

**STUDI DESKRIPTIF GANGGUAN MOBILITAS FISIK PADA
ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN
STROKE NON HEMORRAGIC**



KARYA TULIS ILMIAH

Disusun Sebagai Tugas Akhir
Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan Menyelesaikan
Program Studi Diploma III Keperawatan

Disusun Oleh
Muhammad Bilal Fajri Choiri
NIM : D3A2022.052

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

Gangguan Mobilitas Fisik Pada Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Stroke Non Hemorrhagic

Muhammad Bilal Fajri Choiri¹, Hendra Dwi Kurniawan²,

¹Program Studi D-3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Kosala

²Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Kosala

Korespondensi Author : Bilalfajri023@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Stroke non hemoragik merupakan jenis stroke terbanyak dan menjadi penyebab utama kecacatan di Indonesia. Salah satu dampak utamanya adalah gangguan mobilitas fisik akibat kerusakan neuromuskular, yang menghambat kemandirian pasien dan meningkatkan risiko komplikasi. Tingginya prevalensi dan dampak fungsional yang ditimbulkan menjadikan penanganan gangguan ini sebagai prioritas dalam asuhan keperawatan. **Tujuan:** Mendeskripsikan gangguan mobilitas fisik pada pasien dengan stroke non hemoragik. **Metode:** Penelitian menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Subjek adalah seorang pasien stroke non hemoragik yang mengalami gangguan mobilitas fisik, yang menjalani perawatan di RUMAH SAKIT Dr. OEN SOLO BARU. Data diperoleh melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan telaah dokumentasi medis pasien. **Hasil:** Pengkajian yang didapatkan pada pasien SNH yang mengalami gangguan mobilitas fisik yaitu pasien mengalami kesulitan dalam bergerak dan melakukan aktivitas, sehingga pasien diberikan tindakan keperawatan latihan *Range Of Motion* dan program terapi sesuai indikasi. **Kesimpulan:** Gangguan mobilitas fisik merupakan masalah keperawatan utama yang sering terjadi pada pasien dengan stroke non hemoragik.

Kata kunci: Aktivitas fisik, asuhan keperawatan, gangguan mobilitas fisik, stroke non hemoragik

Physical Mobility Disorders In Nursing Care For Patients With Non-Hemorrhagic Stroke

Muhammad Bilal Fajri Choiri¹, Hendra Dwi Kurniawan²,

¹Program Studi D-3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Kosala

²Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Kosala

Korespondensi Author : Bilalfajri023@gmail.com

ABSTRACT

Background: Non-hemorrhagic stroke is the most common type of stroke and a leading cause of disability in Indonesia. One of its main impacts is impaired physical mobility due to neuromuscular damage, which hinders patient independence and increases the risk of complications. The high prevalence and functional impact of this condition make its management a priority in nursing care.

Objective: To describe physical mobility disorders in patients with non-hemorrhagic stroke. **Method:** The study used a descriptive method with a case study approach. The subject was a non-hemorrhagic stroke patient who had impaired physical mobility. who underwent treatment at the NEW Dr. OEN SOLO HOSPITAL. Data were obtained through interviews, observation, physical examination, and review of patient medical documentation. **Results:** The assessment obtained in SNH patients who experience physical mobility disorders is that patients have difficulty moving and doing activities, so patients are given Range Of Motion exercise nursing actions and therapy programs according to indications. **Conclusion:** Physical mobility disorders are the main nursing problems that often occur in patients with non-hemorrhagic stroke.

Keywords: Physical activity, nursing care, physical mobility disorder, non-hemorrhagic stroke

HALAMAN PERSETUJUAN

Laporan karya tulis ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan pada ujian sidang karya tulis ilmiah pada Program Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Kosala

Disetujui pada tanggal : Mei 2025

Pembimbing

Hendra Dwi Kurniawan., S.Kep.,Ns., MKM

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Muhammad Bilal Fajri Choiri

NIM : D3A2022.052

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa laporan karya tulis ilmiah yang berjudul “Studi Deskriptif Gangguan Mobilitas Fisik Pada Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Stroke Non Hemorrhagic” 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,

Muhammad Bilal Fajri Choiri

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat, karunia, dan hidayah-Nya, sehingga saya dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan judul "Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilisasi Pada Pasien Dengan SNH" dengan baik. Karya tulis ini disusun sebagai salah satu tugas dalam rangka memenuhi persyaratan untuk memperoleh gelar Amd.Kep di STIKES PANTI KOSALA. Penyusunan karya tulis ilmiah ini tidak lepas dari bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini, saya ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Ibu Ratna Indriati, M.Kes. Selaku Ketua Sekolah Ilmu Kesehatan PANTI KOSALA
2. Bp. Hendra Dwi Kurniawan., S.Kep.,Ns., MKM selaku dosen pembimbing
3. Tim penguji Ujian Sidang Karya Tulis Ilmiah
4. Dosen, tenaga kependidikan, administrasi, dan staf perpustakaan STIKES Panti Kosala
5. Saya ucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada keluarga tercinta, terutama kepada orang tua saya, yang selalu memberikan kasih sayang, doa, dan dukungan tanpa henti.
6. Teman-teman saya satu angkatan yang selalu memberi dukungan serta support 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

HALAMANJUDUL.....	i
ABSTRAK	ii
ABSTRAC	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
LEMBAR PERNYATAAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	vii
BAB I. PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penulisan.....	5
D. Manfaat Penulisan	5
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Gangguan Mobilitas Fisik	7
B. Konsep Penyakit Stroke	11
BAB III. METODE PENULISAN	45
A. Desain Penulisan	44
B. Subjek Penulisan	44
C. Fokus Penulisan.....	45
D. Definisi Operasional	45
E. Instrumen Pengumpulan Data.....	45
F. Metode Pengumpulan Data.....	45
G. Analisa Data.....	46
H. Tempat dan Waktu	46
I. Ruang Lingkup	46
BAB IV. RESUME KASUS DAN PEMBAHASAN	47
A. Resume Kasus.....	47
B. Pembahasan.....	66
BAB V. PENUTUP.....	83
A. Kesimpulan	84
B. Implikasi Keperawatan	84
DAFTAR PUSTAKA	

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Stroke non hemoragic atau iskemik yaitu adanya penyumbatan pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti dan merupakan jenis patologi paling umum yang mencakup 80% dari semua jenis stroke yang terjadi. *Stroke non hemoragic* ini terbagi menjadi 3 jenis, yaitu stroke trombolitik, stroke embolik dan *hipoperfusion sistemik* (Amalia & Yudhono, 2022).

Berdasarkan data dari *World Health Organization* (WHO) dalam Cassrisa, C. N. (2022). Pada tahun 2020, terdapat sekitar 27.000 kasus stroke yang melibatkan sekitar 25.400 orang dari jumlah 100.000 penduduk, menderita stroke yang telah menurun lebih dari 40 persen selama 15 tahun terakhir, dan sekitar 6.100 orang meninggal pada tahun 2020 dibandingkan tahun 2019. Stroke menjadi penyebab kematian nomor tiga di dunia setelah penyakit jantung koroner dan kanker, baik di negara maju maupun di negara berkembang. Satu dari 10 kematian disebabkan akibat penyakit stroke. *World Stroke Organization* menerangkan data bahwa terdapat 13,7 juta kasus baru penyakit stroke tiap tahun, dan kematian akibat stroke mencapai 5,5 juta.

Di Indonesia, stroke menjadi penyebab utama kecacatan dan kematian, yakni sebesar 11,2% dari total kecacatan dan 18,5% dari total kematian. Menurut data Survei Kesehatan Indonesia tahun 2023, prevalensi stroke di Indonesia mencapai 8,3 per 1.000 penduduk (KEMENKES, 2024).

Prevalensi kejadian stroke di Jawa Tengah cukup tinggi. Pada tahun 2017 sebanyak 28.277 kasus terdiri dari stroke hemoragik sebanyak 9.993 dan stroke non hemoragik sebanyak 18.284. Sedangkan jumlah kasus stroke di Kabupaten Grobogan tahun 2017 sebanyak 177 kasus terdiri dari stroke hemoragik sebanyak 10 dan stroke non hemoragik sebanyak 167 kasus (Dinas Kesehatan Jawa Tengah, 2017) dalam Rahmawati, R., Pistanty, M. A., & Susanti, M. M. (2020).

Salah satu penyebab dari penyakit stroke adalah adanya faktor stress, dengan melakukan latihan fisik atau berolahraga dengan rutin ternyata dapat menurunkan kecemasan dan depresi. Selain itu, dapat meningkatkan fungsi kognitif, meningkatkan performa kerja, dan pada orang tua sangat penting untuk menurunkan risiko jatuh dan cedera, dan juga merupakan terapi efektif pada beberapa penyakit kronis terutama pada pasien lanjut usia (KEMENKES, 2024).

Diagnosis keperawatan yang sering muncul pada pasien dengan kasus stroke non hemoragik adalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas, risiko kerusakan integritas kulit, ketidakefektifan pola nafas, gangguan mobilitas fisik, risiko jatuh, perfusi perifer tidak efektif, risiko aspirasi, nyeri akut, hambatan komunikasi verbal.

Dari beberapa penelitian, penelitian yang dilakukan oleh (Widarti & Maimuna, 2023) setelah melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien hemiparese sinistra akibat stroke non-hemoragik, dengan diagnosa keperawatan utama berupa hambatan mobilitas fisik, penulis menemukan masalah keperawatan yang berkaitan dengan gangguan mobilitas fisik yang disebabkan oleh gangguan neuromuskular. Berdasarkan pengkajian yang dilakukan, penulis dapat menyimpulkan bahwa sudah dilakukan evaluasi menyeluruh terhadap pasien dengan stroke non-hemoragik. Dalam proses pengkajian ini, penulis menggunakan berbagai metode, antara lain wawancara, observasi, dokumentasi/catatan medis, dan pemeriksaan fisik. Selain itu, penulis juga melakukan observasi langsung terhadap kondisi pasien untuk memperoleh data yang lebih komprehensif mengenai keadaan mereka.

Sedangkan Penelitian yang dilakukan oleh Mauliddiyah et al., (2022) menunjukkan bahwa pasien dengan gangguan mobilitas fisik mengalami perbaikan pada ekstremitas setelah mendapatkan terapi ROM tiga kali sehari selama 24 jam. Hasil ini mengindikasikan bahwa gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke non hemoragik berkaitan erat dengan gangguan neuromuskular. Oleh karena itu, diagnosis keperawatan yang relevan adalah gangguan mobilitas fisik, dengan kriteria hasil berupa peningkatan kekuatan otot, rentang gerak sendi, dan kemampuan bergerak. Intervensi yang dapat diterapkan untuk mengatasi masalah tersebut adalah dukungan mobilisasi melalui latihan ROM secara teratur dan terstruktur.

Menurut pengalaman penulis dalam pengobatan gangguan mobilitas pada pasien dengan hemiparase yang mengalami stroke non hemorrhagic, dimungkinkan untuk menyimpulkan bahwa pasien dengan mobilitas terbatas karena penyakit neuromuskuler yang disebabkan oleh stroke. Proses perawatan, termasuk penilaian, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi, dilakukan melalui upaya perawatan melalui dukungan medis yang tepat dan pelatihan ROM pasif. Langkah - langkah keperawatan dilakukan 3x24 jam sehari, tetapi gangguan pergerakan fisik pasien tidak sepenuhnya diselesaikan. Untuk upaya pemulihan lebih lanjut, langkah yang lebih intensif diperlukan untuk mempromosikan pemulihan pasien dan mengurangi efek yang disebabkan oleh stroke.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan rumusan masalah pada laporan Karya Tulis Ilmiah ini adalah untuk mengetahui “Bagaimana asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik pada pasien dengan *stroke non hemorrhagic* ?”

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Melakukan asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik pada pasien dengan *stroke non hemorrhagic*.

2. Tujuan Khusus

- a) Mampu mengetahui pengkajian yang tepat pada pasien mobilitas fisik dengan penyakit *stroke non hemorrhagic*.

- b) Mampu mengetahui diagnosa keperawatan yang tepat pada pada pasien *stroke non hemoragic* dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik.
- c) Mampu mengetahui tindakan keperawatan yang tepat pada pada pasien *stroke non hemoragic* dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik.
- d) Mampu melakukan tindakan keperawatan pada pada pasien *stroke non hemoragic* dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik.
- e) Mampu mengetahui evaluasi hasil dengan tepat dari tindakan keperawatan yang sudah dilakukan pada pasien *stroke non hemoragic* dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik.

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 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.

3. Perawat

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

4. Pasien dan Masyarakat

Laporan karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan pasien, keluarga dan masyarakat tentang asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik pada pasien. dengan *stroke non hemorrhagic*

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Gangguan Mobilitas Fisik

1. Definisi gangguan mobilitas fisik

Gangguan mobilitas fisik merupakan keterbatasan pada gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas yang secara mandiri. Ini bisa terjadi karena adanya gangguan serebral yang mengganggu dialiran darah serebral mengakibatkan oksigen dan nutrisi ke otak yang menurun sehingga menimbulkan lesi atau infark. Terjadinya infark dalam otak akan mempengaruhi kontrol motorik karena neuron dan jalur medial atau ventral berperan dalam kontrol otot-otot. Gangguan motorik yang terjadi mengakibatkan pasien mengalami keterbatasan dalam menggerakkan bagian tubuh sehingga meningkatkan risiko terjadi komplikasi. Salah satu komplikasi yang dapat terjadi adalah kelemahan otot, dan jika tidak segera mendapat penanganan yang tepat dapat terjadinya kontraktur (Fitriani et al., 2022 dalam Retnaningsih, 2023).

2. Etiologi

Gangguan mobilitas fisik memiliki beberapa faktor penyebab. Menurut Tim Pokja DPP PPNI (2017), terdapat beberapa faktor

yang dapat menyebabkan terjadinya gangguan mobilitas fisik pada seseorang, yaitu:

- a. Penurunan kendali otot
- b. Penurunan kekuatan otot
- c. Kekakuan sendi
- d. Kontraktur
- e. Gangguan muskuloskeletal
- f. Gangguan neuromuskular
- g. Keengganan melakukan pergerakan

3. Manifestasi Klinis

Seseorang yang mengalami gangguan mobilitas fisik akan mendapati tanda gejala yang dirasakan. Adapun tanda gejala pada seseorang yang mengalami gangguan mobilitas fisik menurut Tim Pokja DPP PPNI (2017) adalah sebagai berikut :

- a. Gejala dan Tanda Mayor
 - 1) Subjektif
 - a) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
 - 2) Objektif
 - a) Kekuatan otot menurun 2 Rentang gerak (ROM) menurun.
- b. Gejala dan Tanda Minor
 - 1) Subjektif
 - a) Nyeri saat bergerak
 - b) Enggan melakukan pergerakan
 - c) Merasa cemas saat bergerak

2) Objektif

- a) Sendi kaku
- b) Gerakan tidak terkoordinasi

4. Komplikasi Gangguan Mobilitas Fisik

Pada pasien dengan gangguan mobilitas fisik biasanya mengalami beberapa komplikasi. Adapun komplikasi menurut (Bakara & Warsito, 2016) gangguan mobilitas fisik dapat menimbulkan komplikasi, yaitu abnormalitas tonus, orthostatic hypotension, deep vein thrombosis, serta kontraktur. Selain itu, komplikasi yang dapat terjadi adalah pembekuan darah yang mudah terbentuk pada kaki yang lumpuh menyebabkan penimbunan cairan dan pembengkakan. Kemudian, juga menyebabkan embolisme paru yaitu sebuah bekuan yang terbentuk dalam satu arteri yang mengalir ke paru. Selanjutnya yaitu dekubitus. Bagian yang biasa mengalami memar adalah pinggul, pantat, sendi kaki dan tumit. Bila memar ini tidak dirawat akan menjadi infeksi. Atrofi dan kekakuan sendi juga menjadi salah satu komplikasi dari gangguan mobilitas fisik. Hal itu disebabkan karena kurang gerak dan mobilisasi. Komplikasi lainnya, seperti disritmia, peningkatan tekanan intra cranial, kontraktur, gagal nafas, dan kematian.

5. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yaitu CT-Scan mengidentifikasi jika adanya area perdarahan (biasanya untuk pemakaian darurat) dan

MRI (*Magnetik Resonance Imaging*) mengidentifikasi lokasi iskemik (Basuki, 2018).

6. Pengkajian

Untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien stroke ada beberapa pengkajian menurut Tim Pokja DPP PPNI (2017) yaitu sebagai berikut :

- a. Identitas
- b. Riwayat Kesehatan
 - 1) Keluhan utama
 - 2) Riwayat kesehatan (sekarang dan dahulu)
 - 3) Riwayat kesehatan keluarga

7. Pengkajian adl

Untuk melakukan pengkajian pada adl ada beberapa pengkajian yang perlu di kaji yaitu sebagai berikut :

- a. Pola nutrisi
- b. Pola aktivitas dan latihan

Biasanya pasien tidak akan mampu melakukan aktivitas dan perawatan diri secara mandiri karena kelemahan anggota gerak, kekuatan otot berkurang, mengalami gangguan koordinasi, gangguan keseimbangan mudah lelah. Aktivitas fisik yang kurang dapat mempengaruhi frekuensi denyut jantung menjadi lebih tinggi sehingga otot jantung harus bekerja lebih keras pada setiap kontraksi. Otot jantung yang bekerja semakin keras dan sering

memompa, maka makin besar tekanan yang dibebankan pada arteri sehingga dapat menyebabkan tekanan darah meningkat

c. Pola tidur dan istirahat

Biasanya pasien lebih banyak tidur dan istirahat karena semua sistem tubuhnya akan mengalami penurunan kerja dan penurunan kesadaran sehingga lebih banyak diam

d. Pola eliminasi

Kemungkinan terjadi retensi urin dan inkontinensia akibat kurang aktivitas dan pengontrolan urinasi menurun, dan terjadi konstipasi dan diare akibat impaksifekal.

B. Stroke

1. Definisi stroke

Stroke merupakan gangguan fungsi syaraf yang disebabkan adanya ketidakseimbangan aliran darah dalam otak, dan dapat timbul secara mendadak (dalam waktu beberapa detik) atau secara cepat (dalam waktu beberapa jam), gejala atau tanda-tanda yang sesuai dengan daerah otak yang mengalami gangguan pasokan darah (Hutagalung, 2021)

Stroke merupakan hasil penyumbatan yang tiba-tiba terjadi, yang disebabkan oleh penggumpalan, perdarahan, atau penyempitan pada pembuluh darah arteri, sehingga menutup aliran darah ke bagianbagian otak, dimana darah merupakan pembawa oksigen dan zat-zat makanan ke jaringan otak sehingga sel-sel otak mengalami kematian, pembuluh darah di otak bisa pecah dan menyebabkan

sejenis stroke yang disebut stroke hemoragik. Ini dapat mempersulit bagian otak untuk bekerja dan menyebabkan masalah seperti penglihatan kabur atau kesulitan merasakan satu sisi tubuh. Faktor-faktor seperti usia, jenis kelamin, ras, tekanan darah tinggi, diabetes, dislipidemia, merokok, penggunaan alkohol, dan obat-obatan tertentu dapat menyebabkan stroke (Hutagalung, 2021).

2. Anatomi Pembuluh Darah Otak

Ada beberapa anatomi pada pembuluh darah di otak menurut Hutagalung, (2021). Otak merupakan organ vital yang bertanggung jawab atas fungsi mental dan intelektual seperti berpikir, menafsirkan apa yang diterima oleh indra kita serta mengontrol gerakan-gerakan sadar kita. Otak tersusun dari belahan otak besar (hemisfer serebri), batang otak dan otak kecil (serebelum). Pesan-pesan yang menuju dan berasal dari anggota tubuh akan dihantarkan lewat medula spinalis serta batang otak. Serebrum (otak besar) merupakan pusat pemikiran dan kesadaran seseorang, pusat untuk mengawasi kemampuan menguasai bahasa, pemusatan perhatian (*focusing*), memori, dan pikiran. Serebelum (otak kecil) yang terletak di bagian bawah atau belakang, merupakan otak yang kecil dan menjadi pusat koordinasi otot dan keseimbangan badan, serta mengawasi proses pernafasan dan metabolisme badan. Terdapat dua hemisfer serebri yaitu hemisfer serebri sinistra (kiri) dan *hemisfer serebri dextra* (kanan). Hemisfer serebri dapat dibagi menjadi lobus frontalis, parietalis, occipitalis serta lobus temporalis. Dua hemisfer otak

dihubungkan secara anatomis dan saling berkaitan secara fungsional. Hemisfer serebri kiri (hemisfer serebri sinistra) mengendalikan kemampuan memahami dan menghasilkan bahasa serta lebih berkaitan dengan berpikir matematis atau logis, sedangkan hemisfer serebri kanan (hemisfer serebri dextra) mengendalikan orientasi ruang maupun lebih berkaitan dengan pemikiran abstrak dan imajiner serta kemampuan seni. Berat otak sekitar 2,5% dari berat badan secara keseluruhan. Otak terdiri dari sel-sel otak yang disebut neuron, sel-sel penunjang yang dikenal sebagai sel glia, cairan serebrospinal, dan pembuluh darah. Arteri adalah pembuluh yang mengangkut darah yang kaya akan oksigen dan nutrisi seperti glukosa ke otak. Vena adalah pembuluh yang membawa darah yang telah digunakan dan zat sisa menjauhi otak. Semua orang memiliki jumlah neuron yang sama sekitar 100 miliar, tetapi jumlah koneksi diantara berbagai neuron berbeda-beda. Pasokan aliran darah ke otak dilakukan oleh dua pembuluh arteri utama, yaitu sepasang arteri karotis interna yang memasok sekitar 70% dari keseluruhan jumlah darah otak, dan sepasang arteri vertebralis yang mencukupi 30% sisanya. Otak merupakan organ tubuh yang paling banyak menerima darah dari jantung, yakni seperlima dari seluruh darah yang mengalir ke seluruh jaringan tubuh. Diperkirakan, metabolisme otak menggunakan sekitar 18% dari total konsumsi oksigen tubuh. Oleh karena itu, masa hidup jaringan otak yang menghadapi kekurangan oksigen cukup singkat.

Dan hal ini berarti, jaringan otak akan mudah mati jika pasokan aliran darah terhenti atau tersumbat (Hutagalung, 2021)

3. Klasifikasi stroke

secara klinis penyakit stroke dapat dibagi atas 2 jenis menurut (Hutagalung, 2021) yaitu sebagai berikut :

a. stroke non hemoragik dan stroke hemoragik

Stroke non hemoragik (iskemik). Secara patofisiologis stroke non hemoragik (iskemik) adalah kematian jaringan otak karena pasokan darah yang tidak adekuat. Secara klinis stroke non hemoragik (iskemik) merupakan defisit neurologis focal yang timbul akut dan berlangsung lebih lama dari 24 jam serta tidak disebabkan oleh perdarahan. Stroke non hemoragik dibagi berdasarkan manifestasi klinis dan kausal, yaitu :

1) Berdasarkan manifestasi klinis :

a) Serangan iskemik Sepintas/*Transient Ischemic Attack* (TIA)

Pada bentuk ini gejala neurologik yang timbul akibat gangguan peredaran darah di otak akan menghilang dalam waktu 24 jam.

b) Defisit Neurologik Iskemik Sepintas/*Reversible Ischemic Neurological Deficit* (RIND) Gejala neurologik yang timbul akan menghilang dalam waktu lebih lama dari 24 jam, tapi tidak lebih dari seminggu.

c) Stroke progresif (*Progressive Stroke/Stroke in evolution*)

Gejala neurologik makin lama makin berat.

d) Stroke Komplit (*Complete Stroke*)

Gejala klinis sudah menetap.

2) Berdasarkan kausal :

a) Stroke trombotik

Stroke trombotik adalah jenis stroke karena pembuluh darah dari jantung yang menuju otak mengalami penyempitan. Hal ini dapat disebabkan oleh terjadinya aterosklerosis, sebagai akibat tingginya kadar kolesterol dan tingginya tekanan darah.

b) Stroke emboli/*non trombotik*

Jenis stroke ini terjadi karena emboli yang dapat terdiri dari debris kolesterol, gumpalan trombosit dan fibrin, menyumbat pembuluh darah yang lebih kecil yang merupakan cabang dari pembuluh arteri utama yang menuju otak. Bagian dari otak yang tidak dialiri darah akan mengalami kerusakan dan tidak berfungsi lagi.

b. Stroke hemoragik

Stroke hemoragik disebabkan oleh perdarahan non traumatik di otak. Menurut WHO *International Classification of Disease* (ICD) stroke hemoragik dibagi atas:

1) Perdarahan Intra Serebral (PIS)

PIS adalah perdarahan primer yang berasal dari pembuluh darah dalam parenkim otak dan bukan disebabkan oleh trauma. Perdarahan ini paling banyak disebabkan oleh hipertensi. Pada hipertensi kronis dapat terjadi aneurisma-aneurisma mikro di sepanjang arteri. Arteri tadi dapat pecan atau robek.

2) Perdarahan Sub Arachnoidal (PSA)

PSA adalah keadaan akut dimana terdapatnya atau masuknya darah ke dalam ruangan subaraknoid. Penyebab utama PSA adalah aneurisma.

4. Etiologi stroke

Ada 4 penyebab stroke, yaitu trombosis, embolisme cerebral perdarahan/hemoragic, dan iskemik (Sulistiyawati, 2023)

a. Trombosis

Trombosis merupakan proses pembentukan trombus dimulai dengan kerusakan dinding endotelial pembuluh darah, paling sering disebabkan karena aterosklerosis. Dimana aterosklerosis menyebabkan penumpukan lemak dan membentuk plak di dinding pembuluh darah. Jika pembentukan plak yang terus menerus bisa menyebabkan obstruksi yang dapat terbentuk di dalam pembuluh darah otak atau pembuluh organ distal. Pada trombus vaskuler distal, bekuan dapat terlepas dan akan dibawa melalui sistem arteri otak sebagai suatu embolus.

b. Embolisme

Merupakan penyumbatan pembuluh darah otak oleh karena adanya bekuan darah, lemak dan udara. Biasanya emboli berasal dari trombus di jantung yang terlepas dan menyumbat pada sistem arteri serebri. Emboli biasanya berlangsung secara cepat biasanya kurang dari 10-30 detik. Beberapa keadaan yang bisa menimbulkan emboli seperti katup-katup jantung yang rusak akibat penyakit jantung rematik, infark miokardium, fibrilasi dan keadaan aritmia menyebabkan berbagai bentuk pengosongan ventrikel sehingga darah membentuk gumpalan kecil dan sewaktu-waktu kosong sama sekali mengeluarkan embolus-embolus kecil, Endokarditis oleh bakteri dan non bakteri menyebabkan terbentuknya gumpalan-gumpalan pada endokardium.

c. Iskemia Serebral

Merupakan suatu kondisi dimana terjadinya penurunan suplai darah ke otak. Hal ini dapat disebabkan adanya konstriksi aterosklerosis pada arteri yang menyuplai darah ke otak.

d. Hemoragi Serebral

Pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak. Dimana Hipertensi merupakan penyebab utama perdarahan intraserebral. Prognosis pasien dengan perdarahan intraserebral buruk, 50% kematian

terjadi dalam 48 jam pertama. Tingkat kematian akibat perdarahan intraserebral berkisar antara 40% - 80%.

5. Manifestasi klinis

ada beberapa manifestasi klinis dari penyakit stroke menurut (Saputra et al., 2023) yaitu sebagai berikut :

- a. Kelumpuhan wajah atau anggota badan (hemiparesis) yang timbul mendadak
- b. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan (gangguan hemisensorik)
- c. Perubahan mendadak status mental (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma)
- d. Afasia (bicara tidak lancar, kurang ucapan, atau kesulitan memahami ucapan)
- e. Disartia (bicara pelo atau cadel)
- f. Gangguan penglihatan (hemianopia atau monokuler)
- g. Diplopia : ataksia (trunkal atau anggota badan)
- h. Vertigo, mual, dan muntah atau nyeri kepala.
- i. Demam : Meningkatkan kemungkinan endokarditis dan stroke embolik.
- j. Tanda-tanda peningkatan TIK termasuk kelumpuhan CN VI, papiledema.
- k. Nyeri leher: Ini mungkin menyarankan diseksi arteri cervicocerebral.
- l. Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologik

6. Patofisiologi stroke

Menurut Widarti & Maimuna, (2023) otak adalah organ dari tubuh yang tidak dapat menghasilkan oksigen dengan sendirinya. Kekurangan oksigen yang berkepanjangan dapat membunuh sel dan jaringan. Stroke akan sangat meluas saat serangan pertama terjadi ini dapat memicu terjadinya peningkatan tekanan intra kranial (TIA) selain itu ada beberapa faktor yang dapat menyebabkan serangan stroke menjadi parah yaitu faktor hipertensi.

a. Stroke non Hemoragik

Penggolongan stroke non hemoragik atau infark diklasifikasikan sebagai berikut :

1) TIA (*Transient Ischemic Attack*)

Gangguan neurologis setempat yang terjadi dalam waktu 24 jam, dimana gejala ini akan hilang dan timbul dengan spontan.

2) Stroke Komplit

Gejala neurologis fokal terus berkembang. Terlihat semakin berat dan memburuk setelah 48 jam. Defisit neurologis yang timbul berlangsung secara bertahap hingga menjadi berat.

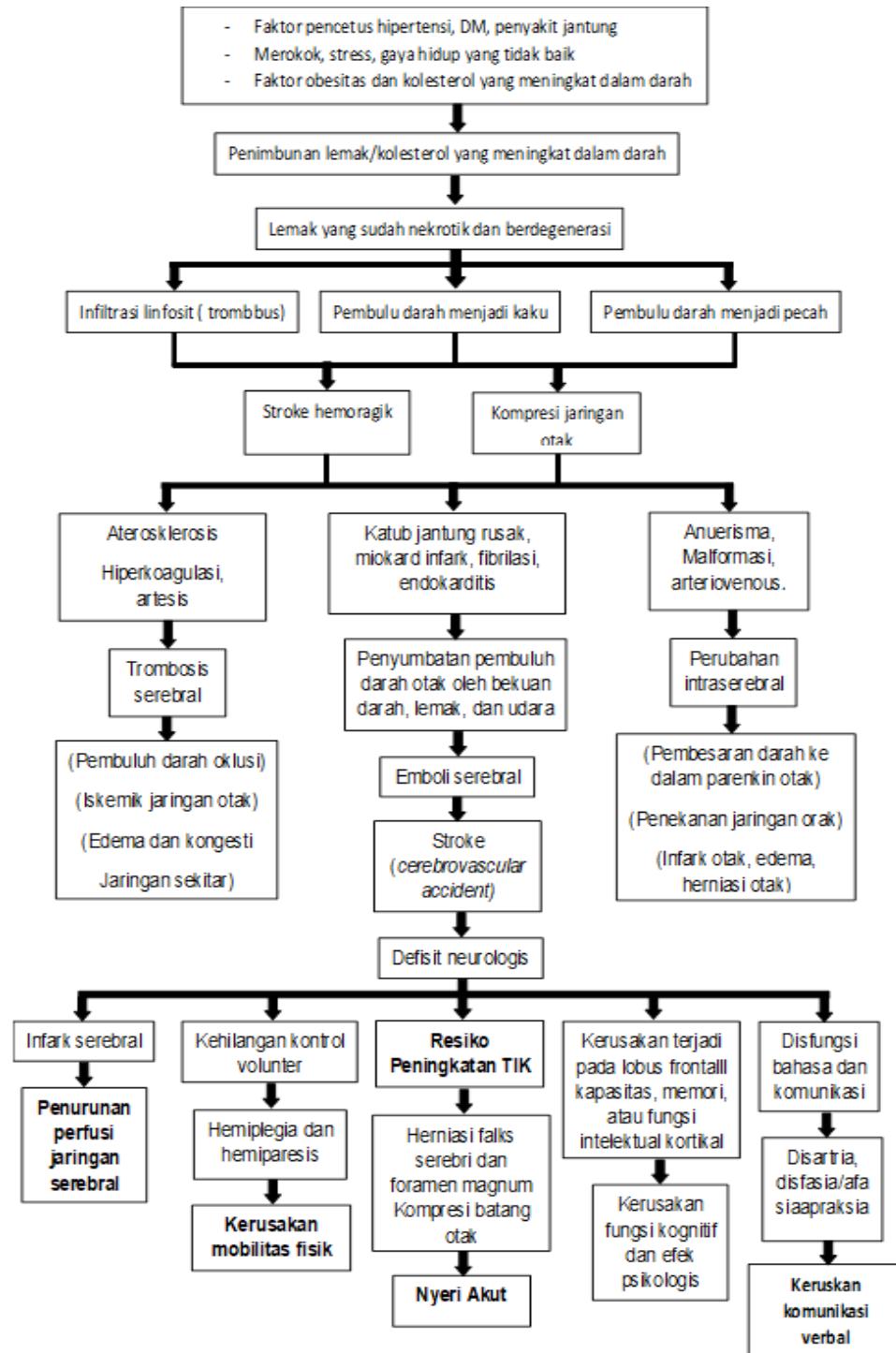
b. Stroke Hemoragik

Pembuluh darah otak yang pecah menyebabkan darah mengalir ke substansi atau ruangan subarachnoid yang menimbulkan perubahan komponen intrakranial yang seharusnya konstan. Akibat adanya perubahan komponen intrakranial yang tidak dapat dikompensasi tubuh akan menimbulkan peningkatan tekanan

intrakranial yang bila berlanjut akan menyebabkan herniasi otak sehingga timbul kematian. Disamping itu, darah yang mengalir ke ruang subarachnoid dapat menyebabkan edema, spasme pembuluh darah otak dan penekanan pada daerah tersebut menimbulkan aliran darah berkurang atau tidak ada sehingga dapat terjadi nekrosis jaringan otak (Widarti & Maimuna, 2023)

7. Pathway

Pada penyakit stroke ada beberapa faktor faktor yang mempengaruhi sebagaimana dikutip oleh (Nugroho, et.al 2016),



8. Faktor Resiko

Menurut Irwan (2022) Ada beberapa faktor faktor dari resiko terjadinya stroke yaitu

- a. Hipertensi, hipertensi merupakan faktor risiko utama yang menyebabkan pengerasan dan penyumbatan pada pembuluh darah arteri. Penderita hipertensi memiliki risiko stroke empat hingga enam kali lipat dibandingkan orang yang tanpa hipertensi.
- b. Diabetes, penderita diabetes memiliki risiko tiga kali lipat terkena stroke.
- c. Obesitas, dapat menyebabkan stroke karena penimbunan lemak banyak di organ jantung dan pembuluh darah.
- d. Kadar kolesterol darah, kolesterol yang tinggi dalam darah tubuh dapat menyebabkan risiko aterosklerosis dan penebalan pembuluh darah.
- e. Penyakit kardiovaskuler, banyak penyakit kardiovaskuler yang menjadi faktor risiko tersering, antara lain atrial fibrillation, cacat pada katup jantung, dan penyakit jantung bawaan.
- f. Cedera kepala dan leher, cedera kepala atau cedera otak traumatik dapat menyebabkan perdarahan di dalam otak dan menyebabkan kerusakan yang sama seperti pada stroke hemoragik.
- g. Infeksi, infeksi virus maupun bakteri dapat bergabung dengan faktor risiko lain dan membentuk risiko terjadinya stroke.

- h. Obat-obatan terlarang, obat-obatan terlarang dapat menyebabkan gangguan denyut jantung yang dapat menyebabkan pembentukan gumpalan darah.
- i. Alkohol, konsumsi alkohol dapat meningkatkan tekanan darah sehingga memperbesar terjadinya penyakit stroke.
- j. Merokok, merokok dapat memicu produksi fibrinogen (faktor penggumpal darah) lebih banyak sehingga merangsang timbulnya aterosklerosis.

9. Pemeriksaan Penunjang

Ada beberapa pemeriksaan penunjang untuk penyakit stroke menurut (Saputra et al., 2023) yaitu sebagai berikut :

a. Pemeriksaan laboratorium

untuk menyingkirkan penyebab sistemik: CBC, pemeriksaan trombosit dan pembekuan, VDRL/RPR, laju sedimentasi eritrosit (ESR), kimia (glukosa, natrium)

b. CT-scan

menunjukkan kelainan struktural, edema, hematoma, iskemia, dan infark. Catatan: Mungkin tidak segera mengungkapkan semua perubahan, misalnya, infark iskemik tidak terlihat pada CT selama 8-12 jam; namun, perdarahan intraserebral segera terlihat. Oleh karena itu, CT scan darurat selalu dilakukan sebelum pemberian aktivator plasminogen jaringan (t-PA). Selain itu, pasien dengan TIA (*Transient Ischemic Attack*) umumnya memiliki gambaran CT scan yang normal.

c. EKG

untuk mengeluarkan diagnosis stroke berasal dari jantung sebagai sumber embolus (20% dari stroke adalah hasil dari emboli vegetatif yang berhubungan dengan penyakit katup, disritmia, atau endokarditis).

d. EEG

mengidentifikasi masalah berdasarkan aktivitas listrik yang berkurang di area infark tertentu; dan dapat membedakan aktivitas kejang dari kerusakan CVA.

e. Rontgen tengkorak

dapat menunjukkan pergeseran kelenjar pineal ke sisi yang berlawanan dari massa yang membesar; kalsifikasi karotis internal dapat terlihat pada trombosis serebral; kalsifikasi parsial dinding aneurisma dapat dicatat pada perdarahan subarachnoid.

f. MRI

menunjukkan area infark, perdarahan, malformasi AV, dan area iskemia.

g. Angiografi serebral

membantu menentukan penyebab spesifik stroke, misalnya, perdarahan atau penyumbatan arteri, menunjukkan dengan tepat lokasi oklusi atau ruptur

h. Angiografi subtraksi digital

mengevaluasi patensi pembuluh darah otak, mengidentifikasi posisinya di kepala dan leher, dan mendeteksi/mengevaluasi lesi dan kelainan vaskular.

i. Lumbal pungsi

tekanan biasanya normal dan CSF jelas pada trombosis serebral, emboli, dan TIA. Peningkatan tekanan dan cairan menunjukkan perdarahan subarachnoid dan intra serebral. Kadar protein total CSF dapat meningkat pada kasus trombosis karena proses inflamasi.

j. Ultrasonografi Doppler Transkranial

mengevaluasi kecepatan aliran darah melalui pembuluh intrakranial utama; mengidentifikasi penyakit AV, misalnya, masalah dengan sistem karotis (aliran darah/adanya plak aterosklerotik)

10. Manajemen Medis

Menurut Saputra et al., (2023) Sebelum pengobatan dapat diberikan, pasien harus dinilai untuk jalan napas, pernapasan, dan sirkulasi yang stabil. Pasien juga harus dinilai untuk menentukan apakah dia adalah kandidat untuk *alteplase* (rt-PA). Kriteria eksklusi didasarkan pada pedoman dari *American Heart Association/American Stroke Association*. Terapi fibrinolitik bertujuan untuk melarutkan bekuan darah dan mengembalikan aliran darah ke daerah yang terkena. Fibrinolitik harus diberikan dalam waktu 3

sampai 4, 5 jam setelah timbulnya gejala agar efektif, tergantung pada kriteria eksklusi. Seperti pengobatan infark miokard dan perawatan sepsis, selama stroke pendekatan "waktu adalah otak" adalah penting dan membutuhkan respons pengobatan yang cepat.

11. Perawatan Stroke

Pada penatalaksanaan stroke dibagi menjadi 3 tahapan menurut (Saputra et al., 2023) dimulai dari :

a. Pre Hospital

95% pasien stroke dimulai dari rumah atau dari luar rumah kewaspadaan terhadap tanda dan gejala stroke dan dibutuhkan reaksi cepat dalam menangani stroke. Jendela emas (*Golden Period*) adalah waktu yang sangat berharga bagi pasien stroke untuk mendapatkan pertolongan oleh rumah sakit terdekat 3-6 jam untuk mengurangi komplikasi serius. Penatalaksanaan prehospital yang bisa dilakukan untuk klien yang kita curigai sebagai stroke dikenal sebagai "*Stroke Chain of Survival*" atau "7Ds" yaitu :

- 1) *Detection* (Pengenal) yaitu mengidentifikasi onset dan terjadinya gejala stroke.
- 2) *Dispatch* (Mengirimkan) yaitu memanggil ambulans mengaktifkan sistem secepat mungkin kegawatdaruratan.
- 3) *Delivery* (Perjalanan) yaitu Intervensi oleh petugas medis selama perjalanan.

4) *Door* (Sampai dirumah sakit) yaitu penerimaan di Trias Unit Gawat Darurat.

5) *Data* (Data) yaitu melakukan evaluasi secara teratur, pemeriksaan laboratorium dan melakukan pencitraan

6) *Decision* (Keputusan) yaitu Mendiagnosis dan memberikan terapi yang tepat.

7) *Drug* (Obat) yaitu Membrikan pengobatan secara tepat

b. Intra Hospital

Intra hospital mempunyai 4 tujuan utama yaitu :

- 1) perbaikan aliran darah cerebral (reperfusi),
- 2) pencegahan trombosis berulang,
- 3) perlindungan syaraf, dan
- 4) perawatan suportif.

Penatalaksanaan yang harus diobservasi secara intensive :

- 1) oksigenasi,
- 2) kadar glukosa
- 3) aliran darah adekuat.
- 4) Reperfusi dapat dilakukan dengan activator plasminogen jaringan intra vena(IV).
- 5) Jika ada indikasi pemberian trombolitik seperti rtPA (tissue plasminogen activator) di IGD rumah sakit harus dilakukan observasi dan pemantauan (dalam Saputra et al., 2023).

c. Pasca hospital

Pada tahap ini dibutuhkan tindakan pencegahan, rehabilitasi dan pendidikan kesehatan. Pencegahan Stroke dapat dicegah dengan memodifikasi faktor risiko.

1) Pencegahan

Stroke dapat di cegah dengan memodifikasi faktor risiko

2) Rehabilitasi

Lingkungan sangat berperan penting dalam penyembuhan pasien stroke berhubungan keberadaan pasien seperti hidrasi, temperature dan glukosa darah. Tatalaksana lain yang sesuai keluhan seperti sulit menelan dan pencegahan terhadap trombolitik vena. Fisioterapi yang berkesinambungan dapat membantu kemandirian aktifitas pasien.

3) Pendidikan kesehatan

Intervensi pendidikan pada masyarakat sangat penting hal ini terbukti dan banyak berhasil dengan sempurna pada penderita stroke iskemik dalam terapi fibrinolitik. Pemberian layanan kesehatan rumah sakit dan layanan informasi pada masyarakat untuk mengembangkan system efektivitas perawatan stroke. Tujuan perawatan stroke adalah meminimalkan cedera otak dan memaksimalkan kesembuhan pasien (Saputra et al., 2023)

12. Komplikasi

Ada beberapa komplikasi pada pasien dengan gangguan stroke menurut Kariasa (2022) Penyandang stroke juga mengalami komplikasi antara lain, yaitu :

a. Edema Otak

Edema otak terjadi karena adanya peningkatan suhu tubuh. Hal ini akan mempengaruhi sawar darah otak/*Blood Brain Barrier* (BBB) dengan cara meningkatkan permeabilitas BBB dan berakibat langsung terjadinya edema otak. Hipertermia juga meningkatkan metabolisme sehingga terjadi lactic acidosis yang mempercepat kematian neuron (Neuronal Injury) dan menambah adanya edema otak. Edema otak akan mempengaruhi tekanan perfusi otak dan menghambat reperfusi yang adekuat dari otak.

b. Pneumonia

Imunologik pada pasien stroke cenderung menurun, hal ini dikarenakan adanya pembersihan debris dan proses perbaikan yang melibatkan respon imunologik. Faktor yang berkontribusi pada terjadinya pneumonia pada stroke akut antara lain disfagia, kegagalan refleks gag dan refleks batuk, aspirasi dehidrasi, immobilisasi dan paresis otot-otot pernapasan.

c. Infeksi Saluran Kemih atau Inkontinensia/Retensi Urine (*Bladder Control*)

Infeksi saluran kemih dapat terjadi karena pemasangan dari foley kateter yang digunakan untuk mengumpulkan urine pada pasien

stroke, dan hal ini juga mempengaruhi terhadap kemampuan pasien untuk mengontrol fungsi kandung kemihnya.

d. Kejang

Aktivitas kelistrikan yang abnormal pada otak, hal ini dapat menyebabkan kejadian kejang pada pasien dengan stroke, hal ini umum dan sering terjadi pada pasien stroke.

e. Dekubitus

Luka yang terjadi akibat dari tekanan bagian tubuh misalnya pinggul dan bokong, sendi kaki dan tumit, disebabkan penurunan kemampuan bergerak (imobilitas) pada pasien stroke. Apabila hal ini dibiarkan akan mengakibatkan luka tambah lebar dan infeksi.

f. Kekakuan Sendi (Kontraktur) dan Atrofi Otot

Hal ini dikarenakan kurangnya pergerakan sendi dan immobilisasi pada pasien stroke.

g. *Deep Vein Thrombosis* (DVT)

Pasien stroke yang mengalami immobilisasi, paralisis pada ekstremitas bawah, paralisis yang berat, dan adanya atrial fibrilasi sering bersamaan dengan peningkatan risiko terjadinya DVT.

h. Depresi dan Kecemasan

Gangguan perasaan yang sering terjadi pada pasien stroke dan menyebabkan reaksi emotional dan fisik yang tidak diinginkan karena terjadi perubahan dan kehilangan fungsi tubuh.

13. Pengkajian

Pengkajian muskuloskeletal bersifat umum dan sudah terfokus untuk masalah yang lebih spesifik lagi. Pengkajian dapat meliputi evaluasi pada status fungsional klien, kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan dirinya dengan secara mandiri. Pengkajian ini termasuk dalam mengevaluasi pada kegiatan olahraga klien dan aktivitas kegiatan rekreasi klien yang dapat mempromosikan kesehatan muskuloskeletal pada klien itu sendiri. Menurut Retnaningsih (2023) Pengumpulan data yaitu:

a. Anamnesis

Anamnesis stroke yaitu, meliputi identitas klien, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga.

1) Identitas klien

Biasanya meliputi nama, tanggal lahir dan umur, alamat, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor register, dan diagnosis medis.

2) Keluhan utama Kelemahan pada anggota gerak dari salah satu sisi tubuh, mengeluhkan susah untuk menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot yang menurun, berbicara pelo, tidak dapat berkomunikasi dengan baik dan penurunan tingkat kesadaran yang sering menjadi keluhan utama pasien stroke.

3) Riwayat kesehatan sekarang

Hipertensi, obesitas, hiperlipidemia, kebiasaan untuk kegiatan merokok, penyalahgunaan alkohol dan obat-obat terlarang, serta pola hidup yang tidak sehat. Diabetes mellitus, anemia, fibrilasi atrium, dislipidemia pada penyakit jantung koroner (PJK).

4) Riwayat kesehatan dahulu

Seseorang yang dahulu pernah mengalami serangan stroke yang dikenal dengan istilah Transient Ischemic Attack (TIA) juga berisiko tinggi untuk mengalami stroke lagi. Adanya riwayat kesehatan hipertensi, riwayat kesehatan stroke sebelumnya, kolesterol tinggi, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat kesehatan trauma pada kepala, penggunaan kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obatan anti koagulan, aspirin, vasodilatator, obat-obat adiktif, dan obesitas.

5) Riwayat kesehatan keluarga

Faktor genetik dari keturunan seseorang keluarga berpengaruh penting karena individu yang memiliki riwayat keluarga dengan penderita stroke akan memiliki risiko tinggi mengalami terjadi penyakit stroke

6) Riwayat psikososial

Riwayat psikososial merupakan masalah psikologis yang dialami oleh pasien yang berkaitan dengan keluarga atau

dengan masyarakat. Stroke merupakan suatu penyakit yang sangat mahal. Biaya yang digunakan dalam pemeriksaan, pengobatan dan perawatannya dapat memberantakan pada keuangan keluarga sehingga faktor biaya bisa dapat memengaruhi stabilitas emosi dan pikiran bagi pasien dan

b. Pemeriksaan fisik

1) Kesadaran

Keadaan umum baik atau buruknya yang dicatat adalah tanda-tanda berikut ini:

- a) Pasien stroke biasanya mengalami tingkat kesadaran somnolen dengan GCS 10-12 pada saat terserang stroke. Kesadaran penderita: apatis, sopor, koma, gelisah, komposmentis tergantung pada keadaan klien.
- b) Kesakitan, keadaan penyakit: akut, kronik, ringan, sedang, berat dan pada kasus apendiksitis biasanya Kecemasan.

2) Tanda-tanda vital

a) Tekanan darah

Biasanya pasien dengan stroke hemoragik memiliki riwayat tekanan darah tinggi dengan tekanan systole > 140 dan diastole >80 mmHg

b) Nadi

Biasanya nadi normal

c) Pernafasan

Biasanya pasien stroke hemoragik mengalami gangguan

pada bersihan jalan napas

d) Suhu

Biasanya tidak ada masalah suhu pada pasien dengan stroke hemoragik

e) Rambut

Biasanya kepala kotor, dan berketombe.

f) Wajah

Biasanya wajah tampak miring, nyeri wajah pada sebelah satu sisi, wajah tampak pucat. Pada pemeriksaan Nervus V (Trigeminal): biasanya pasien bisa menyebutkan lokasi usapan dan pada pasien koma, ketika diusap kornea mata dengan kapas halus, klien akan menutup kelopak mata. Sedangkan pada Nervus VII (facialis): biasanya alis mata simetris, dapat mengangkat alis, mengernyitkan dahi, mengernyitkan hidung, menggembungkan pipi, saat pasien menggembungkan pipi tidak simetris kiri dan kanan tergantung lokasi lemah dan saat diminta mengunyah pasien kesulitan untuk mengunyah.

g) Biasanya sclera tidak ikterik (mata kuning), konjungtiva tidak anemis, pupil isokor (pupil pada kedua mata besarnya sama), kelopak mata tidak edema (Mata bengkak). Pada pemeriksaan nervus II (optikus): biasanya luas pandang baik 90°, visus 6/6. Pada nervus III (okulomotoris): biasanya diameter pupil 2mm/2mm, pupil

kadang isokor dan anisokor (ukuran pupil yang tidak sama), palpebra dan reflek kedip dapat dinilai saat pasien bisa membuka mata. Nervus IV (troklearis): biasanya pasien dapat mengikuti arahan gerak tangan perawat ke atas dan bawah. Nervus VI (abduksen): biasanya hasilnya pasien dapat mengikuti arahan gerak tangan perawat ke kiri dan kanan.

h) Hidung

Biasanya simetris kiri serta kanan, terpasang oksigen, tidak terdapat pernapasan cuping hidung. Pada pemeriksaan nervus I (olfaktorius): terkadang ada yang bisa menyebutkan bau yang diberikan perawat namun ada juga yang tidak bisa menyebutkan bau, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kanan itu berbeda dan pada nervus VIII (akustikus): biasanya pada pasien yang tidak lemah anggota gerak atas, dapat melakukan keseimbangan gerak tangan hidung.

i) Leher

Pada pemeriksaan nervus X (vagus): biasanya pasien stroke hemragik mengalami gangguan menelan. Pada pemeriksaan kaku kuduk biasanya (+) dan bludzensky (+).

j) Mulut dan gigi

Biasanya pada pasien apatis, sopor, soporos coma,

hingga coma akan mengalami masalah bau mulut, gigi kotor, mukosa bibir kering. Pada pemeriksaan nervus VII (facialis): biasanya lidah dapat mendorong pipi kiri dan kanan, bibir simetris, dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin. Pada nervus IX (glossofaringeal): biasanya uvula yang terangkat tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang lemah dan pasien dapat merasakan rasa asam dan pahit. Pada nervus XII (hipoglossus): biasanya pasien dapat menjulurkan lidah dan dapat dipencongkan ke kiri dan kanan namun artikulasi kurang jelas saat bicara.

k) Telinga

Biasanya sejajar daun telinga kiri dan kanan. Pada pemeriksaan nervus VIII (akustikus): biasanya pasien kurang bisa mendengarkan gesekan jari dari perawat tergantung dimana lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengar jika suara keras.

l) Thorak

(1) Paru paru

Inspeksi	: biasanya simetris kiri dan kanan
Palpasi	: biasanya fremitus sama antara kiri dan kanan
Perkusi	: biasanya bunyi normal (sonor)
Auskultasi	: biasanya suara normal (vesikuler)

(2) Jantung

Inspeksi : biasanya iktus cordis tidak terlihat

Palpasi : biasanya ictus cordis teraba

Perkusi : biasanya batas jantung normal

Auskultasi: biasanya suara vesikuler

m) Abdomen

Palpasi : biasanya tidak ada pembesaran hepar

Inspeksi biasanya simetris, tidak ada asites

Perkusi : biasanya terdapat suara tympani

Auskultasi : biasanya biasanya bising usus pasien tidak terdengar.

n) Ekstremitas

(1) Atas

Biasanya terpasang infus bagian dextra/sinistra. CRT biasanya normal yaitu < 2 detik. Pada pemeriksaan nervus XI (aksesorius): biasanya pasien stroke hemoragik tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan perawat. Pada pemeriksaan reflek, biasanya saat siku diketuk tidak ada respon apa-apa dari siku, tidak fleksi maupun ekstensi (reflek bicep (-)) dan pada pemeriksaan tricep respon tidak ada fleksi dan supinasi (reflek bicep (-)). Sedangkan pada pemeriksaan reflek hoffman tromer biasanya jari tidak mengembang ketika diberi reflek (reflek Hoffman

tromer (+)).

(2) Bawah

Pada pemeriksaan reflek, biasanya saat pemeriksaan bluedzensky I kaki kiri pasien fleksi (bluedzensky (+)). Pada saat telapak kaki digores biasanya jari tidak mengembang (reflek babinsky (+)). Pada saat dorsum pedis digores biasanya jari kaki juga tidak berespon (reflek caddok (+)). Pada saat tulang kering digurut dari atas ke bawah biasanya tidak ada respon fleksi atau ekstensi (reflek openheim (+)) dan pada saat betis diremas dengan kuat biasanya pasien tidak merasakan apa-apa (reflek gordon (+)). Pada saat dilakukan reflek patella biasanya femur tidak bereaksi saat di ketukkan (reflek patella (+)).

14. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada pasien stroke sebagaimana menurut (Hutagalung, 2021) yaitu sebagai berikut :

- a. Tidak efektifnya bersihan jalan nafas berhubungan dengan tidak efektifnya reflek batuk sebagai akibat sekunder dari ketidaksadaran.
- b. Perubahan perfusi jaringan otak berhubungan dengan iskemia, edema otak.

- c. Perubahan persepsi atau sensori (penglihatan, perabaan, kinestetik) berhubungan dengan penurunan kesadaran, gangguan sensasi atau gangguan penglihatan.
- d. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan cedera otak atau penurunan kesadaran.
- e. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan defisit neurologi.
- f. Kelemahan menelan berhubungan dengan kelemahan neuromuskular.
- g. Inkontinensia urin dan alvi berhubungan dengan disfungsi neurologi, gangguan mobilitas, gangguan kognitif, gangguan komunikasi.
- h. Gangguan proses pikir berhubungan dengan kerusakan otak, atau ketidak mampuan mengikuti perintah.
- i. Self care defisit (kebersihan diri, nutrisi, eliminasi) berhubungan dengan dampak stroke.

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2017) dalam standar diagnosis keperawatan Indonesia diagnosa yang dapat muncul adalah:

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan risiko penurunan sirkulasi darah ke otak (D.0017)
- b. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D.0109)
- c. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan syaraf kranial (D.019)
- d. Defisit nutrisi ketidakmampuan menelan makanan (D.0019)

- e. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penglihatan dan penghiduan. (D.0085)
- f. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan neuromuscular (D.0119)
- g. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054)

15. Asuhan keperawatan

Menurut Tim Pokja DPP PPNI, (2017), dalam SDKI diagnosa keperawatan stroke yang dapat ditegakkan adalah:

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif

Definisi : Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak

1) Faktor Risiko

- a) Keabnormalan masa prothrombin dan/masa tromboplastin parsial
- b) Penurunan kinerja ventrikel kiriAterosklerosis aorta
- c) Diseksi arteri
- d) Fibrilasi atrium
- e) Tumor otak
- f) Stenosis karotis
- g) Miksoma atrium
- h) Aneurisma serebri
- i) Koagulopati (mis. Anemia sel sabit)
- j) Dilatasi kardiomiopati
- k) Koagulasi intravaskuler diseminata

- l) Embolisme
- m) Cedera kepala
- n) Hiperkolesteronemia
- o) Hipertensi
- p) Endocarditis infeksi
- q) Katup prostetik mekanis
- r) Stenosis mitral
- s) Neoplasma otak
- t) Infark miokard akut
- u) Sindrom sick sinus
- v) Penyalahgunaan zat
- w) Terapi trombolitik
- x) Efek samping tindakan (mis. Tindakan operasi *bypass*)

2) Kondisi klinis terkait

- a) Stroke
- b) Cedera kepala
- c) Aterosklerotik akut
- d) Infark miokard akut
- e) Diseksi arteri
- f) Embolisme
- g) Endocarditis infeksi
- h) Fibrilasi atrium
- i) Hiperkolesterolemia
- j) Hipertensi

- k) Dilatasi kardiomiopati
- l) Koagulasi intravaskuler diseminata
- m) Miksoma atrium
- n) Neoplasma otak
- o) Segmen ventrikel kiri akinetik
- p) *Sindrom sick sinus*
- q) *Stenosis carotid*

Menurut Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) Standar Luaran Keperawatan Indonesia yang dapat diambil yaitu :

SLKI : L.02014 Perfusi Serebral

Definisi : Keadegunaan aliran darah serebral untuk menunjang fungsi otak Tujuan : Pasien mampu menunjukkan perfusi serebral secara adekuat pada batas waktu yang telah ditentukan dengan kriteria hasil :

No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
1.	Tingkat kesadaran					
2.	Gelisah					
3.	Kecemasan					
4.	Sakit kepala					
5.	Refleks saraf					

Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2019) Standar Intervensi Keperawatan Indonesia yang dapat diambil yaitu :

SIKI 1 : Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial

Definisi : Mengidentifikasi dan mengelola peningkatan tekanan dalam rongga cranial

1. Observasi :

- 1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)
- 2) Monitor MAP (Mean Arterial Pressure)
- 3) Monitor CVP (Central Venous Pressure). Jika perlu
- 4) Monitor gelombang ICP
- 5) Monitor status pernapasan
- 6) Monitor intake dan output cairan

2. Terapeutik

- 1) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
- 2) Berikan posisi semi fowler
- 3) Cegah terjadinya kejang
- 4) Pertahankan suhu tubuh normal
- 5) Hindari pemberian cairan IV hipotonik
- 6) Pertahankan suhu tubuh normal
- 7) Atur ventilator agar PaCO₂

3. Edukasi :

- 1) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu
- 2) Kolaborasi pemberian *diuretic osmosis*, jika perlu

BAB III

METODE PENULISAN

A. Desain Penelitian

Jenis atau desain penelitian laporan karya ilmiah ini adalah deskriptif dengan menggunakan pendekatan studi kasus. Penelitian deskriptif adalah penelitian dengan metode untuk menggambarkan suatu hasil penelitian. Sesuai dengan namanya, jenis penelitian deskriptif memiliki tujuan untuk memberikan deskripsi, penjelasan, juga validasi mengenai fenomena yang tengah diteliti. Dalam menggunakan jenis penelitian deskriptif, masalah yang dirumuskan harus layak untuk diangkat, mengandung nilai ilmiah, dan tidak bersifat terlalu luas. Tujuannya pun tidak boleh terlalu luas dan menggunakan data yang bersifat fakta dan bukan opini Muhammad Ramdhan, (2021). Pada laporan karya tulis ilmiah ini, penulis akan mendeskripsikan gangguan mobilitas fisik pada asuhan keperawatan pasien dengan *Stroke Non Hemorrhagic*.

B. Subyek Penelitian

Populasi pada penulisan karya tulis ilmiah ini adalah seluruh pasien *Stroke Non Hemorrhagic (SNH)* yang dirawat di RUMAH SAKIT Dr. OEN SOLO BARU. Karena waktu yang sangat terbatas, maka sampel pada karya tulis ilmiah ini hanya 1 (satu) kasus. Metode pengambilan kasus menggunakan teknik *simple random sampling* yaitu kasus diambil secara acak.

C. Fokus Penulisan

Kajian utama pada laporan karya tulis ilmiah ini adalah Studi Deskriptif Gangguan Mobilitas Fisik Pada Asuhan Keperawatan Pasien Dengan *Stroke Non Hemorrhagic*.

D. Definisi Operasional

Definisi operasional pada laporan karya tulis ilmiah ini adalah sebagai berikut:

1. Gangguan mobillitas fisik adalah keterbatasan pada gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas yang secara mandiri.
2. Stroke Non Hemorrhagic adalah diagnosa medis yang tertulis di status (catatan/rekam medis) pasien saat pengelolaan kasus.

E. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrumen pengumpulan data yang digunakan oleh penulis pada laporan karya tulis ilmiah ini adalah:

1. Format pengkajian dan dokumentasi yang diterbitkan oleh Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Kosala.
2. Format hasil analisa keperawatan yang dikeluarkan oleh Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Kosala.

F. Metode Pengumpulan Data

Data yang 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 klien atau keluarga klien.
2. Melakukan pengkajian pada klien atau keluarga sesuai responden yang diperoleh dengan metode anamnesa, pemeriksaan fisik, observasi dan studi dokumentasi.
3. Melakukan analisis deskriptif Diagnosa Keperawatan pada kasus *Stroke Non Hemorrhagic*.

G. Analisa Data

Sesuai jenis dan desain penulisan laporan karya tulis ilmiah yang berupa studi asuhan keperawatan, maka data yang telah penulis peroleh disajikan dalam bentuk studi kasus asuhan keperawatan 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 Gedung ASA RUMAH SAKIT Dr. OEN SOLO BARU selama 2 (dua) hari.

I. Ruang Lingkup

Karena begitu luasnya masalah keperawatan yang ditemukan pada klien stroke, maka laporan karya tulis ilmiah ini, penulis hanya membatasi pada 1 (satu) pokok bahasan yaitu Studi Deskriptif Gangguan Mobilitas Fisik Pada Asuhan Keperawatan Pasien Dengan *Stroke Non Hemorrhagic*. dengan jumlah responden 1 klien ditinjau berdasarkan permasalahan diagnosa keperawatan yang muncul pada saat dilakukan pengelolaan oleh penulis.

BAB IV

RESUME KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Resume Kasus

Pengkajian dilakukan pada tanggal 6 Februari 2025 pukul 08:00 WIB dengan metode autoanamnesa, alloanamnesa dan melihat status pasien.

1. Biodata

a. Klien

Nama	: Tn. A
Umur	: 48 Tahun
Agama	: Islam
Jenis kelamin	: Laki – Laki
Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Manang, Sukoharjo
No telepon	: 0878 xxxx xxxx
Pembiayaan	: BPJS

b. Penanggung jawab

Nama	: Ny. M
Umur	: 45 Tahun
Agama	: Islam
Jenis kelamin	: Perempuan
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga
Alamat	: Manang, Sukoharjo\

Hubungan dengan klien : Istri

c. Identitas medis

Tanggal masuk RS : 05 Februari 2025

Dokter : Dr. N

Diagnosa medis : SNH

No register : IPR/2025xxxxxxxxx

Ruang / Bangsal : ASA / 16.3

2. Riwayat alergi obat

Keluarga pasien mengatakan jika pasien tidak memiliki riwayat alergi obat

3. Riwayat Kesehatan

a. Kesadaran : Composmentis E:4 M:6 V:5

b. Keluhan : Kelemahan pada ekstermitas kanan disertai bicara pelo.

c. Riwayat penyakit sekarang

Keluarga pasien mengatakan awal keluhan pasien yaitu pasien mengalami kelemahan pada tangan dan kaki kanan disertai bicara pelo, lalu oleh keluarga langsung di bawa ke klinik teduh pada pukul 19.00 tanggal 05 Februari 2024, lalu oleh klinik teduh menyarankan langsung di bawa ke IGD Dr OEN SOLO BARU dikarenakan kondisinya yang membutuhkan pertolongan yang cepat, sesaat tiba di IGD Dr OEN SOLO BARU pasien dilakukan cek ttv dengan hasil : TD :180/72 mmHg, N : 82x/menit, SPO2 : 95%, S :36.2°C. RR : 20x/menit, lalu setelah dari IGD pasien di

pindahkan ke bangsal ASA kamar 16.3 dan mendapatkan terapi citicoline 200mg /12j, Omeprazole 40 mg/12j, mecobalamine 2 x 50mg, copidogril ext 4 tab 1x1, metamizole 1gr, infus RA 20 Tpm.

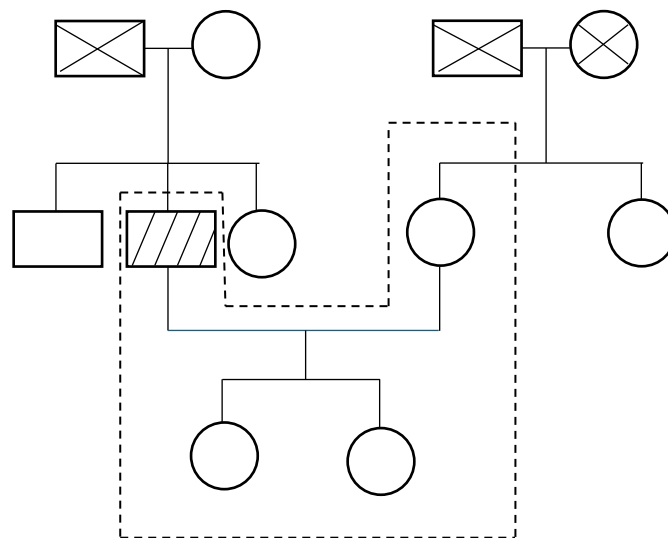
d. Riwayat penyakit dahulu

keluarga pasien mengatakan jika pasien pernah di rawat di Dr Oen Solo Baru sebanyak 7x, tetapi baru kali ini pasien mengalami keluhan jika ekstermitas kanan terasa lemah disertai susah bicara / pelo.

e. Riwayat penyakit keluarga

Keluarga pasien megatakan jika memiliki riwayat penyakit keluarga yaitu dari ayahnya yaitu penyakit hipertensi, lalu kakaknya penyakit hipertensi dan stroke, lalu ibunya yaitu penyakit DM.

f. Genogram



Keterangan

Laki-laki : 

Perempuan : 
 Pasien : 
 Meniggal : X
 Garis keturunan : 
 Tinggal serumah : 
 Umur tidak diketahui : ?

4. Pemeriksaan fisik

a. Pemeriksaan BB dan TB

BB : 85 Kg
 TB : 172 Cm

b. Pemeriksaan tanda tanda vital

TD : 160/97 mmHg
 N : 67x/menit
 S : 36,5 C
 RR : 20x/menit
 Kesadaran : Composmentiss E:4 M:6 V:5
 SPO2 : 99%
 KU : Baik

c. Pemeriksaan kepala

1) Rambut

berwarna hitam terdapat beberapa uban, tidak terdapat alopecia

2) Kepala

bentuk kepala oval, tidak terdapat lesi / nodulasi

3) Mata

pupil berwarna hitam, sklera tampak putih

4) Telinga

dapat mendengar dengan baik, membrane thymphani utuh,
taka da kelainan

5) Hidung

tidak ada lesi maupun oedema pada hidung

6) Mulut

bibir tak cyanosis tidak mengalami sumbing

7) Leher dan kulit

tak ada pembesaran thyroid, warna kulit soklat sawo matang

8) Pemeriksaan dada, ekstermitas dan abdomen

a) Dada

(1) Inpeksi : dada tampak simetris

(2) Palpasi : tak ada kelainan

(3) Perkusi : sonor

(4) Auskultasi : vesikuler

b) Abdomen

(1) Inpeksi : taka da lesi

(2) Auskultasi : bising usus 20x/ menit

(3) Palpasi : tak ada nyeri tekan

(4) Perkusi : thymphani

c) Ekstermitas

ekstermitas tampak lengkap, tak ada kelainan, mengalami kelemahan pada ekstermitas sebelah kanan dengan kekuatan otot

9) Pemeriksaan tulang belakang

Tak ada kelainan pada tulang belakang

5. Pemeriksaan laboratorium

a. Laboratorium

Hari, tanggal : Rabu 04 Februari 2025

Jam : 22.00

Nama	Hasil		Nilai Rujukan	Satuan
Hematologi				
LED	13		<15	mm/jam
Hematologi (HBG)	14.6		14.0 – 17.5	g/dl
Eritrosit (HCT)	6.0*		4.5 – 5.9	10 ³ /mm
Leukosit (WBC)	7.780		4.400 – 11.000	/mm ³
Hematokrit (HCT)	44.9		45 – 50.4	%
Trombosit (PLT)	196.000		150.000 – 450.000	u/L
MCV	74.6		77 - 99	fL
MCH	24.3		27 - 31	pg
MCHC	32.5		33 - 37	g/dl
Hitung jenis				
Basofil	1		0 - 1	%
Neutrofil	68		50 - 70	%
Limfosit	23		20 - 40	%
Monosit	0.00		<0.20	%
GDS	89		< = 200	mg/dl

b. Pemeriksaan CT – Scan

Hari, Tanggal : 4 Februari 2025

Jam : 22.20

Kesan : GBR infark cerebri pafda ganglia basalis

GBR oedema cerebri

c. Pemeriksaan Rontgen

Hari, Tanggal : 24 Februari 2024

Jam : 10.00

Kesan : bronchopneumonia Oedema pulmo
grade 1 Cardio megali

6. Program terapi

Nama	Rute	Dosis	Manfaat
RA	IV		meredakan nyeri, mengurangi peradangan, dan memperlambat kerusakan sendi
Citicoline	IV	500mg/12j	mengatasi gangguan memori atau perilaku yang disebabkan oleh penuaan, stroke, atau cedera kepala
Omeprazole	IV	40mg.12j	mengobati nyeri ulu hati, tukak lambung, penyakit refluks, atau kondisi lain yang menyebabkan asam lambung berlebih
Clopidogrel	PO	1x1	mencegah trombosit atau sel keping darah saling menempel dan membentuk gumpalan darah
Metamizole	IV	1g	meredakan rasa nyeri sedang hingga berat, seperti sakit kepala, migrain, sakit gigi, nyeri setelah operasi, nyeri akibat kanker, serta nyeri otot dan sendi
Spironolapton	PO	1x1	menghambat penyerapan garam (natrium) dan air berlebih ke dalam

Nama	Rute	Dosis	Manfaat
			tubuh, serta menjaga agar kadar kalium darah tidak terlalu rendah
Alprazolam	PO	1x1	bersifat menenangkan sehingga kadang digunakan untuk tujuan lain seperti halnya pada kondisi sindrom pramenstruasi hingga mengatasi agorafobia (ketakutan berlebih ruangan terbuka)
Mecobalamin	IV	2x50mg	mengobati neuropati perifer (saraf tepi) dengan memperbaiki gangguan metabolisme asam nukleat dan protein di dalam jaringan saraf serta memperbaiki gangguan saraf sensoris dan motoris

DATA FOKUS

Hari, Tanggal	Data subjektif & objektif	Ttd
Kamis, 06 Februari 2025	DS : Pasien mengatakan - mengalami kelemahan pada ekstermitas kanan - bicara susah - butuh bantuan ketika ingin melakukan aktivitas - sulit menggerakkan ekstermitas. DO: - tampak susah menggerakkan ekstermitas - tampak susah bicara - tampak hanya berbaring di bed - tampak memerlukan bantuan jika melakukan aktivitas - Kekuatan otot - Tampak lemas. - sendi kaku - gerakan terbatas - TD = 160/98 mmHg - Hasil LAB Ct – Scan GBR infark cerebri pada ganglia basalis GBR oedema cerebri - Hasil Rontgen Bronchopneumonia Oedema pulmo grade 1 Cardio megali	

ANALISA DATA

DX	Hari, Tanggal	Data Subjektif & Objektif	Problem	Etiologi
1	Kamis 06 Februari 2024	DS: Pasien mengatakan - mengalami kelemahan pada ekstermitas kanan - bicara susah - butuh bantuan ketika ingin melakukan aktivitas - sulit menggerakkan ekstermitas. DO: - tampak susah menggerakkan ekstermitas - tampak susah bicara - tampak hanya berbaring di bed - hasil Ct – Scan GBR infark cerebri pada ganglia basalis - GBR oedema cerebri	Resiko gangguan perfusi cerebral tidak efektif	Hipertensi

DX	Hari, Tanggal	Data Subjektif & Objektif	Problem	Etiologi
2	Kamis 06 Februari 2024	DS: Pasien mengatakan - mengalami kelemahan pada kaki sebelah kanan - butuh bantuan ketika ingin melakukan aktivitas - sulit menggerakkan ekstermitas. DO: - tampak memerlukan bantuan jika melakukan aktivitas - Kekuatan otot menurun - Tampak lemas. - sendi kaku - gerakan terbatas	Gangguan mobilitas fisik	Penurunan kekuatan otot

DAFTAR MASALAH

Tanggal di temukan	Daftar masalah	Tanggal teratasi	Ttd
Kamis 06 Februari 2025	Resiko perfusi cerebral tidak efektif yang berhubungan dengan hipertensi yang di buktikan dengan pasien mengatakan mengalami kelemahan pada kaki sebelah kanan, bicara susah ,butuh bantuan ketika ingin melakukan aktivitas, sulit menggerakkan ekstermitas	Sabtu 08 Februari 2025	Fajri
Kamis 06 Februari 2025	Gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan penurunan kekuatan otot yang di buktikan dengan pasien mengatakan mengalami kelemahan pada ekstermitas kanan, butuh bantuan ketika ingin melakukan aktivitas, sulit menggerakkan ekstermitas.	Sabtu 08 Februari 2025	Fajri

PERENCANAAN

NO	Perencanaan		
DX	Tujuan & Kriteria	Tindakan	Ttd
1	SLKI : Perfusi serebral Setelah dilakukan perawatan 3x24 jam sampai dengan tanggal 08 Februari 2025 diharapkan pasien mampu mencapai perfusi serebral yang meningkat dengan kriteria : - Cemas dari skala 2 (cukup meningkat 5 (menurun) - Gelisah dari skala 2 (cukup meningkat) menjadi 5 (menurun) - Tekanan darah sistolik dari skala 2 (cukup meningkat) menjadi 5 (menurun) - Tekanan darah diastolik dari skala 2 (cukup meningkat) menjadi 5 (menurun)	SIKI : Manajemen peningkatan intrakranial Obervasi - Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) Terapeutik - Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang - Berikan posisi semi fowler - Pertahankan suhu tubuh normal	Fajri

2	SLKI : Mobilitas fisik Setelah dilakukan perawatan 3x24 jam sampai dengan tanggal 08 Februari 2025 diharapkan pasien mampu mencapai mobilitas fisik yang meningkat dengan kriteria : - Pergerakan ekstremitas dari skala 2 (cukup menurun) menjadi 5 (meningkat) - Kekuatan otot meningkat dari skala 3 (sedang) menjadi 5 (meningkat) - Gerakan terbatas dari skala 2 (cukup meningkat) menjadi 5 (menurun) - Rentang gerak (ROM) dari skala 2 (cukup menurun) menjadi 5 (meningkat)	SIKI : Dukungan mobilisasi Observasi - Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi - Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi Terapeutik - Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis: tongkat, kruk) - Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu Edukasi - Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi - Anjurkan melakukan ambulasi dini - Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan	Fajri
---	--	--	-------

IMPLEMENTASI

Hari, tanggal jam	No Dx	Tindakan keperawatan & respon	TTD
Kamis 06 Februari 2025 08.00	1,2	Melakukan pengkajian ke pasien RS : Keluarga pasien mengatakan jika pasien mengalami kelemahan pada ekstermitas sebelah kanan di sertai bicara pelo & beraktifitas saat ini di bantu oleh keluarga. RO : Pasien tampak susah menggerakkan ekstermitas sebeleah kanan & beraktifitas seperti makan di bantu oleh keluarga.	Fajri
09.00	1	Memonitor TTV pasien RS : Pasien mengatakan susah menggerakkan ekstermitas sebelah kanan RO : TD = 142/111 N = 82x/menit S =36,1C SPO2 = 99%	Fajri
10.00	2	Memfasilitasi melakukan pergerakan RS = Pasien mengatakan bersedia RO = Mengajarkan pasien untuk melakukan mobilisasi.	Fajri
12.00	1,2	Memberikan injeksi citicoline 500 mg, Omeprazole 40 mg, CPG, metamizole 1g RS: Pasien mengatakan sedikit nyeri RO: Obat telah diberikan	Fajri

Hari, tanggal jam	No Dx	Tindakan keperawatan & respon	TTD				
14.00	1,2	Mengganti cairan infus RS : keluarga pasien mengatakan cairan infus habis RO : Infus telah diganti RL 20 tpm	Fajri				
20.00	1,2	Memberikan injeksi Mecobalamin 50mg RS : pasien mengatakan sedikit sakit RO : Injeksi telah diberikan	Fajri				
Jum'at, 07,Februari,2025 00.00	1,2	Memberikan injeksi citicoline 500 mg, Omeprazole 40 mg, CPG, metamizole 1g RS: Pasien mengatakan sedikit nyeri RO: Obat telah diberikan	Fajri				
08.00	1,2	Melakukan cek ttv kepada pasien RS : pasien mengatakan jika badan sudah mulai enakan RO : TD=169/89, N=78, SPO2=99%, suhu 36°C, RR=19x	Fajri				
09.00	2	Melatih ROM RS : pasien mengatakan bersedia jika dilakukan tindakan rom RO : pasien dapat melakukan rom dengan kooperatif. Kekuatan otot <table><tr><td>4</td><td>4</td></tr><tr><td>4</td><td>3</td></tr></table>	4	4	4	3	Fajri
4	4						
4	3						

EVALUASI

Hari, Tanggal	DX	Evaluasi (SOAP)	TTD
Jumat, 07, Februari, 2025	1	S : Pasien mengatakan sudah bisa menggerakkan ekstermitas atas bagian kanan, tetapi masih sulit untuk melakukan jalan atau berpindah tempat, dan bicara sudah tidak pelo. O : Pasien tampak sudah bisa menggerakkan ekstermitas atas bagian kanan. TD : 159/78mmHg, N : 77x/menit, Spo2 : 99%, 1. Cemas (5) 2. Gelisah (5) 3. Tekanan darah sistolik (3) 4. tekanan darah diastolik (3) A : Pasien belum mampu mencapai perfusi serebral yang meningkat. P : Lanjutkan intervensi keperawatan di rumah sakit seperti 1. Monitor TTV pasien 2. Menyediakan lingkungan yang tenang	Fajri
Jumat, 07, Februari, 2025	2	S : Pasien mengatakan sudah bisa menggerakkan ekstermitas atas bagian kanan, tetapi masih sulit untuk melakukan jalan atau berpindah tempat, dan bicara sudah tidak pelo.	Fajri

Hari, Tanggal	DX	Evaluasi (SOAP)	TTD
		O : Pasien tampak sudah bisa menggerakkan ekstermitas atas bagian kanan. TD : 159/78mmHg, N : 77x/menit, Spo2 : 99%, 1. Pergerakan ekstremitas (4) 2. Kekuatan otot (3) 3. Gerakan terbatas (4) 4. Rentang gerak (ROM) (4) A : Pasien belum mampu mencapai mobilitas fisik yang meningkat P : Lanjutkan intervensi keperawatan seperti : 1. Fasilitasi mobilisasi dengan bantuan 2. Libatkan keluarga dalam meningkatkan gerak	

B. Pembahasan

Pada bagian ini penulis akan menguraikan pembahasan mengenai tentang pengelolaan pada “Asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik pada pasien dengan stroke non hemorrhagic ” Gedung Asa RUMAH SAKIT Dr. OEN SOLO BARU yang dilakukan pada tanggal 6 Februari 2025. Pembahasan meliputi pengkajian, tindakan keperawatan, dan evaluasi. Pembahasan penulis fokuskan pada diagnosa keperawatan yaitu gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

1. Pengkajian

a. Data fokus

Dari pengkajian yang telah dilakukan penulis, data fokus yang ditemukan pada pasien terkait dengan masalah gangguan mobilitas fisik adalah :

1) Data subjektif

a) Pasien mengatakan sulit menggerakkan kaki sebelah kanan

Pasien dengan *stroke non-hemoragik* (SNH) yang mengalami kesulitan menggerakkan ekstremitas kanan biasanya mengalami kondisi yang disebut hemiparesis dextra. Hemiparesis adalah kelemahan otot pada satu sisi tubuh yang terjadi akibat kerusakan pada sistem saraf pusat, khususnya otak. Dalam kasus hemiparesis dextra, kerusakan terjadi pada hemisfer kiri otak, yang mengontrol

pergerakan sisi kanan tubuh. Kerusakan ini mengganggu transmisi sinyal saraf dari otak ke otot, menyebabkan kelemahan atau kelumpuhan pada ekstremitas kanan. (Firlanda & Fitriyani, 2024).

Uraian tersebut sesuai dengan yang dialami oleh pasien yang ditandai dengan keluhan pasien yang mengatakan jika sulit menggerakkan ekstermitas sebelah kanan. Hal tersebut menjadikan kerusakan pada transmisi sinyal saraf dari otak ke otot, menyebabkan kelemahan atau kelumpuhan pada ekstremitas kanan.

- b) Keluarga pasien mengatakan jika pasien mengalami sulit bicara.

Pasien dengan *stroke non hemoragik* (SNH) sering mengalami kesulitan berbicara akibat gangguan pada pusat bahasa di otak, khususnya jika stroke menyerang hemisfer kiri. Gangguan ini dikenal sebagai afasia, yaitu ketidakmampuan atau kesulitan dalam memahami atau menghasilkan bahasa lisan maupun tulisan. Selain itu, kerusakan pada area motorik yang mengontrol otot-otot bicara dapat menyebabkan disartria, yaitu gangguan artikulasi yang membuat ucapan menjadi tidak jelas (Pangaribuan et al., 2021).

Uraian tersebut sesuai dengan keluhan pada kasus kelolaan yang mengatakan bahwa keluarga pasien

mengatakan bahwa pasien mengalami kesulitan berbicara, pada pasien *stroke non-hemoragik* disebabkan oleh kerusakan pada pusat bahasa dan sistem motorik bicara di otak.

- c) Pasien mengatakan butuh bantuan jika melakukan aktivitas
- Pasien dengan *stroke non-hemoragik* (SNH) sering kali membutuhkan bantuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari karena mengalami gangguan mobilitas fisik. Hal ini disebabkan oleh kerusakan pada sistem saraf pusat akibat stroke, yang mengakibatkan kelemahan otot, penurunan koordinasi, dan hilangnya keseimbangan tubuh. *Stroke non-hemoragik* terjadi akibat penyumbatan pembuluh darah di otak, yang menyebabkan aliran darah terhenti dan mengakibatkan kerusakan jaringan otak. Kerusakan ini berdampak pada fungsi motorik pasien, seperti kelemahan otot (hemiparesis), penurunan tonus otot, dan gangguan koordinasi. Akibatnya, pasien mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, seperti berpakaian, mandi, makan, dan mobilisasi.

Uraian tersebut sesuai pada keluhan pasien yang mengatakan sering kali membutuhkan bantuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, sehingga pasien mengalami gangguan mobilitas fisik. Hal ini disebabkan oleh kerusakan pada sistem saraf pusat akibat stroke, yang

mengakibatkan kelemahan otot, penurunan koordinasi, dan hilangnya keseimbangan tubuh.

2) Data objektif

a) Sendi kaku

Pasien kelolaan tampak mengalami kekauan pada sendi yang ditunjukkan pada pasien sulit menggerakkan sendi. Pasien dengan *Stroke Non-Hemoragik* (SNH) sering mengalami kekakuan sendi akibat gangguan pada sistem saraf pusat yang mengatur pergerakan otot dan sendi. Kekakuan ini disebabkan oleh penurunan aliran darah ke otak akibat penyumbatan pembuluh darah, yang mengakibatkan kelemahan otot (hemiparesis) dan gangguan mobilitas fisik. Kondisi ini dapat menyebabkan keterbatasan dalam rentang gerak sendi dan, jika tidak ditangani, dapat berlanjut menjadi kontraktur atau kekakuan permanen pada sendi. Uraian tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Kamesyworu & Sri Hartati, 2024)

Uraian tersebut sesuai dengan data yang ditemukan pada data objektif yaitu pasien tampak mengalami kekauan pada sendi ditunjukkan pada pasien sulit menggerakkan sendi.

b) Gerakan terbatas

Pasien dengan *stroke non-hemoragik* (SNH) sering mengalami keterbatasan gerakan akibat gangguan

neuromuskular yang terjadi karena penyumbatan pembuluh darah di otak. Penyumbatan ini menyebabkan penurunan aliran darah, yang berujung pada hipoksia (kekurangan oksigen) dan kerusakan jaringan otak, terutama pada area yang mengontrol fungsi motorik. Akibatnya, pasien mengalami kelemahan otot, penurunan tonus otot, dan gangguan koordinasi, yang semuanya berkontribusi pada keterbatasan gerakan. (Semarang et al., 2024)

Uraian tersebut sesuai dengan data yang di temukan pada data objektif yaitu pasien tampak mengalami gerakan terbatas yang ditunjukkan pasien tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri dan pasien tidak dapat berpindah tempat secara mandiri.

c) Kekuatan otot menurun

Pasien dengan *Stroke Non-Hemoragik* (SNH) sering mengalami penurunan kekuatan otot akibat kerusakan pada area motorik otak, khususnya area Brodmann 4–6. Kerusakan ini mengganggu sinyal saraf ke otot, menyebabkan kelemahan otot dan keterbatasan gerak. Penurunan kekuatan otot juga dapat diperburuk oleh imobilitas pasca-stroke, yang menyebabkan atrofi otot dan kekakuan sendi (Wijaya et al., 2024).

Uraian tersebut sesuai dengan data yang ditemukan pada kasus pasien jika pasien yang mengalami penurunan kekuatan otot akibat kerusakan pada area motorik otak dengan kekuatan otot

4	4
4	3

2. Diagnosa keperawatan

a) Gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

1) Definisi

Gangguan mobilitas fisik merupakan keterbatasan dalam gerakan fisik yang terjadi pada satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017). Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada pasien kelolaan ditemukan hasil pasien mengalami kelemahan pada ekstermitas bawah sebelah kanan, penurunan kekuatan otot dan penurunan rentan gerak. Hal ini sejalan dengan dengan penelitian yang dilakukan oleh Fawwaz & Suandika (2023) yang menyatakan bahwa diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik dapat ditegakkan pada pasien *stroke non hemorrhagic* yang mengalami keluhan seperti penurunan kekuatan otot. Dengan adanya kesesuaian tersebut, maka diagnosa gangguan mobilitas fisik dapat ditegakkan pada pasien dengan penyakit *stroke non hemorrhagic*.

2) Data atau batasan karakteristik

Menurut tim Pokja SDKI PPNI (2017), kondisi klinis yang terkait pada diagnosa gangguan mobilitas fisik yaitu stroke, cedera medula spinalis, trauma, fraktur, osteoarthritis, ostemalasia, keganasan. Tanda gejala untuk dapat menegakkan diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik, harus memastikan bahwa minimal 80% dari tanda dan gejala yang muncul pada pasien, yaitu data subjektif didapatkan bahwa pasien mengatakan mengeluh sulit menggerakkan kaki kanan, sedangkan data objektif didapatkan tampak pasien mengalami penurunan kekuatan otot, rentang gerak pasien mengalami penurunan. Dengan adanya kesesuaian data tersebut, maka penegakan diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik tersebut sudah sesuai.

3) Etiologi atau faktor resiko

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), etiologi pada diagnosa gangguan mobilitas fisik yaitu kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan musculoskeletal, gangguan neuromuscular, indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia, efek agen farmakologis, program pembatasan gerak, nyeri, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik,

kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, gangguan sensori-persepsi.

Pada pasien kelolaan ditegakkan etiologi yaitu penurunan kekuatan otot. Hal ini ditunjukkan dengan adanya penurunan kekuatan otot pada ekstermitas bawah sebelah kanan pasien dengan nilai kekuatan otot 3.

- 4) Kesesuaian data pendukung dengan tanda gejala mayor dan minor diagnosa keperawatan.

Menurut Tim Pokja PPNI (2016), untuk dapat mengangkat diagnosis gangguan mobilitas fisik, harus memastikan bahwa minimal 80% dari tanda dan gejala dibawah ini muncul pada pasien, yaitu data subjektif jika pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, data objektif ditemukan kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun.

Data yang penulis temukan saat melakukan pengkajian pada pasien kelolaan yaitu didapatkan hasil pada data subjektif pasien mengeluh sulit menggerakkan kaki sebelah kanan dan data objektif ditemukan kekuatan otot pada pasien menurun dengan nilai 3, rentang gerak (ROM) menurun. Berdasarkan analisa data tersebut secara umum sudah ada kesesuaian antara data fokus dengan tanda gejala mayor dan minor, sehingga diagnosa gangguan mobilitas fisik dapat ditegakkan sebagai diagnosa pasien.

3. Perencanaan

Pada bagian perencanaan, penulis akan menguraikan analisis kritis dan ilmiah dari penentuan tujuan keperawatan yaitu pasien mampu meningkatkan mobilitas fisik setelah dilakukan perawatan selama 2 hari, sehingga memenuhi kriteria, pembahasan meliputi :

a) Pemilihan SLKI dan kriteria hasil

1) SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)

Sebagaimana menurut Tim Pokja PPNI (2018), luaran utama yang dianjurkan untuk diagnosa gangguan mobilitas fisik adalah mobilitas fisik. Luaran yang di anjurkan antara lain: pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat.

Penulis memilih SLKI mobilitas fisik yang sudah sesuai dengan keadaan pasien. Karena saat dilakukan pengkajian pasien belum mampu meningkatkan luaran mobilitas fisik.

2) Kriteria hasil

Menurut Tim Pokja PPNI (2018), dalam menentukan kriteria hasil, penulis memasukan kriteria hasil yang diambil dari SLKI mobilitas fisik, adapun kriteria hasil sebagai berikut :

(a) Pergerakan ekstermitas

(b) Kekuatan otot

(c) Rentang gerak (ROM)

(d) Nyeri

(e) Kecemasan

- (f) Kaku sendi
- (g) Gerakan tak terkoordinasi
- (h) Gerakan terbatas
- (i) Kelemahan fisik

Adapun kriteria hasil yang dipilih oleh penulis yang sesuai dengan teori yang dianjurkan oleh Tim Pokja PPNI (2018), dan sesuai dengan masalah pasien serta dapat diukur selama pasien dirawat di rumah sakit adalah :

(a) Pergerakan ekstermitas

pergerakan ekstremitas didefinisikan sebagai kemampuan individu untuk menggerakkan satu atau lebih anggota gerak tubuh (ekstremitas) secara mandiri. Indikator ini digunakan untuk menilai tingkat mobilitas fisik pasien, khususnya dalam konteks gangguan mobilitas fisik. Pergerakan ekstremitas merupakan salah satu kriteria hasil yang digunakan untuk mengevaluasi efektivitas intervensi keperawatan dalam meningkatkan mobilitas pasien (Nafi'ah et al., 2022).

Penulis memilih kriteria hasil tersebut karena dirasa sesuai dengan data yaitu pasien mengatakan jika sulit menggerakkan ekstermitas.

(b) Kekuatan otot

kekuatan otot merupakan salah satu indikator penting dalam menilai peningkatan mobilitas fisik pasien. Kekuatan

otot didefinisikan sebagai kemampuan otot untuk berkontraksi secara aktif dan sukarela dalam menopang beban, baik dari eksternal maupun internal. (Mauliddiyah et al., 2022)

Penulis memilih kriteria hasil tersebut karena dirasa sesuai dengan data yaitu pasien mengalami penurunan otot pada ekstermitas sebelah kanan.

(c) Rentang gerak (ROM)

Range of Motion (ROM) atau rentang gerak didefinisikan sebagai kemampuan individu untuk menggerakkan sendi secara aktif maupun pasif dalam batas fisiologis normal. ROM merupakan salah satu indikator penting dalam menilai mobilitas fisik pasien, terutama pada mereka yang mengalami gangguan neuromuskular seperti *stroke non-hemoragik*. Latihan ROM bertujuan untuk mempertahankan atau meningkatkan fleksibilitas sendi, kekuatan otot, dan sirkulasi darah, serta mencegah komplikasi seperti kekakuan sendi dan kontraktur. Menurut sebuah studi, latihan ROM dapat meningkatkan tonus otot, massa otot, dan kekuatan otot, serta mempertahankan fleksibilitas sendi dan sirkulasi darah. (Nafla Nabila, 2024)

Penulis memilih kriteria hasil tersebut karena dirasa sesuai dengan data yaitu pasien mengalami rentang gerak yang menurun.

b) SIKI dan tindakan

Berdasarkan teori menurut Tim Pokja PPNI (2018), intervensi utama diagnosa gangguan mobilitas fisik adalah Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur), fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, anjurkan melakukan mobilisasi dini, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

Dari uraian di atas, dapat diketahui bahwa SIKI yang ditetapkan penulis sudah sesuai dengan yang disarankan, penulis membuat 5 tindakan keperawatan dengan OTEK dan sesuai kebutuhan pasien. Karena asuhan keperawatan yang dilakukan penulis hanya dalam waktu 1 shift, maka tindakan SIKI yang penulis pilih adalah :

- (1) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi
- (2) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi
- (3) Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi

- (4) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis: tongkat, kruk)
- (5) Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu
- (6) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi
- (7) Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
- (8) Anjurkan melakukan ambulasi dini
- (9) Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis: berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)

4. Tindakan keperawatan

a. Tindakan selama mengambil kasus

- 1) Melakukan anamnesa dan melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital

Dalam asuhan keperawatan, pengkajian dan pemeriksaan tanda-tanda vital merupakan langkah awal yang sangat penting untuk menilai kondisi fisiologis pasien secara objektif. Tanda-tanda vital mencakup suhu tubuh, denyut nadi, frekuensi pernapasan, dan tekanan darah. Pengukuran ini memberikan informasi dasar mengenai fungsi organ-organ vital, seperti jantung dan paru-paru, serta membantu dalam mendeteksi perubahan fisiologis yang mungkin terjadi akibat penyakit atau kondisi medis tertentu.

- 2) Memberikan injeksi citicoline 500 mg, Omeprazole 40 mg, CPG, metamizole 1g

Citicoline merupakan senyawa neuroprotektif dan neuroregeneratif yang digunakan untuk memperbaiki fungsi kognitif dan motorik pada pasien dengan stroke iskemik akut. Citicoline bekerja dengan meningkatkan sintesis fosfatidilkolin, komponen utama membran sel saraf, serta meningkatkan produksi neurotransmitter seperti asetilkolin dan dopamin. Hal ini membantu dalam memperbaiki kerusakan neuron dan meningkatkan aliran darah ke otak. Sebuah studi oleh (Kanilla et al., 2024) menunjukkan bahwa pemberian citicoline pada pasien stroke iskemik akut dapat meningkatkan proses neuroregenerasi dan berperan sebagai neuroprotektan secara signifikan dengan membantu perbaikan membran sel saraf. Omeprazole adalah inhibitor pompa proton yang berfungsi mengurangi produksi asam lambung. Pada pasien dengan SNH, omeprazole digunakan untuk mencegah komplikasi gastrointestinal seperti tukak lambung atau perdarahan saluran cerna, terutama pada pasien yang menerima terapi antiplatelet atau antikoagulan. Metamizole, juga dikenal sebagai dipiron, adalah analgesik dan antipiretik yang digunakan untuk meredakan nyeri sedang hingga berat serta menurunkan demam. Dalam konteks SNH, Clopidogrel adalah obat antiplatelet yang digunakan untuk mencegah

pembentukan trombus dengan menghambat agregasi trombosit. Pada pasien dengan stroke non-hemoragik (SNH), atau stroke iskemik, clopidogrel berperan penting dalam mencegah kejadian stroke berulang (Lukas & Pravita, 2020) metamizole dapat digunakan untuk mengontrol nyeri pasca-stroke atau nyeri terkait kondisi neurologis lainnya. Selain itu, metamizole memiliki efek spasmolitik yang dapat membantu meredakan kejang otot.

3) Melatih ROM pasien

Melatih ROM (*Range of Motion*) pada *pasien stroke non hemoragik* (SNH) adalah latihan yang bertujuan untuk mempertahankan atau meningkatkan kemampuan gerak sendi dan kekuatan otot. Latihan ini penting karena pasien SNH sering mengalami hemiparesis, yaitu kelemahan pada satu sisi tubuh, yang dapat mengganggu mobilitas dan fungsi sehari-hari (Maljuliani et al., 2023). Latihan ROM dapat dilakukan secara pasif (dilakukan oleh terapis atau perawat) maupun aktif (dilakukan oleh pasien sendiri dengan atau tanpa bantuan). Tujuan utama dari latihan ini adalah untuk mencegah komplikasi seperti kontraktur (kekakuan sendi), atrofi otot, dan luka tekan, serta untuk meningkatkan sirkulasi darah dan mempercepat proses rehabilitasi.

5. Evaluasi

a) Hasil evaluasi (SOAP)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan, hasil evaluasi yang dilakukan pada tanggal 7 Februari 2025 pada pukul 13:00 WIB dengan metode SOAP dari diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan penurunan kekuatan otot adalah sebagai berikut :

1) Data subjektif

Pasien mengatakan sudah bisa menggerakkan ekstermitas atas bagian kanan, tetapi masih sulit untuk melakukan jalan atau berpindah tempat, dan bicara sudah tidak pelo.

2) Data objektif

Pasien tampak sudah bisa menggerakkan ekstermitas atas bagian kanan.

TD : 159/78mmHg, N : 77x/menit, Spo2 : 99%,

(a) Pergerakan ekstremitas (4)

(b) Kekuatan otot (3)

(c) Gerakan terbatas (4)

(d) Rentang gerak (ROM) (4)

Karena skor yang diperoleh belum mampu mencapai target maka dapat disimpulkan pada analisa bahwa pasien belum mampu mencapai mobilitas fisik yang meningkat.

b. Rencana tindak lanjut

Berdasarkan hasil evaluasi diatas maka sebagai tindak lanjut pada perencanaan atau planning penulis menyarankan kepada perawat ruangan untuk melanjutkan intervensi sebagai berikut

- 1) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi
- 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi
- 3) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis: tongkat, kruk)
- 4) Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu

BAB V

PENUTUP

Berdasarkan pembahasan tentang studi deskriptif gangguan mobilitas fisik pada asuhan keperawatan pasien dengan *stroke non hemorrhagic*, maka dapat diambil kesimpulan dan implikasi sebagai berikut :

A. Kesimpulan

1. Hasil pengkajian yang ditemukan pada kasus kelolaan adalah data subjektif di temukan pasien mengatakan mengalami kelemahan pada ekstermitas kanan, butuh bantuan ketika ingin melakukan aktivitas, sulit menggerakkan ekstermitas.
2. Diagnosa keperawatan terkait masalah mobilitas fisik yang ditegakkan pada pasien adalah gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.
3. Perencanaan yang di rumuskan untuk mengatasi masalah gangguan mobilitas pasien adalah SLKI I : Mobilitas fisik dan SIKI I : Dukungan mobilisasi.
4. Tindakan keperawatan yang dilakukan saat pengambilan kasus untuk mengatasi masalah gangguan mobilitas fisik pada pasien *stroke non hemorrhagic* yaitu melakukan anamnesa, mengukur tanda tanda vital, memberikan injeksi memberikan injeksi citicoline 500 mg, omeprazole 40 mg, clopidogrel, metamizole 1g, melatih ROM.

5. Hasil evaluasi yang didapatkan dalam keperawatan selama 2 shift jaga yaitu pasien belum mampu mencapai mobilitas fisik yang meningkat

B. Implikasi keperawatan

1. Perawat dalam melakukan perawatan pada pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik, perlu lebih memperhatikan kemampuan motorik pada ekstremitas guna mengidentifikasi tingkat kelemahan dan perkembangan pasien secara berkala.
2. Saat memberikan terapi tindakan keperawatan kepada pasien, ciptakan lingkungan yang nyaman dan aman bagi pasien sehingga pasien bisa lebih kooperatif dalam mengikuti instruksi/tindakan yang diberikan.
3. Menganjurkan kepada keluarga pasien untuk dapat terlibat dalam perawatan pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik dengan memberikan dukungan penuh dalam kesembuhan pasien.
4. Menganjurkan keluarga pasien untuk dapat membantu memotivasi pasien dalam melakukan latihan rentan gerak secara berkala dan konsisten/ rutin.
5. Menganjurkan keluarga pasien untuk melibatkan pasien secara aktif dalam perawatan mandiri, untuk meningkatkan motivasi dan mendorong pemulihan motorik.

DAFTAR PUSTAKA

- Amalia, J. K., & Yudhono, D. T. (2022). Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Masalah Pola Nafas Tidak Efektif, Nyeri Akut dan Gangguan Mobilitas Fisik. *JKM: Jurnal Keperawatan Merdeka*, 2(2), 108–112. <https://doi.org/10.36086/jkm.v2i2.1225>
- Bakara, D. M., & Warsito, S. (2016). LATIHAN RANGE OF MOTION (ROM) PASIF TERHADAP RENTANG SENDI PASIEN PASCA STROKE. *VII*(2).
- Basuki, L. (2018). *Penerapan ROM (Range of Motion) Pada Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Di RSUD Wates Kulon Progo* (Doctoral dissertation, Poltekkes Kemenkes Yogyakarta).
- Cassrisa, C. N. (2022). *Hubungan Spiritual dengan Citra Tubuh pada Pasien Stroke di Ruang Rawat Inap RSUD DR. Zainoel Abidin Banda Aceh* (Doctoral dissertation, Universitas Bina Bangsa Getsempena).
- Dr. Muhammad Ramdhan, S.Pd., M. M. (2021). *Metode Penelitian*. Cipta Media Nusantara.
- Fawwaz, F., & Suandika, M. (2023). Asuhan Keperawatan Stroke Non-Hemoragik pada Ny. R dengan Diagnosa Keperawatan Utama Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Edelweis Atas RSUD Kardinah Kota Tegal. *Jurnal Sehat Mandiri*, 18(1), 33–41. <https://doi.org/10.33761/jsm.v18i1.919>
- Firlanda, Z. R. S., & Fitriyani, F. (2024). Hemiparesis Dextra Ec Stroke Non Hemoragik: Laporan Kasus. *Jurnal Ilmu Kedokteran Dan Kesehatan*, 11(3), 600–606. <https://doi.org/10.33024/jikk.v11i3.9192>
- Hutagalung, M. S. (2021). *Mengenai Stroke serta Karakteristik Penderita Stroke Haemoragik dan Non Haemoragik: Panduan Lengkap Stroke*. Nusamedia. <https://books.google.co.id/books?id=kqNsEAAQBAJ>
- Irwan, M. (2022). *Partisipasi Keluarga dalam Perawatan Pasien Stroke*. Penerbit NEM.
- Kamesyworu, & Hartati, S. (2024). Implementasi Keperawatan Latihan Penguatan Sendi Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik. *Lentera Perawat*, 5(1), 166–171. <https://doi.org/10.52235/lp.v5i1.303>
- Kanilla, Z. N., Azizah, M., & Sari, F. L. (2024). Potensi Citicoline sebagai Terapi Neuroproteksi dan Neuroregenerasi pada Stroke Iskemik Akut. *Cermin Dunia Kedokteran*, 51(3), 163–167. <https://doi.org/10.55175/cdk.v51i3.974>

- Kariasa, I. M. (2022). *Antisipasi Serangan Stroke Berulang*. Penerbit NEM.
- KEMENKES. (2024). *Cegah Stroke Dengan Aktivitas Fisik*. Jakarta.
<https://jurnal.poltekkespalembang.ac.id/index.php/jkm/article/view/1225/761>
- Lukas, S., & Pravita, A. (2020). Comparison of the Effectiveness of Using Clopidogrel Antiplatelet Drug and Clopidogrel Combination With Aspirin in Ischemic Stroke Patients in RSUD Kab. Bekasi. *Social Clinical Pharmacy Indonesia Journal*, 5(1), 1–8.
- Mauliddiyah, D., Ulfah, M., & Siwi, A. S. (2022). Asuhan Keperawatan dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien Stroke Non Hemoragik (SNH). *Journal of Management Nursing*, 2(1), 168–172.
<https://doi.org/10.53801/jmn.v2i1.74>
- Nafi'ah, S., Parmilah, & Kurniawati, R. (2022). Upaya Penyelesaian Masalah Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Melalui Tindakan Teknik Latihan Penguatan Sendi. *Jurnal Keperawatan Karya Bhakti*, 8(2), 1–11.
- Nafla Nabila, S. (2024). *Aplikasi Pemberian Active Lower Range of Motion (ROM) Untuk Meningkatkan Nilai Ankle Brachial Index (ABI) dan Sirkulasi Darah Klien Diabetes Melitus Tipe 2*. 04(01), 36–44.
<https://doi.org/10.31603/bnur.11235>
- Nugroho, T., et al. (2016). *Teori Asuhan Keperawatan Gawat Darurat*. Nuha Medika. Yogyakarta.
- Pangaribuan, R., Pratiwi, M. A., Tarigan, J., Keperawatan Kesdam, A. I., & Medan Jln Putri Hijau No, B. (2021). Komunikasi Verbal pada Stroke Non Hemoragik di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Binjai. *Jurnal Insan Cendekia*, 8(2).
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Edisi 1. DPP PPNI.
- Rahmawati, R., Pistanty, M. A., & Susanti, M. M. (2020). GAMBARAN KUALITAS HIDUP KELUARGA DENGAN STROKE DI WILAYAH PUSKESMAS PURWODADI I KABUPATEN GROBOGAN. *The Shine Cahaya Dunia D-III Keperawatan*, 5(1).
- Retnaningsih, D. (2023). *Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke*. Penerbit NEM.
<https://books.google.co.id/books?id=iYW7EAAAQBAJ>
- Saputra, M. K. F., et al. (2023). *Keperawatan Gawat Darurat dan Manajemen Bencana*. Pradina Pustaka.
<https://books.google.co.id/books?id=4iOwEAAAQBAJ>

- Semarang, K., Keperawatan, J., & Kemenkes Semarang, P. (2024). RANGE OF MOTION PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DI RSD K.R.M.T WONGSONEGORO SEMARANG Rizal Ginanjar. 5(2), 2825–2829.
- Sulistiyawati, A. (2023). *Mencegah Luka Tekan pada Pasien Stroke*. Penerbit NEM.
<https://books.google.co.id/books?id=HIW9EAAAQBAJ>
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. Edisi 1. Jakarta Selatan: DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Edisi 1. Jakarta Selatan: DPP PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Edisi 1. Jakarta Selatan: DPP PPNI.
- Widarti, L., & Maimuna, S. (2023). SKRINING FITOKIMIA & UJI FORMULASI EKSTRAK DAUN JARAK PAGAR (*JATROPHA CURCAS L.*) SEBAGAI BAHAN KOMPRES GEL PADA PASIEN STROKE. *Rena Cipta Mandiri*.
<https://books.google.co.id/books?id=sReyEAAAQBAJ>
- Wijaya, R. F. H., Wardoyo, E., & Sugiarto. (2024). Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Non Hemoragik (SNH) Dengan Penerapan Latihan Rom Pasif Di RSUD Jenderal Ahmad Yani Metro Tahun 2023. *Jurnal Kesehatan Republik Indonesia*, 1(2), 32–35.
<https://jurnal.intekom.id/index.php/jkri/article/view/314>