovaskular telah terbukti secara signifikan meningkatkan hasil dan

mengurangi kecacatan jangka panjang setelah stroke iskemik.

3) Prosedur lainnya

Untuk mengurangi risiko mengalami stroke atau serangan iskemik transien, dokter bisa menyarankan prosedur untuk membuka arteri yang dipersempit oleh plak. Dokter terkadang merekomendasikan prosedur berikut untuk mencegah stroke. Pilihan akan bervariasi tergantung pada situasi kesehatan pasien:

a) Endarterektomi karotis.

Dalam endarterektomi karotis, seorang ahli bedah menghilangkan plak dari arteri yang ada di sepanjang sisi leher ke otak (arteri karotid). Dalam prosedur ini, dokter bedah akan membuat sayatan di sepanjang bagian depan leher, membuka arteri karotid, dan menghilangkan plak yang menghalangi arteri karotid. Prosedur selanjutnya adalah memperbaiki arteri dengan jahitan atau patch yang terbuat dari vena atau bahan buatan (cangkokan). Prosedur ini dapat mengurangi risiko stroke iskemik. Namun, endarterektomi karotis juga menimbulkan risiko, terutama untuk orang dengan penyakit jantung atau kondisi medis lainnya.

b) Angioplasti dan stent. Dalam angioplasti, seorang ahli bedah biasanya mengakses arteri karotid melalui arteri di

pangkal paha. Di sini, dokter bedah dapat dengan lembut dan aman mengarahkan peralatannya ke arteri karotid di leher. Sebuah balon kemudian ditiupkan untuk memperluas arteri yang menyempit. Kemudian stent dapat dimasukkan untuk mendukung arteri yang terbuka.

b. Stroke Hemoragik

Perawatan darurat stroke hemoragik berfokus pada pengendalian pendarahan dan mengurangi tekanan di otak. Beberapa tindakan yang dilakukan dalam perawatan stroke hemoragik antara lain:

1) Tindakan darurat

Pasien yang mengonsumsi warfarin (*Coumadin*, *Jantoven*) atau obat antiplatelet seperti clopidogrel (*Plavix*) untuk mencegah pembekuan darah, sebaiknya diberikan obat-obatan atau transfusi produk darah untuk melawan efek pengencer darah. Selain itu, pasien dapat diberikan obat untuk menurunkan tekanan di otak (tekanan intrakranial), menurunkan tekanan darah, dan mencegah vasospasme atau kejang. Setelah pendarahan di otak berhenti, perawatan biasanya melibatkan perawatan medis yang membantu tubuh menyerap darah. Jika area perdarahan besar, dokter mungkin melakukan operasi untuk menghilangkan darah dari otak dan mengurangi tekanan pada otak.

2) Operasi perbaikan pembuluh darah

Pembedahan dapat digunakan untuk memperbaiki kelainan pembuluh darah yang berhubungan dengan stroke hemoragik.

a) *Surgical clipping*. Sebuah prosedur untuk menutup aneurisma. Ahli bedah saraf menghilangkan suatu bagian tengkorak untuk mengakses aneurisma penyebab stroke. Selanjutnya, dokter bedah akan menempatkan kliptogram kecil di leher untuk menghentikan aliran darah yang masuk ke dalam.

b) *Coiling* (embolisasi endovaskular). Seorang ahli bedah akan memasukkan kateter ke arteri di pangkal paha menuju ke otak menggunakan pencitraan *X-ray*. Kumparan kawat (koil) kecil dan tipis diarahkan ke dalam aneurisma (*aneurysm coiling*). Koil akan mengisi aneurisma yang menghalangi aliran darah dan menyebabkan darah menggumpal.

9. Komplikasi

Menurut Isrofah et al., (2023), stroke merupakan penyakit yang mempunyai risiko tinggi terjadinya komplikasi medis, adanya kerusakan jaringan saraf pusat yang terjadi secara dini pada stroke, sering diperlihatkan adanya gangguan kognitif, fungsional, dan defisit sensorik. Pada umumnya pasien pasca stroke memiliki komorbiditas yang dapat meningkatkan risiko

komplikasi medis sistemik selama pemulihan stroke. Komplikasi medis sering terjadi dalam beberapa minggu pertama serangan stroke. Pencegahan, pengenalan dini, dan pengobatan terhadap komplikasi pasca stroke merupakan aspek penting. Beberapa komplikasi stroke dapat terjadi akibat langsung stroke itu sendiri, imobilisasi atau perawatan stroke. Hal ini memiliki pengaruh besar pada luaran pasien stroke sehingga dapat menghambat proses pemulihan neurologis dan meningkatkan lama hari rawat inap di rumah sakit. Komplikasi jantung, pneumonia, tromboemboli vena, demam, nyeri pasca stroke, disfagia, inkontinensia, dan depresi adalah komplikasi sangat umum pada pasien stroke.

10. Pencegahan

Menurut Yuswantoro et al., (2022), pencegahan yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut:

- a Olah raga teratur
- b Mengontrol tekanan darah dan gula serta memeriksakan kesehatan secara teratur
- c Menghindari stress
- d Menghentikan kebiasaan merokok
- e Diet rendah garam dan lemak, memperbanyak makanan sayur dan buah
- f Kontrol teratur bila mengidap penyakit kronis seperti darah tinggi (hipertensi)

g Kencing manis (*Diabetes Mellitus*), Kolesterol tinggi, penyakit jantung, minum obat secara teratur sesuai petunjuk dokter

BAB III

METODE PENULISAN

A. Desain Penulisan

Jenis atau desain penulisan laporan karya tulis ilmiah ini adalah deskriptif dengan menggunakan pendekatan studi kasus. Desain penulisan deskriptif adalah penulisan atau penelitian yang bertujuan menggambarkan situasi atau kejadian secara tepat dan akurat, bukan untuk mencari hubungan sebab akibat (Yusuf., 2016). Pada laporan karya tulis ilmiah ini, penulis akan mendeskripsikan asuhan keperawatan gangguan aktivitas pada pasien stroke.

B. Subyek Penulisan

Populasi pada penulisan karya tulis ilmiah ini adalah seluruh pasien *STROKE* yang dirawat di RS DR Oen Kandang Sapi Solo. Karna waktu yang sangat terbatas, maka sample pada laporan ini hanya 1 (satu) kasus. Kasus diambil secara acak (simple random sampling).

C. Fokus Penelitian

Fokus utama sebagai bahasan pada laporan karya tulis ilmiah ini adalah gangguan aktivitas pada pasien stroke.

D. Definisi Operasional

Stroke adalah diagnoa medis yang tertulis di status (catatan/rekam medis) dan gangguan aktivitas adalah gangguan yang mempengaruhi aktivitas sehari-hari yang didukung oleh masalah keperawatan yang terjadi pada pasien didukung oleh data abnormal yang di alami pasien pada saat dirawat di Rumah Sakit DR Oen Kandang Sapi Solo.

E. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen penelitian merupakan alat bantu yang digunakan untuk mendapatkan data penelitian (Ramadhan., 2021). Alat atau instrumen pengumpulan data yang digunakan oleh penulis pada laporan karya tulis ilmiah ini adalah :

1. Format pengkajian yang diterbitkan oleh STIKES PANTI KOSALA
2. Format dokumentasi asuhan keperawatan yang dikeluarkan oleh STIKES PANTI KOSALA

F. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data adalah teknik yang digunakan dalam penelitian untuk memperoleh data atau mengumpulkan data. Pengumpulan data bertujuan untuk memperoleh informasi yang dibutuhkan dan mencapai tujuan penelitian (Riswanto., 2023).

Data diambil secara aktual saat ini dan studi retrospektif berdasar data atau dokumen yang ada pada rekam medis pasien.

Prosedur pengumpulan data yang penulis lakukan adalah sebagai berikut :

1. Menjelaskan tujuan dan prosedur pengambilan data kepada pasien.
2. Menjelaskan pengkajian pada pasien sesuai responden yang diperoleh dengan metode anamnesa, pemeriksaan fisik, observasi, dan studi dokumentasi.
3. Menulis laporan asuhan keperawatan sesuai format yang telah disiapkan.
4. Melakukan analisis deskriptis atau studi kasus sesuai data dan asuhan keperawatan yang dilakukan.

G. Analisa Data

Menurut A. A. Hidayat (2015), teknik analisis data merupakan cara pengelolaan data agar dapat disimpan atau diinterpretasikan menjadi informasi. Sesuai jenis dan desain penulisan laporan karya tulis ilmiah yang berupa studi deskriptif, maka data yang telah penulis peroleh disajikan dalam bentuk gambaran atau deskripsi tendensi atau fenomena masalah yang didukung dengan data atau fakta fakta secara jelas dan objektif.

H. Tempat dan Waktu

Pengambilan data pada laporan karya tulis ilmiah ini dilaksanakan di Ruang Lantai 3 Utara RS Dr Oen Kandang Sapi Solo selama 2 (dua) shift jaga.

I. Ruang Lingkup

Karena begitu luasnya masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien STROKE maka pada laporan karya tulis ilmiah ini, penulis hanya membatasi pada 1 (satu) masalah keperawatan yaitu gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke dengan jumlah responden 1 pasien ditinjau berdasar proses keperawatan dari pasien masuk rumah sakit sampai dengan saat dilakukan pengelolaan oleh penulis.

BAB IV

RESUME DAN PEMBAHASAN

A. Resume Kasus

Pengkajian ini dilakukan pada hari Rabu 04 februari 2025 pada pukul 08:00, studi kasus dilaksanakan selama 2 hari mulai tanggal 4 februari sampai dengan 5 februari 2025 dengan pendekatan proses keperawatan mulai dari dengan pengkajian sampai dengan evaluasi.

1. Biodata

a. Klien

Nama	: Ny. S
Tanggal lahir/umur	: 51 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Alamat	: Jebres
Pekerjaan	: Wiraswasta
Agama	: Islam
Status	: menikah

b. Identitas medis

Ruang/kamar	: Lantai 3 utara
Tanggal, jam masuk	: 01 Februari 2025 / 07.00 WIB
No. Reg	: 88++++
Diagnosa medis	: <i>Hemiparase SNH Cva HT emergency</i>
Dokter	: Dr. z
Perawat	: W

2. Riwayat Alergi Obat

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi obat oral maupun obat injeksi dan tidak memiliki riwayat alergi makanan, tidak ada dokumen yang mengatakan bahwa pasien memiliki riwayat alergi obat

3. Riwayat Kesehatan

Kesadaran : E₄ M₁ V₅ (compos mentis)

Dengan keluhan : Pusing, badan lemas, sulit menggerakkan ekstremitas kanannya dan sulit tidur.

a. Riwayat penyakit sekarang

Pada pada tanggal 1 Februari 2025 pasien diantar ke IGD Rumah Sakit Dr.OEN KANDANG SAPI SOLO pada pukul 10.00 WIB. Ny.s mengeluh pusing, ekstremitas kanan lemas pinggul terasa sakit, nafas sesak sejak kemarin di IGD TTV 239/135 mmhg, N 109x/menit, S 36,7°, dan mendapatkan terapi RL 20 TPM, Injeksi santagesik 1gr, ranitidine 50mg, citicolin 500mg, captopril 10mg, dan lalu di pindahkan ke bangsal lantai 3 utara jam 12:00 tanggal 01 Februari 2025. Pasien mengeluh kepala pusing, badan lemas, pinggul terasa sakit, ekstremitas kanan di gerakkan minimal TTV dengan hasil TD 190/100 mmHg, N 85x/menit, RR 22x/menit, S 36°C, SpO₂ 97%, dan saat dilakukan pengkajian pada tanggal 04 Februari 2025 pasien megeluh kepala pusing, badan lemas, pinggul terasa sakit, sulit tidur, tidur tidak puas, nafas agak sesak dan jantung berdebar-

debar, pasien gelisah karena tensi tinggi, palpebrae tampak kehitaman, TT dengan hasil TD188/100 mmHg, N 102x/menit, S 36,4°C, RR 22x/menit, spO₂ 98%, dan mendapat terapi obat: RL 20 TPM, injeksi santagesik 1gr, Ranitidine 50mg, Citicolin 500mg dan Captopril 1x1, Leukosit 20, 790/mm³, Bun 22mg/dL, Ureum 47mg/dL, Kolesterol 133 mg/dL, Asam urat 8,8 mg/dL, kekuatan otot ekstremitas kanan nilainya 3, sulit di gerakan dan saat di RS pasien saat melakukan aktivitas di bantu oleh keluarga, hasil *CT scan Ischaemic Infark*.

b. Riwayat penyakit dahulu

Pasien mengatakan sebelumnya pernah memiliki riwayat hipertensi sejak 3 tahun yang lalu dan stroke 2022.

c. Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan bahwa di dalam keluarga nya, tidak terdapat penyakit keturunan seperti DM, Hipertensi, Stroke dll.

4. Pemeriksaan Fisik

- a. Tingkat kesadaran : Compos mentis
- b. Keadaan umum : baik
- c. Tanda-tanda vital : TD 188/100 mmHg, HR 85 x/menit, RR 22 x/menit, Suhu 36,4°C, SpO₂ 98%
- d. Rambut : warna hitam, lebat, tidak ada kebotakan
- e. Kepala : bentuk normal, tidak ada benjolan
- f. Telinga : simetris, bersih, membran timpani utuh
- g. Hidung : simetris, bersih

- h. Mata : ada kantong mata, alis hitam,
konjungtiva anemis, sklera normal, pupil isokor, pupil kehitaman,
palpebrae kehitaman
- i. Mulut : tidak ada halitosis, mukosa gial dan
lembab, gigi tidak berlubang, gusi tidak bengkak
- j. Leher : tidak ada pembengkakan kelenjar
thyroid
- k. Dada :
- 1) Inpeksi : dada simetris, tidak ada kelain bentuk dada
 - 2) Askultasi : vesikuler, tidak ada suara napas tambahan
 - 3) Perkusi : bunyi sonor
 - 4) Palpasi : getaran dinding kanan dan kiri sama
- l. Abdomen :
- 1) Inpeksi : bersih tidak ada luka, dinding perut sejajar
 - 2) Askultasi : bising usus 18 x/menit
 - 3) Perkusi : timpani
 - 4) Palpasi : tidak ada nyeri tekan
- m. Anus dan rectum : bersih tidak ada kelain pada genetalia
- n. Anggota gerak : tidak ada masalah pada anggota gerak
- o. Ekstermitas : kekuatan otot tangan kanan 3, kiri 5
dan kaki kanan 5, kiri 5
- p. Tulang belakang : tidak ada kelain postur tubuh

5. Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium tanggal 1 februari 2025 jam 10.18 WIB

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal	Satuan
Hematologi			
Hemoglobin	12.0	11.7-15.5	g/dL
Hematokrit	38.0	35-47	vol/%
Leukosit	20.790	3.600-11.000	/mm ³
Trombosit	398.000	150.000-440.000	/mm ³
Eritrosit	4.75	3.8-5.2	Juta/mm ³
Mcv	79.9	77-79	Mikronkubik
Mch	25.3	21-31	Pikogram
Mchc	31.6	33-37	%
Kimia			
Ginjal			
Bun	22	7-19	Mg/dL
Ureum	47	17-43	Mg/Dl
Kreat	0.93	0.5-0.9	Mg/dL
Elektrolit			
Kalium	2.9	3.5-5.1	Mmol/L
Natrium	140	136-146	Mmol/L

b. Laboratorium tanggal 2 februari 2025 jam 05.12 WIB

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal	Satuan
Kimia klinik			
Lemak			
Trigliserida	197	<150: normal, 150-199: batas tinggi >=500 : sangat tinggi	Mg/dL
Cholesterol	133	< 100= normal 100-129:	Mg/dL

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal	Satuan
Ginjal Asam urat	8.8	mendekati optimal 130-159: batas tinggi 160-189: tinggi ≥ 190: sangat tinggi 2.6-6.0	Mg/dL

c. Pemeriksaan EKG

Tanggal 1/02/25

Kesan: *sinus takikardia*

d. Pemeriksaan CT SCAN

Tanggal 1/02/25

Kesan: ischeamic infark lacular, mesenchepalon, crus anterior capsula, interna bilateral, nucleus, cau datus, bilateral, capsula ex eterna, bilateral, thalamus, bilateral corona radiata, bilateral, centrum, semi ovale bilateral periventrikel lateral posterior sinistra cerebral atropi ringan.

e. Pemeriksaan RO thorak

Tanggal 1/02/25

Kesan: cardiomegali konfigurasi HHD elongatio aorta-aorta sclerosis early edema pulmo .

6. Assesment Pasien

Tanggal 6 februari 2025

IMT = $\frac{\text{BB saat ini}}{\text{TB (m)}^2}$

$$= \frac{70}{1,68^2} = \frac{70}{2,8}$$

7. Program Terapi

Program terapi dan dosis	Indikasi	Kontra indikasi
Infus ringer lactat (20tpm)	Menggantikan cairan yang hilang	Riwayat alergi
Ceftriaxone (1gr)	Untuk mengatasi infeksi bakteri	Hipersensivitas pada obat golongan ini
Mecobalamin (500mg)	Mengobati neuropati (saraf tepi) dengan memperbaiki gangguan metabolisme)	Riwayat alergi
Ranitidine (50mg)	Mengobati gejala akibat produksi asam lambung berlebih	Hipersensitivitas
Citicolin (500mg)	Suplemen otak	Hipersensitivitas
Santagesik (1gr)	Mengatasi nyeri akut/berat	Riwayat alergi
Clopidogrel bisulfat (75mg 1x1)	Mencegah pembekuan darah	Riwayat alergi
Amlodipin (10mg 1x1)	Menurunkan tekanan darah	Riwayat alergi
Lisinopril (10mg)	Menurunkan tekanan darah tinggi	Riwayat alergi
Alopurinol (300mg)	Mengurangi asam urat	Riwayat alergi

Program terapi dan dosis	Indikasi	Kontra indikasi
1x1)	berlebih	hipersensitivitas
Fenofibrat 9300mg 1x1)	Mengurangi kolesterol	Riwayat alergi

8. Data Fokus

Hari, tanggal	Data	Ttd Nama
Selasa, 4 Februari 2025	Data subjektif : Pasien mengatakan kepala pusing, badan lemas, pinggul terasa sakit, mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas kanannya serta klien mengeluh sulit tidur biasanya dirumah klien tidur tertut yaitu pada saat malam 6-7 jam dan sekarang di rumasakit hanya 1-2 jam tidur tidak puas, sering terjaga/sering terbangun pasien pernah mengalami stroke pada tahun 2022.	Wildan
Selasa, 4 Februari 2025	Data objektif : Pasien tampak lemas, sulit menggerakkan ekstremitas kanan kekuatan ototnya nilainya 3, rentang gerak pasien menurun, gerak terbatas, serta palpebrae kehitaman tampak menahan pusing, TD 188/100 mmHg, N 102x/menit, Bun 22mg/dL, ureum 47mg/dL, kreat 0,93mg/dL, cholestrol 133 mg/dL, asam urat 8,8 mg/dL, leukosit 20.790/mm, CT Scan ischemic infark.	Wildan

9. Analisa Data

No. Dx	Hari, tanggal	Data	Problem	Etiologi	Ttd Nama
1	Selasa, 4 februari 2025	Data subjektif : 1. Sulit menggerakkan ekstremitas kanannya 2. Pernah mengalami stroke pada tahun 2022 3. Ekstremitas terasa lemah 4. Pusing 5. Badan lemas Data objektif : 1. Lemas 2. Sulit menggerakkan ekstremitas kanannya 3. Kekuatan otot nilainya 3 4. Rentang gerak menurun 5. TD: 188/100 mmHg, N 102x/menit 6. kolesterol 133 mg/dL	Gangguan mobilitas fisik	Penurunan kekuatan otot	Wildan

No. Dx	Hari, tanggal	Data	Problem	Etiologi	Ttd Nama
2	Selasa, 4 februari 2025	7. asam urat 8,8 mg/dL 8. CT Scan ischemic infark Data subjektif : 1. Sulit tidur 2. Biasanya dirumah tidur teratur durasi tidur malam 6-7 jam dan sekarang di rumasakit hanya 1-2 jam saja 3. Tidur tidak puas 4. Sering terbangun Data objektif : 1. Tampak lemas 2. Palpebrae tampak kehitaman	Gangguan pola tidur	Hambatan lingkungan (mis, lingkungan)	Wildan

10. Masalah Keperawatan

No. Dx	Tanggal Ditemukan	Masalah keperawatan	Tanggal Teratasai	Ttd Nama
1	4 februari 2025	Gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan penurunan kekuatan otot yang ditandai dengan ekstremitas kanan sulit digerakkan, badan lemas, pusing, klien pernah mengalami stroke pada tahun 2022 yang di buktikan dengan pasien tampak lemas sulit menggerakkan ekstremitas kanan, kekuatan otot nilainya 3, rentang gerak menurun, cholestrol 133 mg/dL, asam urat 8,8 mg/dL, CT Scan ischemic infark, TD 188/100mmHg, N 102x/menit	7 februari 2024	Wildan
2	4 februari 2025	Gangguan pola tidur yang berhubungan dengan hambatan lingkungan, yang di tandai dengan pasien sulit tidur, biasanya dirumah tidur teratur durasi tidur malam 6-7 jam dan sekarang di rumah sakit hanya 1-2 jam saja tidur tidak puas, sering terbangun yang di buktikan pasien tampak lemas dan palpebrae tampak kehitaman	7 Februari 2025	Wildan

11. Perencanaan

No. Dx	Tujuan dan indikator (SLKI)	Rencana tindakan / intervensi (SIKI)	Ttd Nama
1	Mobilitas fisik SLKI : Mobilitas fisik Tujuan : pasien mampu meningkatkan mobilitas fisik setelah dilakukan tindakan keperawatan sampai tanggal 5 februari 2025 Kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas 2. Kekuatan otot 3. Rentang gerak (ROM) 4. Gerakan terbatas 5. Kelemahan fisik Ket. No. 1-3: 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkat Ket. No 4-5 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun	SIKI : Dukungan mobilisasi Observasi - Identifikasi adanya nyeri/ keluhan fisik klien - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu - Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Anjurkan mobilisasi dini	Wildan

No. Dx	Tujuan dan indikator (SLKI)	Rencana tindakan / intervensi (SIKI)	Ttd Nama
2	Pola tidur SLKI : Pola tidur Tujuan : pasien mampu mencapai pola tidur yang membaik setelah dilakukan tindakan keperawatan sampai tanggal 5 februarai 2025 Kriteria hasil : 1. Keluhan sulit tidur 2. Keluhan sering terjaga 3. Keluhan tidak puas tidur 4. Keluhan pola tidur berubah 5. Keluhan istirahat tidak cukup Ket. No. 1-5: 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meingkat Ket. No. 3-4 :	- Anjurkan mobilisasi sederhana (mis, duduk di tempat tidur, disisi tempat tidur) SIKI : dukungan tidur Observasi - Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Identifikasi faktor pengganggu Terapeutik - Modifikasi lingkungan (pencahaya, suhu, tempat tidur) - Fasilitasi menghilangkan stres - Tetapkan jadwal rutin - Lakukan prosedur untuk meningkatkan rasa kenyamanan (pengaturan posisi)	Wildan

12. Implementasi

Hari, tanggal jam	No. Dx	Tindakan dan respon	Ttd Nama
Selasa, 4 februari 2025 08.00		Pengkajian pada pasien RS : Pasien mengatakan kepala pusing, badan lemas, pinggul terasa sakit, mengeluh sakit menggerakkan esktremitas kanannya serta klien mengeluh sulit tidur biasanya dirumah klien tidur tertut yaitu pada saat malam 6-7 jam dan sekarang di rumasakit hanya 1-2 jam tidur tidak puas, sering terjaga/sering terbangun pasien pernah mengalami stroke pada tahun 2022. RO : Pasien tampak lemas, sulit menggerakkan ektremitas kanan kekuatan otonya nilainya 3, rentang gerak pasien menurun, gerak terbatas, serta palpebrae kehitaman tampak menahan pusing, TD 188/100 mmHg, N 102x/menit, Bun 22mg/dL, ureum 47mg/dL, kreat 0,93mg/dL cholestrerol 133 mg/dL, asam urat 8,8 mg/dL, leukosit 20.790/mm, CT Scan ischemic infark.	Wildan
08.40	1,2	Melakukan TTV RS : pasien mengatakan ekstremitas kanannya lemas dan mengeluh sulit tidur RO : TD 188/100 mmHg, HR 102 x/menit, RR 22 x/menit, S 36,4°C, SpO₂ 100%	Wildan
09.00	1,2	Melakukan injeksi perinfus RS :	Wildan

Hari, tanggal jam	No. Dx	Tindakan dan respon	Ttd Nama
		pasien mengatakan sulit tidur dan pinggul sakit RO : Telah dilakukan injeksi ranitidine 50mg, ceftriaxone 1gr, mecobalamin 500mg drip, citicolin 500mg santagesik 1gr	
09.30	1,2	Melakukan identifikasi keluhan fisik dan pola aktivitas tidur RS : pasien mengatakan pinggul sakit sejak tanggal 3 dan dirumah tidur biasanya 6-7 jam dan kini hanya bisa 1-2 jam tak nyenyak, kekuatan otot nilainya 3 RO : telah dilakukan identifikasi dan pasien tampak lemas dan palpebrae tampak kehitaman	Wildan
10.00	1	Menganjurkan mobilisasi sederhana dan melibatkan keluarga untuk membantu pergerakan RS : pasien mengatakan paham apa yang dijelaskan perawat RO : telah di anjurkan mobilisasi sederhana duduk di tempat tidur dan melibatkan keluarga untuk membantu meningkatkan pergerakan	Wildan
11.00	2	Menetapkan jadwal rutin melakukan prosedur untuk meningkatkan rasa nyaman RS : pasien mengatakan paham apa yang dijelaskan perawat RO : telah di lakukan jadwal rutin dan pengaturan posisi tempat tidur	Wildan
11.30	2	Memberikan obat oral RS : pasien mengatakan masih pusing dan	Wildan

Hari, tanggal jam	No. Dx	Tindakan dan respon	Ttd Nama
		lemas RO : telah diberikan obat amlodipin 10mg, lisinopril 10mg, alopurinol 300mg, fenofibrate 300 1x1	
16.00	1,2	Melakukan cek TTV RS : pasien mengatakan pusing berkurang RO : TD 157/92 mmHg, N 86x/menit, S 36,4°C, RR 21x/menit	Perawat
20.00	1,2	Melakukan injeksi IV per infus RS : pasien mengatakan sudah melakukan mobilisasi dan pusing berkurang RO : Telah dilakukan injeksi ranitidine 50mg, cftriaxone 1gr, mecobalamin 500mg drip, citicolin 500mg santagesik 1gr	Perawat
20.30	1	Melakukan monitor kondisi umum RS : pasien mengatakan tadi siang sudah melakukan mobilisasi duduk dan jalan di bantu keluarga, kekuatan otot nilainya 4 RO : telah dilakukan monitor	Perawat
21.00	2	Melakukan modifikasi lingkungan RS : pasien mengatakan lampu ingin dimatikan RO : telah dilakukan modifikasi lingkungan kepala bed semi fowler dan lampu di matikan	Perawat
Rabu 05 Februari 2025 05.00	1,2	Melakukan cek TTV RS : pasien mengatakan badan sudah enak tak pusing dan sudah bisa tidur RO : TD 150/96mmHg, N 87x/menit, RR 20x/ menit	perawat
08.00	1	Melakukan injeksi IM RS : pasien mengatakan sedikit sakit	Wildan

Hari, tanggal jam	No. Dx	Tindakan dan respon	Ttd Nama
		RO :telah dilakukan injeksi IM mecobalamin 500mg di deltoid tangan kiri	
09.00		Melakukan evaluasi RS : pasien mengatakan mobilisasi sudah bisa tetapi masih di bantu keluarga sudsh tidak pusing pinggu sudah tidak sakit sudsh bisa tidur nyenyak tidur 5-6 jam (malam) RO : TD 150/90mmHg, N 80x/menit, S 36,4 ⁰ C, RR 20x/menit tampak sudah bisa menggerakkan ekstremitas dan nilai ototnya 4	Wildan

13. Evaluasi

Hari, tanggal	No. Dx	Evaluasi (SOAP)	Ttd Nama
Rabu, 05 februari 2025	1	S : pasien mengatakan mobilisasi sudah bisa tetapi masih di bantu keluarga sedikit dan pinggul sudah tidak sakit O : pasien tampak sudah bisa menggerakkan ekstremitasnya nilai otanya 4 Kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas (5) 2. Kekuatan otot (5) 3. Rentang gerak (ROM) (5) 4. Gerakan terbatas (5) 5. Kelemahan fisik (5) A : pasien telah mampu mencapai mobilitas fisik yang meningkat P : lanjutkan intervensi kep: - Anjurkan mobilisasi sederhana	Wildan
Rabu,	2	S : pasien mengatakan sudah bisa tidur,	Wildan

Hari, tanggal	No. Dx	Evaluasi (SOAP)	Ttd Nama
05 februari 2025		kualitas tidur nyenyak tidur sering terbangun O : pasien tampak sudah tidak lemas dan palpebrae tampak tidak kehitaman Kriteria hasil : 1. Keluhan sulit tidur (5) 2. Keluhan sering terjaga (5) 3. Keluhan tidak puas tidur (5) 4. Keluhan pola tidur berubah (5) 5. Keluhan istirahat tidak cukup (5) A : pasien telah mampu mencapai pola tidur yang membaik P : lanjutkan intervensi kep: - Anjurkan relaksasi	

B. Pembahasan

Pembahasan pada studi kasus ini difokuskan pada satu masalah keperawatan yaitu gangguan mobilitas fisik mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi.

1. Pengkajian

Pada bagian ini penulis membahas data fokus pendukung diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik, yang ditemukan saat dilakukan pengkajian pada tanggal 04 Februari 2025 pasien :

a. Data subjektif :

- 1) Badan lemas dan sulit menggerakkan esktremitas kanannya

Data ini diperoleh melalui auto anamnesis. Pada pasien stroke mengalami badan lemas dan sulit menggerakkan

ekstremitasnya, dikarenakan kerusakan jaringan otak akibat kurangnya aliran darah ke otak sehingga jaringan otak menjadi terganggu dan menyebabkan pasien mengeluh badan lemas dan sulit menggerakkan ekstremitas kanannya (Suandika & Farhan 2023).

2) Pernah mengalami riwayat stroke pada tahun 2022

Data ini diperoleh melalui auto anamnesis. Pada pasien stroke dapat mengalami stroke berulang karena berbagai faktor resiko yang tidak terkontrol, seperti hipertensi, diabetes, riwayat jantung, merokok dan obesitas. (Hutagalung, M. 2019).

3) Mengeluh pusing

Data ini diperoleh melalui auto anamnesis. Pada pasien stroke mengalami pusing karena peningkatan tekanan darah dapat disebabkan oleh aterosklerosis atau sebaliknya. Proses ini dapat menimbulkan pecahnya pembuluh darah sehingga dapat mengganggu aliran darah cerebral sehingga menyebabkan kepala menjadi pusing dengan hasil *CT Scan ischemic infark* (Kusyani & Khayudin 2022).

b. Data objektif :

1) Pasien tampak lemas dan sulit menggerakkan ekstremitas kanannya

Data ini diperoleh dari hasil pengamatan dan pemeriksaan fisik pada pasien. Menurut Yuswantoro, et al. (2022), salah satu faktor resiko penyakit stroke aterosklerotik sering/cenderung sebagai faktor penting terhadap otak, trombus berasal dari plak arterosklerotik atau darah dapat beku pada area yang stenosis, dimana aliran darah akan lambat atau terjadi turbulensi. Trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah akan terlambat atau terjadi turbulensi. Trombus dapat pecah dari dinding darah dan terbawa sebagai emboli darah aliran darah sehingga menyumbat arteri otak mengakibatkan otak kekurangan oksigen kemudian menyebabkan cva infark yang mengakibatkan penurunan kontrol sehingga pasien lemas dan sulit menggerakkan ekstremitasnya.

2) kekuatan ototnya nilainya 3

Data ini diperoleh melalui pemeriksaan fisik. Pada pasien stroke menurut Rumawatine, Z. (2024), kekuatan otot adalah kemampuan suatu otot atau kelompok otot untuk mengerahkan tenaga secara berulang-ulang dikenal sebagai daya tahan otot. Daya tahan otot juga mengacu pada kapasitas otot atau kelompok otot untuk menopang keadaan kontraktif selama periode tertentu. Otot yang berbeda dalam tubuh dapat memiliki tingkat kekuatan dan daya tahan yang berbeda, otot yang digunakan lebih sering

lebih kuat dan memiliki daya tahan lebih besar dari pada otot yang jarang digunakan.

Menurut Wartonah & Tarwoto (2015), penilaian kekuatan otot dapat dilakukan menggunakan skala 0-5 dengan nilai skala 0 (tidak terdapat kontraksi otot/lumpuh total), skala 1 (terdapat sedikit gerakan/tidak ada gerakan), skala 2 (terdapat gerakan, tetapi tidak mampu menahan gravitasi), skala 3 (terdapat gerakan dan mampu melawan gravitasi), skala 4 (mampu melawan gravitasi dan sedikit tahanan), skala 5 (mampu melawan gravitasi dan tahanan yang kuat). Pada saat dilakukan pengukuran kekuatan otot nilainya 3, pengukuran kekuatan otot pada pemeriksaan fisik yang dapat dilakukan pada pasien stroke dan menjadi data pendukung pada diagnosa gangguan mobilitas fisik.

3) Rentang gerak menurun

Data ini diperoleh dari pemeriksaan fisik pada pasien menurut Hutagalung, M. (2019), rentang gerak adalah kisaran pergerakan maksimum yang dapat dilakukan oleh sendi. Pemeriksaan rentang gerak merupakan pemeriksaan penting untuk pemeriksaan sistem neuromuskular. Pemeriksa harus menginspeksi dan memalpasi sendi untuk mengetahui tanda abnormal, rentang gerak dibagi menjadi 2 yaitu aktif dan pasif. Rentang gerak aktif dilakukan oleh

pasien tanpa bantuan orang lain, sedangkan rentang gerak pasif membutuhkan bantuan orang lain.

Menurut Prabowo et al., (2025), kelumpuhan merupakan gejala klinis yang disebabkan oleh stroke, menyebabkan otak kehilangan kemampuan untuk menggerakkan ekstremitas. Hal ini menyebabkan atropi otot menyebabkan kekakuan sendi dan penurunan rentang gerak.

- 4) tampak menahan pusing dan TD 188/100 mmHg data ini didapatkan saat dilakukan pemeriksaan fisik TD 188/100 mmHg pada pasien stroke mengalami pusing dan tekanan darah tinggi disebabkan oleh aterosklerosis. Proses ini dapat menimbulkan pecahnya pembuluh darah atau timbulnya thrombus sehingga dapat mengganggu aliran darah cerebral yang dapat menyebabkan tekanan darah menjadi tinggi dan kepala menjadi pusing (Kusyani & Khayudin 2022).

- 5) *cholesterol* 133 mg/dL data ini didapatkan melalui pemeriksaan laboratorium

Menurut Sari, P. & Khoirunisa, H. (2024), kolesterol adalah zat putih seperti lilin yang secara alami ada dalam tubuh kita. Kolesterol dibuat dihati dan digunakan membangun dinding sel dalam tubuh dan untuk memproduksi hormon. Kolesterol merupakan sumber kalori tertinggi dalam tubuh. Selain fungsinya sebagai pemasok energi, kolesterol

dibutuhkan terutama untuk membangun dinding sel dalam tubuh. Kolesterol juga merupakan komponen penting dalam produksi hormon steroid. Kolesterol biasanya dibuat oleh tubuh dengan jumlah cukup, tetapi jumlah tersebut bisa ditingkatkan dengan mengonsumsi makanan berlemak dan junk food. Kelebihan kolesterol menumpuk di dinding pembuluh darah, menyebabkan mengeras atau menyempit, suatu kondisi yang disebut aterosklerosis. Keadaan ini merupakan stadium awal penyakit jantung dan stroke.

Menurut Kusyanti & Khayudin (2022), pada pasien stroke terdapat peningkatan kolesterol pada faktor risiko. Peningkatan kolesterol, menjadi penyebab aterosklerosis dan terbentuknya embolus dari lemak disebut kolesterol tubuh yang tinggi. Data ini bisa menjadi pendukung pada diagnosa gangguan mobilitas fisik.

- 6) Hasil *CT scan* kepala polos *ischemic infark* data ini diperoleh dari pemeriksaan radiologi. Tujuan dari pemeriksaan ini merupakan guna mengetahui hubungan antara lokasi pada lesi dan gambaran *CT-Scan* di kepala pasien *stroke*. Proses *CT-Scan* dapat menyediakan informasi yang sangat akurat tentang gambaran penyakit dari organ yang diperiksa untuk menegaskan diagnosis dan penanganan lanjut. *Ischemic infark* atau kematian jaringan

karena otak kekurangan oksigen karena pembuluh darah tersumbat (Hidayati, A. 2020).

2. Diagnosa Keperawatan

a. Kesesuaian kondisi pasien dengan definisi diagnosa keperawatan

Pada saat dikaji pasien mengalami gangguan aktivitas yang disebabkan karena gangguan atau penurunan fungsi ekstremitas, yaitu pasien mengatakan sulit menggerakkan ekstremitas kanannya, pernah mengalami stroke pada tahun 2022, ekstremitas terasa lemah, pusing dan badan lemas. Kondisi tersebut sesuai dengan definisi diagnosis gangguan mobilitas fisik menurut Tim pokja SDKI DPP PPNI (2017), yang mendefinisikan gangguan mobilitas fisik adalah adalah keterbatasan dalam gerakan fisik satu atau lebih esktremitas secara mandiri. Definisi diagnosa gangguan mobilitas fisik menggambarkan keluhan pasien dengan beberapa keterkaitan, pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas kanannya, pernah mengalami stroke pada tahun 2022, ekstremitas terasa lemah, pusing, badan lemas maka dapat dikaitkan dengan penurunan kekuatan otot, dari keluhan tersebut pasien merasakan ekstremitas kanannya lemah dan untuk beraktivitas terganggu dan di bantu oleh keluarganya. Dari keterkitan keluhan pasien dengan definisi diagnosa gangguan mobilitas

fisik maka dapat disimpulkan penegakkan diagnosa gangguan mobilitas fisik untuk kondisi pasien sudah tepat.

b. Penentuan atau pemilihan etiologi

Etiologi yang ditegakkan untuk mendukung diagnosa gangguan mobilitas fisik pada Ny. S adalah penurunan kekuatan otot. Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), gangguan mobilitas fisik dapat disebabkan oleh penurunan kekuatan otot. Penegakan etiologi penurunan kekuatan otot pada Ny. S didasarkan Ny.S mengeluh ekstremitas kanannya lemah, badan lemas, riwayat stroke 2022. Dimana pasien saat dilakukan pemeriksaan fisik mengalami kekuatan otot yang menurun dengan nilai kekuatan otot 3. Dari keterkaitan data pemeriksaan fisik terjadi penurunan kekuatan otot maka etiologi tersebut dengan kondisi pasien sudah tepat.

c. Kesesuaian data pendukung dengan batasan karakteristik

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), batasan karakteristik pada gangguan mobilitas fisik dibagi menjadi dua yaitu tanda mayor subjektif (mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas), objektif (kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun) dan data minor subjektif (nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak), objektif (sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas fisik lemah). Adapun data klinis terkait adalah stroke, pada saat dilakukan pengkajian data fokus subjektif yang diperoleh adalah

sulit menggerakkan esktremitas kanannya, esktremitas terasa lemah dan badan lemas dan data objektif adalah tampak lemas, sulit menggerakkan esktremitas kanannya, kekuatan otot nilainya 3, rentang gerak menurun. Data-data tersebut mayoritas sudah sesuai dengan data mayor yang ada pada standar diagnosis gangguan mobilitas fisik. Walaupun dengan struktur atau redaksi kata tidak sama, namun secara makna menunjukkan kondisi yang sama. Sehingga diagnosis gangguan mobilitas fisik sudah tepat. Kondisi klinis terkait juga sesuai dengan standar penegakan diagnosis, dimana oleh dokter pasien didiagnosis *Hemiparase SNH ht emergency*.

d. Keterkaitan penegakan diagnosa keperawatan sesuai patofisiologi

Infark serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (*trombus*, emboli, perdarahan, dan spasma vaskular) atau karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung). *Aterosklerotik* sering/cenderung sebagai faktor penting terhadap otak, *trombus* berasal dari plak arterosklerotik atau darah dapat beku pada area yang *stenosis*, dimana aliran darah akan lambat atau terjadi turbulensi. *Trombus* dapat pecah dari dinding pembuluh darah akan terlambat atau terjadi turbelensi. *Trombus* dapat pecah dari dinding darah dan terbawa sebagai emboli darah aliran darah.

Trombus mengakibatkan Iskemia jaringan otak pada area yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan lalu otak mengalami gangguan atau penurunan fungsi neurologis pada suatu area tubuh yang mengakibatkan berkurangnya kemampuan seseorang untuk mengendalikan gerakan otot secara sadar atau sesuai keinginan yang menyebabkan kondisi kelumpuhan pada satu sisi tubuh dan sulit menggerakkan lengan, kaki, wajah pada sisi yang terkena. Patofisiologi tersebut berkaitan dengan kondisi klinis Ny. S mengeluh ekstremitas kanannya lemah dan sulit menggerakkan esktremitas kanannya.

3. Perencanaan

Pada perencanaan, tujuan keperawatan yang penulis tetapkan adalah pasien mampu mencapai mobilitas fisik yang meningkat. Pada bagian ini, penulis akan membahas perencanaan pada komponen SLKI, indikator, batasan waktu, dan SIKI.

a. Standar Luaran Keperawatan Indonesia dan Indikator

Standar luaran yang penulis pilih dalam tujuan adalah mobilitas fisik. Definisi luaran mobilitas fisik menurut Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2018), adalah kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih esktremitas secara mandiri. Ekspektasi yang penulis pilih sebagai keterangan adalah meningkat pemilihan luaran dan eskpektasi tersebut menurut analisis penulis adalah sudah tepat, karena kondisi pasien saat pengkajian mengalami gangguan mobilitas fisik karena didapatkan data subjektif

mengeluh sulit menggerakkan esktremitas kanannya, esktremitas terasa lemah dan badan lemas dan data objektif adalah tampak lemas, sulit menggerakkan esktremitas kanannya, kekuatan otot nilainya 3, rentang gerak menurun. Menurut Baskoro, G. (2020), pedoman penulisan tujuan keperawatan yang baik memenuhi kriteria SMART, spesifik (spesifik), measurable (terukur), achievable (dapat dicapai), relevant (relevan), time bound goals (tepat waktu). Indikator yang penulis pilih adalah indikator atau kriteria yang dapat terukur atau dapat diukur. Hal ini sesuai dengan pedoman penulisan tujuan keperawatan yang baik harus memenuhi komponen Measurabel (M). Indikator yang penulis pilih adalah sebagai berikut :

1) Pergerakan esktremitas (5)

Indikator ini penulis pilih karena dapat digunakan untuk mengukur kemampuan mobilitas fisik. Diukur dengan cara menggunakan keterangan skala, skala 1 (menurun), skala 2 (cukup menurun), skala 3 (sedang), skala 4 (cukup meningkat), skala 5 (meningkat).

2) Kekuatan otot (5)

Indikator ini penulis pilih karena dapat digunakan untuk mengukur kemampuan mobilitas fisik. Diukur dengan cara menggunakan keterangan skala, skala 1 (menurun), skala

2 (cukup menurun), skala 3 (sedang), skala 4 (cukup meningkat), skala 5 (meningkat).

3) Rentang gerak (ROM)

Indikator ini penulis pilih karena dapat digunakan untuk mengukur kemampuan mobilitas fisik. Diukur dengan cara menggunakan keterangan skala, skala 1 (menurun), skala 2 (cukup menurun), skala 3 (sedang), skala 4 (cukup meningkat), skala 5 (meningkat).

4) Gerakan terbatas (5)

Indikator ini penulis pilih karena dapat digunakan untuk mengukur kemampuan mobilitas fisik. Diukur dengan cara menggunakan keterangan skala, skala 1 (meningkat), skala 2 (cukup meningkat), skala 3 (sedang), skala 4 (cukup menurun), skala 5 (menurun).

5) Kelemahan fisik (5)

Indikator ini penulis pilih karena dapat digunakan untuk mengukur kemampuan mobilitas fisik. Diukur dengan cara menggunakan keterangan skala, skala 1 (meningkat), skala 2 (cukup meningkat), skala 3 (sedang), skala 4 (cukup menurun), skala 5 (menurun).

b. Batasan waktu

Batasan waktu yang penulis tentukan dalam tujuan keperawatan adalah 2 hari. Waktu ini penulis tetapkan dengan mempertimbangkan bahwa kondisi pasien yang berbeda-beda

sehingga dengan intervensi yang sudah penulis pilih, maka tujuan akan tercapai yaitu pasien mampu mencapai mobilitas fisik yang meningkat dengan indikator-indikator yang penulis pilih juga sesuai dengan kondisi pasien, sehingga dapat dicapai pasien.

c. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Dan Rencana Tindakan

Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) SIKI gangguan mobilitas fisik ada 2 yaitu dukungan mobilisasi dan dukungan ambulasi. SIKI yang penulis pilih adalah dukungan mobilisasi, alasan penulis mengambil SIKI dukungan mobilisasi adalah definisi dukungan mobilisasi adalah memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik. Berdasarkan definisi tersebut, menurut analisis penulis, maka intervensi tersebut sesuai dengan kondisi pasien, sehingga dapat digunakan untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik. Adapun rencana tindakan atau intervensi yang penulis pilih, semuanya sesuai SIKI yang ada pada teori yaitu :

1) Observasi : identifikasi adanya nyeri/keluhan fisik klien.

Rasional : tindakan untuk mengetahui berapa skala nyeri dan keluhan pasien.

2) Observasi : monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi klien.

Rasional : tindakan untuk mengetahui kondisi umum saat melakukan mobilisasi.

- 3) Terapeutik : fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur).

Rasional : untuk memudahkan aktivitas dengan alat bantu.

- 4) Terapeutik : libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.

Rasional : agar keluarga bisa membantu pasien dalam melakukan mobilisasi.

- 5) Edukasi : jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi.

Rasional : agar pasien mengetahui tujuan serta prosedur mobilisasi.

- 6) Edukasi : ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).

4. Implementasi Keperawatan

Setelah menyusun rencana keperawatan, kemudian dilanjutkan dengan tindakan keperawatan atau implementasi yang mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yang sudah ditentukan. Penulis melakukan asuhan keperawatan selama 2 hari pada pasien Ny. S mulai tanggal 04 Februari 2025 sampai dengan tanggal 05 Februari 2025. Implementasi yang dilakukan adalah dukungan

mobilisasi untuk diagnosa gangguan mobilitas fisik. Pada tanggal 04 Februari 2025 dilakukan tindakan mandiri dan kolaboratif, berikut penjelasan dari beberapa respon terhadap tindakan yang dilakukan:

a. Observasi tanda-tanda vital

Tindakan mengobservasi tanda tanda vital dilakukan di IGD pada tanggal 1 februari 2025 pada pasien masuk bertujuan untuk mengetahui kondisi pasien saat itu. Tanda-tanda vital yang diukur pada pasien adalah : tekanan darah, untuk menentukan normal tensi, hipertensi atau hipotensi, nadi, pernafasan (untuk menilai frekuensi pernafasan), suhu tubuh (untuk menentukan suhu tubuh pasien). Menurut Dewi et al., (2023), tanda-tanda vital adalah pengukuran objektif dari fungsi fisiologis penting pada organisme hidup. Istilah “vital” ditekankan karena pengukuran dan penilaian tanda vital merupakan langkah pertama yang penting untuk evaluasi klinis. Keadaan pasien saat ini composmentis/sadar penuh maka harus di observasi kondisinya. Hasil vital sign pasien 239/135mmHg tekanan darah normal yaitu, 90/60 mmHg hingga 120/80 mmHg sehingga untuk tekanan darah 188/100 mmHg bisa dikatakan tinggi. Nadi pasien 105x/menit, nilai normal dewasa yaitu 60-100x/menit sehingga untuk nilai pasien 102x/menit bisa dikatakan tinggi. Respirasi pasien yaitu 22x/menit, normal respirasi 20x/menit sehingga untuk nilai

respirasi 22x/menit bisa dikatakan melebihi batas normal. Suhu tubuh pasien 36,7 °C, suhu tubuh normal manusia yaitu 35,5-37,5, sehingga untuk suhu tubuh 36,7 °C masih dalam batas normal.

Tindakan mengobservasi tanda-tanda vital dilakukan di bangsal rawat inap yaitu pada tanggal 04 februari 2025 pada tiap shift bertujuan untuk mengetahui kondisi pasien saat itu. Hasil vital *sign* pasien 188/100 mmHg tekanan darah normal yaitu, 90/60 mmHg hingga 120/80 mmHg sehingga untuk tekanan darah 188/100 mmHg bisa dikatakan tinggi. Nadi pasien 102x/menit, nilai normal dewasa yaitu 60-100x/menit sehingga untuk nilai pasien 102x/menit bisa dikatakan tinggi. Respirasi pasien yaitu 22x/menit, normal respirasi 20x/menit sehingga untuk nilai respirasi 22x/menit bisa dikatakan melebihi batas normal. Suhu tubuh pasien 36,4°C, suhu tubuh normal manusia yaitu 35,5-37,5, sehingga untuk suhu tubuh 36,4° masih dalam batas normal. Menurut Gofir, A. (2022), pasien stroke perlu dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital untuk menentukan prognosis awal dan derajat defisit neurologis.

b. Pemeriksaan diagnostik CT Scan

Pada tanggal 01 februari 2025 di IGD dilakukan pemeriksaan *CT Scan* Tujuan dari pemeriksaan ini merupakan guna mengetahui hubungan antara lokasi pada lesi dan gambaran *CT Scan* di kepala pasien stroke. Proses *CT Scan* dapat

menyediakan informasi yang sangat akurat tentang gambaran penyakit dari organ yang diperiksa untuk menegakkan diagnosis dan penanganan lanjut. *Ischemic infark* adalah hasil *CT Scan* pada pasien kematian jaringan karena otak kekurangan oksigen karena pembuluh darah tersumbat maka pada pasien stroke penting untuk dilakukan *CT Scan* (Hidayati, A . 2020).

c. Menganjurkan mobilisasi sederhana

Dilakukan 1 kali pada saat di ruangan rawat inap, menganjurkan mobilisasi sederhana, pada pasien stroke dianjurkan untuk melakukan mobilisasi sederhana (mis, duduk di tempat tidur dan duduk disisi tempat tidur) karena pada pasien stroke mengalami penurunan kekuatan otot atau ekstremitas lemah maka dari itu pada pasien stroke di anjurkan melakukan mobilisasi sederhana.

Menurut Hutagalung, M. (2019), mobilisasi sederhana pada pasien stroke sangatlah penting karena untuk meningkatkan kekuatan ototnya dan mencegah deformitas.

d. Tindakan kolaboratif

- 1) Memberikan obat injeksi mecobalamin 500mg, diberikan melalui IM (intramuskular) diberikan sebanyak 1 pada tanggal 5 februari 2025 tindakan tersebut merupakan tindakan kolaboratif dengan memberikan obat vitamin B12 dimana Menurut Junaidi, I. (2019), mecobalamin

merupakan obat vitamin B12 berperan menjaga kesehatan sistem saraf dan sel darah. Pada Vitamin B12 juga penting untuk pembentukan sel darah merah, metabolisme tubuh dan sel saraf. Untuk pemberian injeksi dosisnya 1 ampul yang berisi mecobalamin 500 mikrogram pemberian dilakukan langsung ke pembuluh darah/otot.

- 2) Memberikan obat injeksi citicoline 500mg, diberikan melalui injeksi IV per infus diberikan sebanyak 1 kali pada tanggal 4 februari 2025 tindakan tersebut merupakan tindakan kolaboratif dengan memberikan obat suplemen otak menurut Junaidi, I. (2019), citicoline merupakan obat suplemen otak pada pasien stroke diberikan citicoline untuk meningkatkan aliran darah konsumsi oksigen ke otak.
- 3) Memberikan obat injeksi ceftriaxone 1gr, diberikan melalui injeksi IV/ drip infus diberikan sebanyak 2 kali pada tanggal 4 februari 2025 tindakan tersebut merupakan tindakan kolaboratif dengan memberikan obat antibiotik menurut Junaidi, I. (2019), ceftriaxone merupakan obat untuk mengatasi infeksi bakteri pada pasien stroke dapat melemahkan sistem kekebalan tubuh dan membuat pasien lebih rentan terhadap infeksi penggunaan antibiotik dapat mengurangi resiko infeksi.
- 4) Memeberikan obat clopidogrel bisulfate 75mg, diberikan melalui per oral diberikan sebanyak 1 kali sehari pada

tanggal 4 februari 2025 tindakan tersebut merupakan tindakan kolaboratif dengan memberikan obat clopidogrel bisulfate menurut Syafriani (2015), clopidogrel bisulfate adalah obat pengencer darah yang biasa diberikan pada pasien masalah pembekuan darah pada pasien stroke cenderung aliran darah tidak lancar maka pada pasien stroke diberikan obat tersebut.

- 5) Memberikan obat amlodipin 10mg, diberikan melalui per oral diberikan sebanyak 1 kali sehari pada tanggal 4 februari 2025 diberikan melalui per oral tindakan tersebut merupakan tindakan kolaboratif dengan memberikan obat amlodipin menurut Junaidi, I. (2019), amlodipin adalah obat untuk menurunkan tekan darah pada pasien stroke/ riwayat hipertensi biasanya tekanan darah cenderung tinggi maka pada pasien stroke diberikan obat amlodipin agar menjaga kestabilan tekanan darah.
- 6) Memberikan obat lisinopril 10mg, diberikan melalui per oral diberikan sebanyak 1 kali sehari pada tanggal 4 februari 2025 diberikan melalui per oral tindakan tersebut merupakan tindakan kolaboratif dengan memberikan obat lisinopril/angiotensin menurut menurut Junaidi, I. (2019), lisinopril adalah obat untuk menurunkan tekanan darah tinggi/hipertensi pada pasien stroke biasanya obat ini

diberikan agar tekanan darah stabil dan mencegah stroke / komplikasi lainnya.

Berdasarkan uraian diatas, terdapat beberapa tindakan yang belum sesuai yang direncanakan yaitu, melakukan tindakan fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu dikarenakan kondisi pasien tidak memungkinkan dilakukan tindakan tersebut, fasilitasi pergerakan karena pergerakan pasien sudah dibantu oleh keluarga, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi karena pasien sudah paham dengan tujuan prosedur mobilisasi.

5. Evaluasi

a. Hasil evaluasi

Evaluasi merupakan langkah terakhir dalam proses keperawatan. Evaluasi asuhan keperawatan pada Ny. S dilakukan pada tanggal 05 februari 2025, evaluasi yang digunakan model SOAP dengan hasil respon subjektif (S) pasien mengatakan mobilisasi sudah bisa tetapi masih di bantu keluarga sedikit dan pinggul sudah tidak sakit. Dengan respon objektif (O) pasien tampak sudah bisa menggerakkan ekstremitasnya nilai ototnya 4, ditunjukkan berdasarkan pencapaian indikator yang ditegakkan yaitu Pergerakan ekstremitas (5), kekuatan otot (5), rentang gerak (5), gerakan terbatas (5), kelemahan fisik (5). Kesimpulan atau analisis pasien telah mampu mencapai mobilitas fisik yang meningkat dibuktikan dengan keluhan yang berkurang indikator tingkat yang tercapai.

b. Rencana tindak lanjut

Perencanaan setelah tindakan adalah melanjutkan intervensi mobilitas fisik dan anjurkan mobilisasi sederhana. Hasil tercapainya peningkatan mobilitas fisik tidak semata berhasil karena asuhan keperawatan yang dilakukan perawat, namun juga karena keterlibatan tenaga medis lain dan pasien serta keluarga yang kooperatif saat dilakukan asuhan.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Hasil studi kasus atau studi deskriptif asuhan keperawatan gangguan aktivitas pada pasien Stroke di RUMAH SAKIT DR. OEN KANDANG SAPI SOLO, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Data fokus yang didapatkan pada pasien dengan gangguan aktivitas pada pasien stroke yaitu data subjektif pasien (S) pasien mengatakan mengeluh badan lemas, sulit menggerakkan esktremitas kanannya, pernah mengalami stroke pada tahun 2022, mengeluh pusing. Data objektif (O) pasien tampak lemas sulit menggerakkan esktremitasnya kanannya, kekuatan otot nialinya 3, rentang gerak menurun, tampak menahan pusing, TD 188/100 mmHg, *cholesterol* 133mg/dl, hasil *CT Scan ischemic ifark*.
2. Diagnosa keperawatan prioritas yang dapat ditegakkan terkait gangguan aktivitas pada pasien stroke adalah gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.
3. Perencanaan keperawatan yang dirumuskan untuk mengurangi keluhan gangguan aktivitas pada pasien stroke yaitu SLKI : mobilitas fisik dan aktivitas, SIKI : dukungan mobilisasi.
4. Tindakan keperawatan yang dilakukan semua untuk mengatasi gangguan aktivitas pada pasien stroke adalah mengobservasi tanda-

tanda vital, menganjurkan mobilisasi sederhana, memberikan obat mecobalamin 500mg, injeksi citicolin 500mg, memberikan injeksi ceftriaxone 1gr, memeberikan obat clopidogrel bisulfate 75mg, memberikan obat amlodipin 10mg dan memberikan obat lisinopril 10mg.

5. Evaluasi hasil yang didapatkan penulis adalah setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5 hari pasien mampu mencapai mobilitas yang meningkat.

B. Implikasi Perawatan

Gangguan aktivitas pada pasien Stroke sering dijumpai biasanya keluhan pasien seperti badan lemas, ekstremitas sulit digerakkan, mengeluh pusing, dan tekanan darah tinggi untuk pemenuhan kebutuhan gangguan aktivitas pada pasien Stroke dapat dipenuhi oleh perawat dengan melakukan asuhan keperawatan sesuai keluhan pasien dan untuk meningkatkan kesejahteraan Kesehatan pasien, maka untuk itu, penulis menyarankan kepada perawat untuk :

1. Dalam menegakkan diagnosa yang tepat diharapkan perawat memperhatikan kesesuaian data, batasan karakteristik, dan seluruh keluhan pasien
2. Pendidikan pasien dan keluarga, pendidikan tentang mobilitas fisik harus diberikan kepada pasien dan keluarga untuk meningkatkan kepatuhan dan partisipasi dralam perawatan.

3. kolaborasi dengan tim perawatan pada pasien stroke antara perawat, dokter, fisioterapis dan anggota tim perawatan lainnya penting dalam meningkatkan hasil perawatan pasien stroke.

DAFTAR PUSTAKA

- Albarokah. (2023). *Pemantauan Intake Output Cairan Pada Pasien Penyakit Ginjal Kronis Dengan Hipovolemia*. *Jurnal Keperawatan Medikal Bedah STIKES Hesti Sriwijaya*.
- Baskoro, D. (2020). *Smart Writing Cerdas Membuat Karya Ilmiah Dengan 5 Tahapan Menulis*. Yogyakarta: Depublish.
- Dewi at al, (2023). *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran Gigi Pemeriksaan Tanda Vital* . Klaten: PT. Nas Media Indonesia.
- Dwilaksono et al., (2023). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Terjadinya Stroke Iskemik pada Penderita Rawat Inap*. Medan: Jurnal Perawat Profesional.
- Ferawati et al., (2020). *Stroke bukan Akhir Segalanya Cegah dan Atasi Sejak Dini*. Bogor: Guepedia.
- Haryono, R dan Utami, M. (2019). *Keperawatan Medikal Bedah II*. Pustaka Baru Press. Yogyakarta.
- Haswita, Dan Reni, S (2023). *Kebutuhan Dasar Manusia untuk Mahasiswa Keperawatan dan Kebidanan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Hidayat (2015). *Metode Penelitian Kesehatan Paradigma Kuantitatif* . Surabaya : Health Books Publishing.
- Hutagalung, M. (2019). *Panduan Lengkap Stroke Mencegah Mengobati dan Menyembuhkan*. Bandung: Nusa Media.
- Isrofah, Wulandari, I. D., Nugroho, S. T., & Maryastuti, N. E. (2023). *Pengelolaan Pasien Pasca Stroke Berbasis Home Care*. PT Sonpedia Publishing.
- July, J. (2017). *Mari Mencegah Stroke*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Junaidi, I. (2019). *Panduan Obat dan Suplemen Indonesia*. Yogyakarta: Rapha Publishing.
- Kusyani, A., & Khayudin, B. A. (2022). *Asuhan Keperawatan Stroke Untuk Mahasiswa dan Perawatan Profesional*. Guepedia.
- Mahundingan, R.O., Nafisah, S., Taslim, M.A., Aminingsih, S., Rohmah. U.N., Andriani, D., Juni, I.P., anjaitan, R.S. (2024). *Keperawatan Dasar Berdasarkan 3S*. ureka Media Aksara: Jawa Tengah.
- Nugroho, T., Putri, D. K., & Putri, B. T. (2016). *Teori Asuhan Keperawatan Gawat Darurat*. Nuha Medika.
- Paryono et al., (2021). *Keperawatan Dasar: Teori dan Praktek*. Jawa tengah: Tahta Media Groub.

- Prabowo et al., (2025). *Panduan Rehabilitasi Disfagia Pada Pasien Stroke Pendekatan klinis dan latihan menelan Triple Exercises*. Banjarnegara: PT Qriset Indonesia.
- Ramadhan, M. (2021). *Metode Penelitian*. Surabaya: Cipta Media Nusantara.
- Retnaningsih, D. (2023). *Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke*. Penerbit NEM.
- Riswanto, A. (2023). *Metodologi Penelitian Ilmiah : Panduan Praktis untuk Penelitian Berkualitas*. Jambi: PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Rumawatine, Z. (2024). *Buku Ajar Konsep Dasar PJOK*. Sumedang: CV Mega Press Nusantara.
- Sabrina & Anggraini (2022). *Faktor Resiko yang Mempengaruhi Stroke*. Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi.
- Sari, P. & Khoirunisa, H. (2024). *Perbedaan Kadar Kolesterol Perokok Aktif dan Perokok Pasif*. Cirebon: PT Arr Rad Pratama.
- Suandika & Farhan (2023). *Asuhan Keperawatan Stroke Non Hemoragik pada Ny.R dengan Diagnosa Keperawatan utams Hambatan Mbilas Fisik di Ruang Edlewis atas RSUD Cardinas Tegal*. Jurnal Sehat Mandiri.
- Sutanto, A. dan Fitria, Y (2017). *Kebutuhannya Dasar Manusia Teori dan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Klaten: Pustaka Baru Press.
- Syafriani. (2015). *MIMS Petunjuk Konsultasi*. Jakarta: PT Bhuana Ilmu Populer .
- Syaridwan, A. A. (2019). *Asuhan Keperawatan pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan Mobilitas Fisik*. (Doctoral dissertation, STIKes Kusuma Husada Surakarta).
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*. Edisi 1. Persatuan Perawat Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)*. Edisi 1. . Persatuan Perawat Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)*. Edisi 1. Persatuan Perawat Indonesia.
- Wartonah & Tarwoto (2015). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Yusuf, A. (2016). *Metode Penelitian : Kuantitatif, Kualitatif & Penelitian Gabungan*. Jakarta: Prenada Media.
- Yuswantoro et al., (2022). *Panduan Pencegahan Stroke dan Penatalaksanaan Pre Hospital Stroke pada Keluarga*. Media Nusa Creative.

