

ASUHAN KEPARAWATAN DENGAN MASALAH MOBILITAS FISIK PADA PASIEN CEREBRO VASCULAR ACCIDENT (CVA) INFARK (Di Ruang Abimanyu Rumah Sakit Umum Daerah Jombang)

by ITSKes ICMe Jombang

Submission date: 07-Sep-2025 01:48AM (UTC+0900)

Submission ID: 2719249451

File name: Agus_Prasetyo.docx (1.29M)

Word count: 14803

Character count: 97744

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPARAWATAN DENGAN MASALAH MOBILITAS FISIK
PADA PASIEN CEREbro VASCULAR ACCIDENT (CVA) INFARK**

(Di Ruang Abimanyu Rumah Sakit Umum Daerah Jombang)



OLEH:

**AGUS PRASETYO
246410003**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS FAKULTAS KESEHATAN
INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2025**

³ BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Cerebro Vascular Accident (CVA) infark suatu penyakit yang terjadi ketika terhentinya pasokan darah ke otak terganggu atau bahkan berkurang yang bisa menjadikan jaringan pada otak kekurangan oksigen dan nutrisi. Penyakit pada kondisi ini dapat mengancam kehidupan seseorang hingga kecacatan permanen dalam otak. Setiap tahunnya, satu pertiga meninggal dan sisanya mengalami kecacatan permanen seperti kelumpuhan (Sholeh, 2022). Gangguan mobilitas fisik juga dapat terjadi pada pasien CVA infark. Gangguan mobilitas fisik suatu proses ketika menurunnya pergerakan fisik tubuh sehingga mengalami keterbatasan baik satu ataupun lebih pada ekstremitas secara mandiri ataupun terarah (Agustin, 2022).

Menurut laporan tahun 2020 oleh *World Health Organization* (WHO), prevalensi CVA Infark di seluruh dunia diperkirakan mencapai 11% yang mempengaruhi sekitar 155 juta individu. Prevalensinya berkisar 14,2% pada usia 45-50 tahun, 35,6% pada usia 50-59 tahun, dan 50,2% pada usia lebih dari 60 tahun (Suswitha & Arindari, 2020). Menurut ⁵Riset Kesehatan Dasar 2018, prevalensi CVA Infark di Indonesia adalah 10,9% dari total jumlah penduduk Indonesia atau sekitar 256.000 penderita CVA Infark. Di Jawa Timur, prevalensi penyakit CVA Infark mencapai 12,4% dari 40,6 juta atau sekitar 5.034.440 jiwa. Di Jombang, prevalensi CVA Infark mencapai 8,91% dari 1,246 juta atau sekitar 111.019 jiwa. Berdasarkan data yang diperoleh di Ruang Abimanyu RSUD

Jombang dalam kurun waktu 1 tahun terakhir ditemukan sebanyak 562 orang dengan ¹ kasus *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark.

Cerebro Vascular Accident (CVA) Infark ⁸ biasanya terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah otak yang disebabkan oleh *thrombosis*, *emboli*, dan *hipoperfusi* global yang mengakibatkan menurunnya suplai darah ke jaringan otak dan menjadi *iskemia*. Adapun beberapa faktor risiko yang mengakibatkan terjadinya CVA Infark yaitu hipertensi, penyakit kardiovaskuler, asam urat, diabetes melitus, umur, jenis kelamin, dan faktor risiko lainnya seperti merokok, konsumsi alkohol yang berlebihan, penggunaan kokain, obesitas, dan riwayat stroke. Dampak yang paling ¹⁷ serius yang ditimbulkan oleh penyakit CVA Infark yaitu kematian. Namun jika penderita CVA Infark tidak meninggal, akibat yang umumnya dirasakan adalah kelemahan pada anggota gerak (*hemiparesis*), jika mobilitas fisik pada pasien CVA Infark tidak di tangani dengan serius maka akan menimbulkan kecacatan permanen seperti kelumpuhan. ¹⁷ Kelemahan anggota gerak pada klien CVA Infark dapat mempengaruhi kekuatan otot, melemahnya otot disebabkan oleh kurangnya suplai darah ke otak. Kelainan pada sistem neurologis dapat bertambah jika ada pembengkakan di area otak (*oedema serebri*) sehingga tekanan di dalam rongga otak meningkat. Hal ini dapat menyebabkan kerusakan lebih lanjut pada jaringan otak (Addiarto, 2023).

⁸ Salah satu masalah keperawatan yang perlu penanganan lebih lanjut pada klien CVA Infark yaitu gangguan mobilitas fisik, karena klien CVA Infark akan merasa kehilangan kekuatan pada anggota gerak atau mengalami kelemahan anggota gerak sehingga penderita akan mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas karena keterbatasan ruang gerak. Oleh karena itu peran perawat dalam

hal ini yaitu memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh meliputi bio psiko sosio kultural spiritual. Tindakan yang dapat dilakukan dengan terapi non farmakologis kepada klien CVA Infark dengan gangguan mobilitas fisik diantaranya adalah dengan latihan rentang gerak atau *Range of Motion* (ROM) dan latihan mobilisasi karena tindakan ini sangat efektif untuk mencegah terjadinya kekakuan pada otot. Terapi ini berfungsi untuk meningkatkan kekuatan otot, merangsang syaraf motorik di tangan dan diteruskan ke otak, dan memperbaiki tonus otot dan reflek tendon yang mengalami kelemahan (Retnaningsih, 2023). Selain itu perawat juga memberikan pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarga tentang tujuan peningkatan mobilitas fisik. Selain itu, untuk mengurangi tingkat insidensi yang terjadi maka masyarakat harus membiasakan pola hidup sehat dengan cara mengkonsumsi makanan bergizi dan seimbang seperti sayuran, buah-buahan. Di imbangi dengan aktivitas fisik yang cukup seperti olahraga. Menerapkan minum air 2 liter perhari, menghindari obat-obatan terlarang, istirahat yang adekuat. Penatalaksanaan farmakologis CVA Infark dengan diberikan obat-obatan yang mengatasi edema otak misalnya manitol, gliserol, dan lainnya.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana gambaran asuhan keperawatan pada pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark di Ruang Abimanyu Rumah Sakit Umum Daerah Jombang?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien *Cerebro Vascular Accident (CVA)* Infark di Ruang Abimanyu Rumah Sakit Umum Daerah Jombang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi gambaran pengkajian keperawatan pada pasien yang mengalami *Cerebro Vascular Accident (CVA)* Infark di Ruang Abimanyu Rumah Sakit Umum Daerah Jombang.
2. Mengidentifikasi gambaran diagnose keperawatan pada pasien yang mengalami *Cerebro Vascular Accident (CVA)* Infark di Ruang Abimanyu Rumah Sakit Umum Daerah Jombang.
3. Mengidentifikasi gambaran intervensi keperawatan pada pasien yang mengalami *Cerebro Vascular Accident (CVA)* Infark di Ruang Abimanyu Rumah Sakit Umum Daerah Jombang.
4. Mengidentifikasi gambaran implementasi keperawatan pada pasien yang mengalami *Cerebro Vascular Accident (CVA)* Infark di Ruang Abimanyu Rumah Sakit Umum Daerah Jombang.
5. Mengidentifikasi gambaran evaluasi keperawatan pada pasien yang mengalami *Cerebro Vascular Accident (CVA)* Infark di Ruang Abimanyu Rumah Sakit Umum Daerah Jombang.

1.4 Manfaat

1.4.1 Teoritis

Penelitian ini berbasis bukti dan diharapkan dapat menambah khasanah keilmuan bidang kesehatan khususnya keperawatan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark.

1.4.2 Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pemahaman, pengetahuan serta dapat di implementasikan dalam pemberian asuhan keperawatan pasien sehingga dapat meningkatkan kualitas pada pasien *Cerebro Vaskuler Accident* (CVA) Infark.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Cerebro Vascular Accident (CVA)* Infark

2.1.1 Pengertian

Menurut definisi Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), CVA Infark atau biasanya disebut Stroke non hemoragik merupakan tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan berhentinya aliran darah ke otak secara sebagian atau pun keseluruhan, penyumbatan juga dapat terjadi di manapun pada jalur pembuluh darah arteri yang menuju otak. Stroke non hemoragik ini biasanya berupa iskemia atau emboli dan trombosis serebral, pada kasus stroke jenis ini tidak mengalami pendarahan dan pada umumnya pasien dengan kasus stroke non hemoragik memiliki kesadaran yang baik.

2.1.2 Klasifikasi

Menurut Mega (2021), klasifikasi stroke non hemoragik berdasarkan pataloginya dibagi menjadi:

1. *Transient Ischemic Attack (TIA)*

Merupakan gangguan neurologis fungsional yang mendadak dan terbatas pada wilayah vaskular dan biasanya berlangsung kurang dari 15 menit dengan resolusi lengkap selama 24 jam. Terdapat berbagai penyebab, tetapi pada umumnya disebabkan karena suplai darah sementara yang tidak memadai untuk suatu wilayah fokus otak. TIA bukan suatu gangguan yang jinak dan hampir sepertiga pasien akhirnya akan memiliki infark serebral (sekitar 20% dalam waktu 1 bulan kejadian CVA berawal dari TIA).

2. *Trombosis Serebri*

Hampir separuh insiden CVA Infark *trombosis*. Jenis CVA ini ditandai dengan penggumpalan darah pada pembuluh darah yang mengarah menuju otak. Biasa disebut dengan serebral trombosis. Proses *trombosis* dapat terjadi di dua lokasi yang berbeda, yaitu pembuluh darah besar erat kaitannya dengan *aterosclerosis*, sedangkan trombosis pada pembuluh darah kecil biasanya dialami oleh penderita hipertensi.

3. *Emboli Serebri*

Merupakan jenis CVA dimana penggumpalan darah bukan terjadi pada pembuluh darah otak melainkan pada pembuluh darah yang lainnya. Kebanyakan insiden terjadi karena *trombosis* pada pembuluh darah jantung. Pasokan darah dari jantung yang kaya oksigen dan nutrisi ke otak adalah faktor utama yang menjadi penyebabnya.

2.1.3 Etiologi

1. *Thrombosis serebral*

Thrombosis merupakan pembentukan gumpalan darah (*trombus*) yang tidak normal didalam pembuluh darah. *Thrombosis* serebral ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami *oklusi* sehingga menyebabkan *iskemik* pada jaringan otak yang dapat menimbulkan *oedem* dan kongesti disekitarnya. *Thrombosis* rentan terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur, hal ini akibatkan oleh penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan *iske mi serebral*.

2. Ateroklerosis

Menumpuknya lemak, kolesterol, dan zat lain didalam dan didinding arteri, timbunan plak kolesterol didinding arteri dapat menghalangi aliran darah. Sehingga dapat terjadi oklusi akut arteri jika gumpalan plak mengalami perpecahan.

3. Hiperkoagulasi Pada Polisitemia

Sindrom pengentalan darah adalah keadaan klinis dimana mudah terjadi penggumpalan darah. Pada keadaan normal penggumpalan darah terjadi sebagai mekanisme untuk menghentikan perdarahan. Pada kondisi tidak normal penggumpalan darah terjadi berlebihan sehingga dapat membahayakan tubuh.

4. Arteritis (Radang Pada Arteri)

Peradangan pada pembuluh darah arteri didalam dan disekitar kulit kepala, penyebab peradangan pembuluh darah tidak diketahui dalam beberapa kasus, pembengkakan hanya mempengaruhi bagian arteri dengan bagian pembuluh normal berada diantaranya.

5. Emboli

Kondisi ketika benda atau zat asing seperti gumpalan darah atau gelembung gas tersangkut dalam pembuluh darah dan menyebabkan penyumbatan pada aliran darah.

6. Hemoragi

Perdarahan ini dapat terjadi karena aterosklerosis dan hipertensi. Akibat dari pecahnya pembuluh darah pada otak yang merupakan pembebanan darah kedalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran,

dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan sehingga otak membengkak, jaringan tertekan, sehingga infark otak edema dan mungkin herniasi pada otak.

a. *Hipoksia Umum*

Beberapa penyebab yang tergolong dalam *hipoksia* umum diantaranya hipertensi, henti jantung-paru, turunya curah jantung karena aritmia.

b. *Hipoksia Setempat*

Beberapa penyebab yang tergolong dalam *hipoksia* umum diantaranya *spasme arteri serebral* yang disertai perdarahan *subaraknoid* dan vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala *migren* (Sari, 2022).

2.1.4 Patofisiologi

Infark adalah defisitnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luas pada infark bergantung terhadap faktor-faktor seperti halnya lokasi dan volume besarnya pembuluh darah dan sirkulasi koleteral yang tidak adekuat pada area yang disuplai akibat tersumbatnya pembuluh darah. Suplai darah ke otak bisa berubah seperti (makin cepat atau lambat) terhadap gangguan lokal (*emboli*, *thrombus*, perdarahan dan *spasme vaskuler*) atau karena gangguan umum (akibat gangguan paru dan jantung dan terjadi *hipoksia*). *Atherosklerotik* yang merupakan

sebagai faktor yang cenderung penting bagi otak, *thrombus* yang dapat berasal dari flak *arteriosklerotik* atau bekuan darah pada area yang mengalami *stenosis*, dimana terjadi *turbulensi* yaitu melambatnya aliran darah (Sholeh, 2022) Otak sangat membutuhkan oksigen dan tidak bisa menyadangkan oksigen, jika aliran darah pada setiap otak melambat karena *embolus* dan *thrombus* maka otak mengalami kekurangan oksigen menuju jaringan otak. 1 menit otak tidak diberi

pasokan oksigen maka bisa menyebabkan kehilangan kesadaran, tetapi jika hal tersebut berlangsung lama maka akan menyebabkan *nekrosis mikroskopik neuron*, area *nekrotik* atau *infark*. Setelah serangan pertama CVA *infark* juga bisa

berkelanjutan dengan terjadinya *edema cerebral* akibat penumpukan bekuan darah, flak dan *atheroma flakmen* lemak sehingga terjadi peningkatan tekanan *intrakranial*. Tergantung pada daerah dan luasnya otak yang mengalami *obstruksi*

(Sholeh, 2022).

2.1.5 Manifestasi klinis

Kehilangan motorik *Cerebro Vaskuler Accident* (CVA) Infark adalah penyakit otot neuron atas dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik, misalnya:

1. *Hemiplegia* (paralisis pada salah satu sisi tubuh)
2. *Hemiparesis* (kelemahan pada salah satu sisi tubuh)
3. Menurunnya tonus otot abnormal

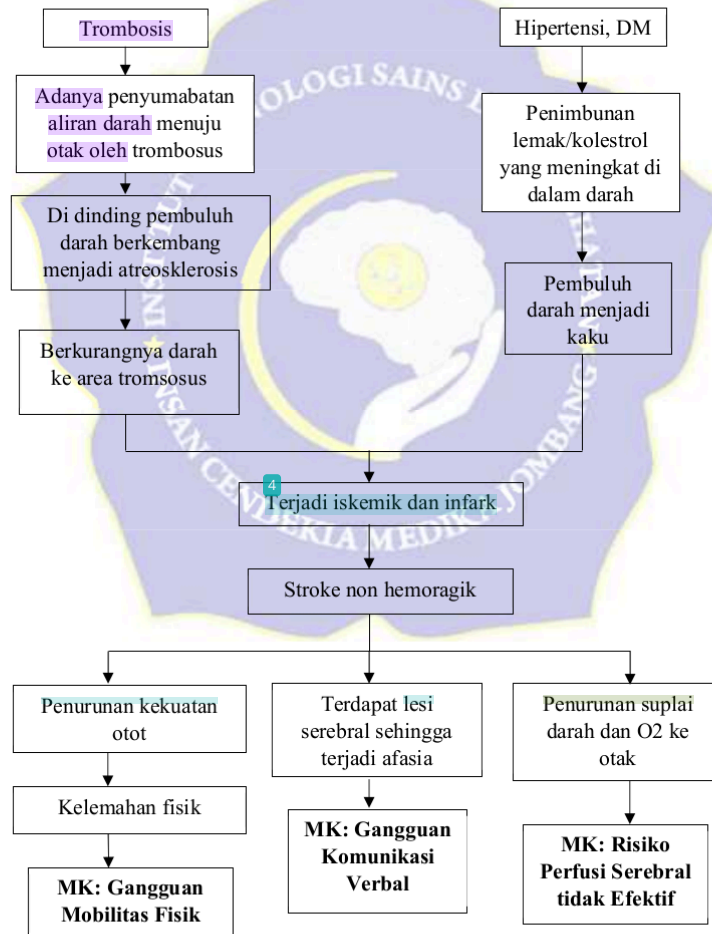
Kehilangan komunikasi fungsi otak yang mempengaruhi oleh *Cerebro Vaskuler Accident* (CVA) Infark adalah bahasa dan komunikasi, misalnya:

1. *Disartria*, yaitu kesulitan berbicara yang ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara.
2. *Disfasia* atau *afasia* atau kehilangan bicara yang terutama ekspresif atau *arefresif*. *Apraksia* yaitu ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya.
3. Gangguan persepsi

- a. *Hemionimus* hemianopsia, yaitu kehilangan setengah lapang pandang dimana sisi visual yang terkena berkaitan dengan sisi tubuh yang paralisis.
- b. *Amorfosintesis*, yaitu keadaan dimana cenderung berpaling dari sisi tubuh yang sakit dan mengabaikan sisi atau ruang yang sakit tersebut.
- c. Gangguan hubungan visual *spasia*, yaitu gangguan dalam mendapatkan hubungan dua atau lebih objektf dalam are a *spasial*.
- d. Kehilangan sensori, antara lain tidak mampu merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh (kehilangan *propioseptik*) sulit menginterpretasikan stimulasi visual, *taktil auditorius* (Me ga, 2021).



³
2.1.6 Pathway



Gambar 2. 1 *Pathway Cerebro Vaskuler Accident (CVA)*
Sumber: Lia Dwi Jayanti (2022)



2.1.7 Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan non farmakologis

- a. Posisi kepala dan badan diatas 20-30 derajat, posisi *lateral dekubitus* bila disertai muntah. Boleh dimulai mobilisasi bertahap bila *hemodinamik* stabil.
- b. Bebaskan jalan nafas dan usahakan ventilasi adekuat bila perlu berikan oksigen 1-2 liter/menit.
- c. Kandung kemih yang penuh dikosongkan dengan kateter.
- d. Suhu tubuh harus dipertahankan.
Nutrisi peroral hanya boleh diberikan setelah tes fungsi menelan baik, bila terhadap gangguan menelan atau pasien yang kesadaran menurun, dianjurkan pemasangan NGT.
- e. Mobilisasi dan rehabilitasi dini jika tidak ada kontra indikasi.

2. Penatalaksanaan farmakologis

- a. *Trombolitik (streptokinase)*. Anti platelet/anti trombolitik (*asetosol, ticlopidin, clostazol, dipiridamol*)
- b. Anti koagulan (*heparin*)
- c. *Hemoragik (pentoxifylin)*
- d. *Antagonis serotonin (naftidrofuryl)*
- e. *Antagonis calcium (nimodipin, piracetam)*

3. Penatalaksanaan khusus

- a. Atasi kejang (anti konvulsan)
- b. Atasi tekanan *intrakranial* yang meninggi dengan *manitol, gliserol, furose mide, intubasi, steroid dll*)

- c. Atasi *dekompresi* (*kraniotomi*)
- d. Untuk penatalaksanaan faktor risiko,
 - 1). Atasi hipertensi (anti hipertensi)
 - 2). Atasi *Hiperglikemia* (anti *hiperglikemia*)
 - 3). Atasi *hiperurisemia* (anti *hiperurisemia*) (Wijaya dan Putri, 2022)

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Sholeh (2022), pemeriksaan penunjang pada pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark adalah sebagai berikut:

1. Laboratorium.

- a. Pemeriksaan paket stroke: *viskositas* darah pada klien ada peningkatan $VD > 5,1$ cp, *test agregasi trombosit* (TAT), *asam arachidonic* (AA), *platelet activating factor* (PAF), *fibrinogen*.
- b. Analisis laboratorium standart mencakup *urinalis*, HDL CVA Infark mengalami penurunan HDL dibawah normal 60 mg/dl. Laju endap darah (LED) pada pasien CVA bertujuan mengukur kecepatan sel darah mengendap, dalam tabung darah LED yang tinggi menunjukkan adanya radang.
- 2. Pemeriksaan *sinar x thoraks* dapat mendeteksi pembesaran jantung (*kardiomegali*).
- 3. *Ultrasonografi* (USG) karotis: evaluasi standart untuk mendeteksi gangguan aliran darah karotis dan kemungkinan memperbaiki kausa stroke.
- 4. *Angiografi serebrum*: membantu menentukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti lesi *ulseratif*, *stenosis*, *displasia fibromuskuler*, dan pembentukan *thrombus* di pembuluh darah besar.

2.1.9 Komplikasi

Menurut Wijaya dan Putri (2022), komplikasi *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark adalah:

1. Berhubungan dengan immobilisasi pada stroke
 - a. Infeksi pernafasan
 - b. Nyeri yang berhubungan dengan daerah yang tertekan
 - c. Konstipasi
 - d. Tromboflebitis
 - e. Berhubungan dengan mobilisasi
 - f. Nyeri pada daerah punggung
 - g. Dislokasi sendi
2. Berhubungan dengan kerusakan otak
 - a. *Epilepsi*
 - b. Sakit kepala
 - c. *Kraniotomi*
 - d. *Hidrosifalus*

13 2.2 Konsep Gangguan Mobilitas Fisik

2.2.1 Pengertian

Mobilitas merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak bebas, mudah, teratur, dan mempunyai tujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Kehilangan kemampuan untuk bergerak menyebabkan ketergantungan dan ini membutuhkan tindakan keperawatan (Khotimah *et al.*, 2021). Immobilisasi adalah

suatu kondisi yang relatif, dimana individu tidak saja kehilangan kemampuan geraknya secara total, tetapi juga mengalami penurunan aktifitas dari kebiasaan normalnya. Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah. Disfungsi motorik yang terjadi pada pasien

stroke mengakibatkan pasien mengalami keterbatasan dalam menggerakkan tubuhnya (Felinda *et al.*, 2021).

2.2.2 Etiologi

Penyebab dari gangguan mobilitas fisik yakni, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, kekakuan sendi, kontraktur, gangguan musculoskeletal, gangguan neuromuscular, gangguan kognitif, gangguan sensori persepsi. Salah satu kondisi klinis yang terkait dengan gangguan mobilitas fisik adalah stroke (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

2.2.3 Tanda Dan Gejala

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018), gejala dan tanda pada gangguan mobilitas fisik terdiri dari dua bagian, yakni:

1. Gejala dan tanda mayor

Gejala dan tanda mayor secara subjektif yakni mengeluh sulit menggerakkan

ekstremitas, sedangkan secara objektif adalah kekuatan otot menurun dan rentang gerak (ROM) menurun.

2. Gejala dan tanda minor

Gejala dan tanda minor secara subjektif yakni nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, sedangkan secara objektif adalah sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, dan fisik lemah.

¹⁵ 2.3 Konsep *Range Of Motion* (ROM)

2.3.1 Definisi ROM

Range Of Motion (ROM) adalah latihan menggerakkan bagian tubuh untuk memelihara fleksibilitas dan kemampuan sendi. ⁹ Latihan *Range Of Motion* (ROM) dapat menimbulkan rangsangan sehingga meningkatkan aktivitas dari kimiawi neuromuskuler dan muskuler. Rangsangan melalui neuromuskuler akan meningkatkan rangsangan pada serat saraf otot ekstremitas terutama saraf parasimpatik yang merangsang untuk produksi asetilkolin, sehingga mengakibatkan kontraksi. Mekanisme melalui muskulus terutama otot polos ekstremitas akan meningkatkan metabolisme pada mitokondria untuk menghasilkan ATP yang dimanfaatkan oleh otot ekstremitas sebagai energi untuk kontraksi dan meningkatkan tonus otot polos ekstremitas (Kusyairi A, 2024).

2.3.2 Klasifikasi Latihan ROM

Latihan ROM dibagi menjadi dua jenis sesuai dengan kebutuhan pasien, yaitu:

1. ROM aktif

ROM aktif merupakan latihan dengan meminta klien menggunakan otot untuk melakukan gerakan secara mandiri. Perawat memberikan motivasi dan

membimbing klien dalam melaksanakan pergerakan sendi sesuai dengan rentang gerak sendi normal. Hal ini untuk melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan cara menggunakan otot-ototnya secara aktif.

2. ROM pasif

Yaitu latihan ROM yang dilakukan oleh perawat atau ⁷³ tenaga kesehatan kepada klien yang tidak mampu atau mengalami keterbatasan pergerakan. Perawat membantu pasien dalam setiap gerakan. Rentang gerak pasif ini berguna untuk menjaga kelenturan otot dan persendian (Kusyairi A, 2024).

2.3.1 Manfaat Latihan ROM

Latihan ROM merangsang aktivitas neuromuskuler serta muskuler. Rangsangan neuromuskuler merangsang serabut saraf pada otot ekstremitas, khususnya saraf parasimpatik yang menciptakan asetilkolin sehingga memicu kontraksi. Mekanisme melalui muskulus, khususnya otot polos ekstremitas mampu meningkatkan metabolisme di mitokondria guna menciptakan ATP, yang diterapkan oleh otot ekstremitas sebagai energi kontraksi serta meningkatkan tonus otot polos, yang dapat meningkatkan kekuatan otot jika sering dilaksanakan (Mukhtar, M., Supu, N. M., & Rauf, S. 2024).

2.3.4 Tujuan Latihan ROM

Latihan ROM bertujuan guna menjaga serta meningkatkan kekuatan otot, mobilitas sendi, peredaran darah, menghindari kelainan, serta melenturkan ketegangan otot. Latihan ROM mampu memperpanjang jaringan otot yang memendek serta mengembalikannya kepanjang normal (Mukhtar, M., Supu, N. M., & Rauf, S. 2024).

2.3.5 Indikasi Latihan ROM

Indikasi latihan *Range Of Motion* (ROM) antara lain:

1. Indikasi ROM aktif

- a. Pasien dapat melakukan kontraksi otot secara aktif dan menggerakkan ruas sendinya baik dengan bantuan atau tidak.
- b. Pasien memiliki kelemahan otot dan tidak dapat menggerakkan persendian sepenuhnya.
- c. ROM aktif dapat digunakan untuk memelihara mobilisasi ruas diatas dan dibawah daerah yang tidak dapat bergerak.

2. Indikasi ROM pasif

- a. Pasien tidak dapat atau diperbolehkan bergerak aktif pada ruas atau seluruh tubuh, misalnya keadaan koma, kelumpuhan atau bedrest total.
- b. Fase akut (biasanya 48-72 jam pertama setelah serangan stroke) dan keadaan pasien belum stabil, sehingga pasien harus berbaring di tempat tidur. Walaupun seperti itu setelah fase akut sikap dan posisi pasien harus diperhatikan, terutama anggota badan yang lumpuh. Selain untuk mencegah kecacatan juga untuk memberikan rasa nyaman terhadap pasien. Selain memperhatikan sikap dan posisi pasien, kita juga harus memberikan latihan-latihan pasif dan aktif anggota gerak atas dan bawah *Range Of Motion* (ROM) pasif-aktif yang berguna untuk mencegah terjadinya kekakuan otot dan sendi (Luhung *et al.*, 2023).

2.3.6 Kontraindikasi Latihan ROM

Kontraindikasi dan hal-hal yang harus diwaspadai pada latihan ROM yaitu:

1. Latihan ROM tidak boleh diberikan apabila gerakan dapat mengganggu proses penyembuhan cedera.

- a. Gerakan yang terkontrol dengan seksama dalam batas-batas gerakan yang bebas nyeri selama fase awal penyembuhan akan memperlihatkan manfaat terhadap penyembuhan dan pemulihan.
 - b. Terdapatnya tanda-tanda terlalu banyak atau terdapat gerakan yang salah, termasuk meningkatnya rasa nyeri dan peradangan.
2. ROM tidak boleh dilakukan bila respon pasien atau kondisi membahayakan
- a. ROM pasif dilakukan secara hati-hati pada sendi-sendi besar, sedangkan ROM aktif dilakukan pada sendi ankle dan kaki untuk meminimalisir venous statis dan pembentukan trombus.
 - b. Pada keadaan setelah infark miokard, operasi arteri koronaria, dan lain-lain, ROM aktif pada ekstremitas atas masih dapat diberikan dalam pengawasan yang ketat (Luhung *et al.*, 2023).

2.3.7 Macam-Macam Gerakan ROM

Macam-macam gerakan ROM yang dapat dilakukan oleh antara lain:

1. Leher

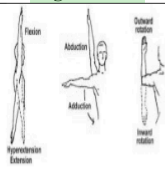
Tabel 2.1 ⁵ *Range Of Motion* pada leher

Bagian tubuh	Gerakan	Penjelasan	Rentang
	Fleksi	Menggerakkan dagu menempel ke dada	Rentang 45°
	Ekstensi	Mengembalikan kepala ke posisi tegak	Rentang 45°
	Hiper ekstensi	Meneuk kepala ke belakang sejauh mungkin	Rentang 40 - 45°
	Fleksi lateral	Memiringkan kepala sejauh mungkin ke arah setiap bahu	Rentang 40 - 45°
	Rotasi Rentan	Memutar kepala sejauh mungkin dalam gerakan sirkuler	Rentang 180°

Gambar 2.2 *Range Of Motion* pada leher

2. Bahu

Tabel 2. 2 ⁵ Range Of Motion pada bahu

Bagian tubuh	Gerakan	Penjelasan	Rentang
	Fleksi	Menaikkan lengan dari posisi samping tubuh ke posisi diatas kepala	Rentang 180°
	Ekstensi	Mengembalikan lengan keposisi disamping tubuh	Rentang 180°
	Hiper ekstensi	Menggerakkan lengan ke belakang tubuh, siku tetap lurus	Rentang 45 -60°
	Abduksi	Menaikkan lengan ke posisi samping di atas kepala dengan telapak tangan jauh dari kepala	Rentang 180°
	Adduksi	Menurunkan lengan ke samping dan menyilang tubuh sejauh mungkin	Rentang 320°
	Rotasi dalam	Dengan siku fleksi, memutar bahu dengan lengan menggerakkan lengan sampai ibu jari menghadap ke dalam dan ke belakang	Rentang 90°
	Rotasi luar	Dengan siku fleksi, menggerakkan lengan sampai ibu jari ke atas dan samping kepala	Rentang 90°
	Sirkumduksi	Menggerakkan lengan dengan lengan penuh	Rentang 360°

Gambar 2. 3 Range Of Motion pada bahu

3. Lengan bawah

Tabel 2. 3 ⁵ Range Of Motion pada lengan bawah

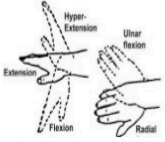
Bagian tubuh	Gerakan	Penjelasan	Rentang
	Supinasi	Memutar lengan bawah dan tangan sehingga telapak tangan menghadap Ke atas	Rentang 70 - 90°
	Pronasi	Memutar lengan bawah sehingga telapak tangan menghadap ke bawah	Rentang 70 - 90°

Gambar 2. 4 Range Of Motion pada lengan bawah

4. Pergelangan tangan

Tabel 2. 4 Range Of Motion pada pergelangan tangan

Bagian tubuh	Gerakan	Penjelasan	Rentang
--------------	---------	------------	---------



Gambar 2.5 Range Of Motion pada pergelangan tangan	Fleksi	Menggrakkan telapak tangan ke sisi bagian dalam tangan bawah	Rentang 80° - 90°
	Ekstensi	Menggerakkan jari-jari tangan sehingga jari-jari tangan, lengan bawah berada dalam arah yang Sama	Rentang 80° - 90°
	Hiper ekstensi	Membawa permukaan tangan dorsal ke belakang sejauh mungkin	Rentang 89° - 90°
	Abduksi	Mennekuk pergelangan tangan miring ke ibu jari	Rentang 30°
	Adduksi	Mennekuk pergelangan tangan miring ke arah lima jari	Rentang 30° - 50°

5. Jari tangan

Tabel 2.5 Range Of Motion Pada Jari-jari tangan



Bagian tubuh	Gerakan	Penjelasan	Rentang
Gambar 2.6 Range Of Motion Pada Jari-jari tangan	Fleksi	Membuat gengaman	Rentang 90°
	Ekstensi	Meluruskan jari-jari tangan	Rentang 90°
	Hiper ekstensi	Menggerakkan jari-jari tangan ke belakang sejauh mungkin	Rentang 30° - 60°
	Abduksi	Meregangkan jari-jari tangan yang satu dengan yang lain	Rentang 30°
	Adduksi	Merapatkan kembali jari-jari tangan	Rentang 30°

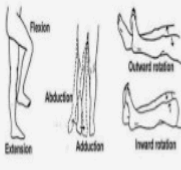
6. Ibu jari

Tabel 2.6 Range Of Motion pada ibu jari

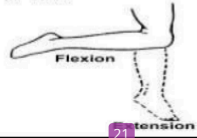


Bagian tubuh	Gerakan	Penjelasan	Rentang
Gambar 2.7 Range Of Motion pada ibu jari	Fleksi	Menggerakkan ibu jari menyilang permukaan telapak tangan	Rentang 90°
	Ekstensi	Menggerakkan ibu jari lurus menjauh dari tangan	Rentang 90°
	Abduksi	Menjauhkan ibu jari ke samping	Rentang 30°
	Adduksi	Menggerakkan ibu jari ke depan tangan	Rentang 30°
	Oposisi	Menyentuhkan ibu jari ke setiap jari tangan pada tangan yang sama	-

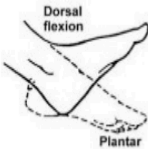
7. **Tungkai**Tabel 2. 7 ⁵ *Range Of Motion* pada tungkai

Bagian tubuh	Gerakan	Penjelasan	Rentang
	Fleksi	Menggerakkan tungkai ke depan dan atas	90° - 120°
	Ekstensi	Menggerakkan tungkai ke samping tungkai lain	90° - 120°
	Hiper ekstensi	Menggerakkan tungkai ke belakang tubuh	30° - 50°
	Abduksi	Menggerakkan tungkai ke samping menjauhi tubuh	30° - 50°
	Adduksi	Menggerakkan tungkai kembali ke posisi media dan melebihi jika mungkin	30° - 50°
	Rotasi dalam	Memutar kaki dan tungkai ke arah tungkai lain	90°
	Rotasi luar	Memutar kaki dan tungkai menjauhi tungkai lain	90°
	Sirkumduksi	Menggerakkan tungkai melingkar	-

Gambar 2. 8 *Range Of Motion* pada tungkai8. **Lutut**Tabel 2. 8 *Range Of Motion* pada lutut

Bagian tubuh	Gerakan	Penjelasan	Rentang
	Fleksi	Menggerakkan tumit ke arah belakang Paha	Rentang 120° - 130°
	Ekstensi	Mengembalikan tungkai ke lantai	Rentang 120° - 130°

Gambar 2. 9 *Range Of Motion* pada lutut9. **Mata kaki**Tabel 2. 9 ⁵ *Range Of Motion* pada mata kaki

Bagian tubuh	Gerakan	Penjelasan	Rentang
	Dorsifleksi	Menggerakkan kaki sehingga jari-jari kaki menekuk ke atas	Rentang 20° - 30°
	Plantarfleksi	Menggerakkan kaki sehingga jari-jari kaki menekuk ke bawah	Rentang 45° - 50°

Gambar 2. 10 *Range Of Motion* pada mata kaki

10. Kaki

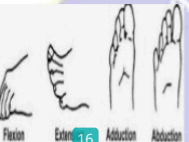
Tabel 2. 10 ⁵ *Range Of Motion* pada kaki

Bagian tubuh	Gerakan	Penjelasan	Rentang
	Inversi	Me mutar te lapak kaki ke samping dalam	Rentang 10°
	Eversi	Me mutar te lapak kaki ke samping luar	Rentang 10°

Gambar 2. 11 ²¹ *Range Of Motion* pada kaki

11. Jari kaki

Tabel 2. 11 ¹⁶ *Range Of Motion* pada jari kaki

Bagian tubuh	Gerakan	Penjelasan	Rentang
	Fleksi	Me ne kukkan jari-jari ke bawah	Rentang 30 - 60°
	E kste nsi	Me lurus kan jari-jari kaki	Rentang 30 - 60°
	Abduksi	Me ngge rakkan jari-jari kaki satu de ngan yang lain	Rentang 15°
	Adduksi	Me rapatkan kembali be rsama-sama	Rentang 15°

Gambar 2. 12 ¹⁶ *Range Of Motion* pada jari kaki¹⁴ 2.4 Konsep Asuhan Keperawatan CVA Infark

2.4.1 Pengkajian

1. Pengkajian

Merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Semua data dikumpulkan secara sistematis dan komprehensif dengan aspek ⁴ biologis, psikologis, sosial, maupun spiritual pasien.

2. Data Umum

Tanyakan pada pasien tentang:

a. Nama

- b. Usia: Menurut Rohmah (2021), menyatakan bahwa usia ⁷² merupakan salah satu faktor yang menggambarkan kondisi yang mempengaruhi kesehatan seseorang. Usia 56 tahun sampai dengan 65 tahun merupakan usia yang rentan terkena stroke disebabkan karena pada rentang usia tersebut pembuluh darah pada otak mengalami degeneratif pembuluh darah yang mengakibatkan aterosklerosis (fleksibilitas atau kelenturan pada pembuluh darah mengalami penurunan).
- c. Jenis kelamin: Menurut Rismawan dkk (2021), ⁷⁰ laki-laki cenderung lebih berisiko terkena stroke dikarenakan aktivitas laki-laki yang menyebabkan lebih berisiko terkena stroke, diantaranya kebiasaan merokok, minum alkohol, hipertensi, dan hipertiglisidaemia. Perempuan lebih peduli terhadap tingkat kesehatan dibandingkan laki-laki. Hal ini dikarenakan kebanyakan perempuan Indonesia yang tidak melakukan aktivitas seperti merokok, minum alkohol, dan lebih mementingkan penerapan hidup sehat disertai dengan melakukan pemeriksaan kesehatan rutin atas kesadaran pribadinya.
- d. Pekerjaan: Pekerjaan dengan tingkat stres tinggi, jam kerja panjang, kurangnya aktivitas fisik, dan gaya hidup tidak sehat dapat meningkatkan risiko stroke.
- e. Agama
- f. Suku
- g. Tanggal masuk RS dan lainnya .

3. Keluhan Utama

Keluhan utama stroke infark yang sering menjadi alasan pasien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan tingkat kesadaran.

4. Riwayat Penyakit Sekarang

Riwayat kesehatan sekarang meliputi pertanyaan berupa kapan gejala mulai muncul, apakah mendadak atau bertahap, berapa kali masalah terjadi, lokasi gangguan yang pasti, karakter keluhan. Serangan stroke infark sering kali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intrakranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi.

5. Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan.

6. Riwayat Penyakit Keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu.

7. Pola fungsi kesehatan

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Apakah ada perubahan penatalaksanaan dan pemeliharaan kesehatan sehingga dapat menimbulkan perawatan diri.

b. Pola Aktivitas Latihan

Hal ini penting untuk dikaji sehingga perawat mengetahui aktivitas yang dilakukan klien saat sehat. Apakah ada kelemahan atau kelelahan. (Julianti *et al.*, 2023).

c. Pola Nutrisi dan metabolic

Apakah terjadi gangguan nutrisi karena klien merasakan nyeri sehingga tidak toleran terhadap makanan dan klien selalu ingin muntah (Sondakh *et al.*, 2020).

d. Pola Istirahat dan Tidur

Apakah terjadi kesulitan tidur dan sering terbangun saat pasien tidur, dan tanyakan berapa lama waktu tidur sebelum dan saat sakit (Ekowati *et al.*, 2022).

e. Toleransi dan Koping

Terhadap Stress tanyakan tentang mekanisme koping yang digunakan pada saat terjadinya masalah atau kebiasaan menggunakan mekanisme koping serta tingkat intoleransi stress yang pernah dimiliki (Aziz, 2018).

f. Konsep Diri

Tanyakan tentang persepsi diri klien dari masalah-masalah yang ada, seperti perasaan cemas, takut atau penilaian terhadap diri, mulai dari peran, ideal, konsep gambaran, dan identitas diri (Elza Febria Sari *et al.*, 2020).

g. Pola Seksual dan Reproduksi

Tanyakan tentang periode menstruasi terakhir (PMT), masalah menstruasi hormonal, masalah pap smear, pemeriksaan payudara (perempuan) / testis (laki-laki) sendiri tiap bulan, dan masalah seksual yang berhubungan dengan penyakit (Rastiti *et al.*, 2023).

h. Pola Hubungan dan Peran tanyakan ⁸²pekerjaan, status pekerjaan, ketidakmampuan bekerja, hubungan dengan klien hingga keluarga, dan peran yang dilakukan (Aziz, 2024).

i. Pola Nilai dan Keyakinan tanyakan tentang pantangan dalam agama selama sakit serta kebutuhan adanya rohaniawan, dll (Irwansyah & Saragih, 2024).

8. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum

- 1) Status penampilan kesehatan: lemah
- 2) Tingkat kesadaran kesehatan: composmentis, apatis, somnolen, delirium, stupor, koma. Tergantung penyebaran penyakit.
- 3) Tanda-tanda vital:
 - a) Frekuensi nadi dan tekanan darah
 - b) Frekuensi pernapasan: takipnea, dispnea, pernapasan dangkal, penggunaan otot bantu pernapasan, pelebaran nasal
 - c) Suhu tubuh: hipertermi akibat bakteri yang direspon oleh hipotalamus

- d) Berat badan dan Tinggi badan: kecenderungan berat badan mengalami penurunan.

9. Pemeriksaan *Head To Toe*

a. Kepala

- Tujuan : Untuk mengetahui turgor kulit serta tekstur kulit kepala dan untuk mengetahui adanya lesi atau bekas luka.
- Inspeksi : Lihat ada atau tidaknya lesi, warna coklat kehitaman, edema dan distribusi rambut, untuk mengetahui bentuk dan fungsi kepala serta mengetahui luka atau kelainan pada kepala.
- Palpasi : Raba dan tentukan turgor kulit elastis atau tidak, tekstur halus, kasar, akril hangat atau dingin.

b. Mata

- Tujuan : Untuk mengetahui bentuk serta fungsi mata, serta mengetahui adanya kelainan pandangan mata atau tidak.
- Inspeksi : Lihat kelopak mata ada lubang atau tidak, reflek berkedip baik/tidak, konjungtiva dan sclera.
- Palpasi : Tekan dengan ringan untuk mengetahui adanya TIO (Tekanan Intra Okuler) jika ada peningkatan akan teraba keras, adanya nyeri tekan atau tidak.

c. Telinga

- Tujuan : Untuk mengetahui keadaan telinga, kedalaman, telinga luar, saluran telinga, gendang telinga.
- Inspeksi : Daun telinga simetris atau tidak, ukuran, warna, bentuk kebersihan dan lesi.
- Palpasi : Tekan daun telinga adalah respon nyeri atau tidak serta rasakan kelenturan kartilago.

d. Hidung

- Tujuan : Untuk mengetahui bentuk serta fungsi dari hidung dan mengetahui ada atau tidaknya inflamasi atau sinusitis.

- Inspeksi : Simetris atau tidaknya hidung, ada atau tidaknya infalamasi, serta ada tidaknya se cre t.
- Palpasi : Adanya nyeri tekan atau tidak.

e. Mulut dan Tenggorokan

- Tujuan : Untuk mengetahui kelainan dan bentuk pada mulut, dan mengetahui kebersihan mulut
- Inspeksi : Lihat pada bagian bibir apakah ada kelainan congenital (bibir sumbing) kesimetrisan, warna, pembengkakan, lesi, kelembapan, amati juga jumlah dan bentuk gigi, berlubang, warna plak dan kebersihan gigi.
- Palpasi : Pegang dan tekan pelan daerah pipi kemudian rasakan ada masa atau tumor, odem atau nyeri.

f. Leher

- Tujuan : Untuk mengetahui struktur integritas leher, bentuk serta organ yang berkaitan untuk memeriksa sistem limfatik.
- Inspeksi : Anti tiroid, dan amati kesimetrisan leher dari depan, belakang dan samping.
- Palpasi : Pegang leher klien, anjurkan klien untuk menelan dan rasakan adanya kelenjar tiroid.

g. Thorax

1) Paru

- Tujuan : Untuk mengetahui kesimetrisan, irama nafas, frekuensi, ada atau tidaknya nyeri tekan, dan untuk mendengarkan bunyi paru.
- Inspeksi : Amati bentuk dada dan pergerakan dada kanan dan kiri, amati adanya retraksi intercostal, amati pergerakan paru.
- Palpasi : Ada atau tidaknya nyeri tekan.
- Perkusi : Menentukan batas normal suara ketukan normal paru. Bunyi resonan atau sonor pada seluruh lapang paru, jika disertai efusi pleura akan didapati suara redup hingga

pekak, jika disertai pneumothorax akan disertai bunyi hipereesonon.

Auskultasi : Pada auskultasi paru pasien pneumonia beberapa suara napas abnormal yang mungkin terdengar meliputi ronki, rales (krepitasi), dan suara nafas yang melemah atau bronkial. Selain itu juga terdengar suara napas tambahan seperti wheezing (mengi).

2) Jantung

Inspeksi : Ictus cordis tidak tampak

Palpasi : Ictus cordis teraba pada ICS ke kiri

Perkusi : Redup

Auskultasi : Reguler (S1+S2) lup-dup

Auskultasi

:

h. Abdomen

Tujuan : Untuk mengetahui gerakan dan bentuk perut, mendengarkan bunyi peristaltik usus dan untuk mengetahui ada atau tidaknya nyeri tekan pada organ dalam abdomen.

Inspeksi : Amati bentuk perut secara umum, warna, ada tidaknya retraksi, benjolan, ada tidaknya kesimetrisan, serta ada tidaknya acites.

Palpasi : Ada atau tidaknya massa dan respon nyeri.

Auskultasi : Mendengarkan bising usus normal 10-12 x/menit.

Perkusi : Tympani

i. Muskuloskeletal

Tujuan : Untuk mengetahui mobilitas kekuatan otot dan gangguan gangguan di daerah tertentu.

Inspeksi : Mengenali ukuran adanya atrofi dan hiperatrofi, amati kekuatan otot dengan memberi penahan pada anggota gerak atas dan bawah.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Tabel 2. 12 Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Definisi	Tanda dan Gejala
1.	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) Penyebab: 1. Kerusakan integritas struktur tulang 2. Perubahan metabolisme 3. Ketidakbugaran fisik 4. Penurunan kendali otot 5. Penurunan massa otot 6. Penurunan kekuatan otot 7. Keterlambatan perkembangan 8. Kekakuan sendi 9. Kontraktur 10. Malnutrisi 11. Gangguan muskuloskeletal 12. Gangguan neuromuscular 13. Indeks massa tubuh di atas persentil ke-75 sesuai usia 14. Efek agen farmakologis 15. Program pembatasan gerak 16. Nyeri 17. Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik 18. Kecemasan 19. Gangguan kognitif 20. Kegagalan melakukan pergerakan 21. Gangguan sensori-persepsi	Gangguan mobilitas fisik merupakan diagnosis yang didefinisikan sebagai keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Kondisi terkait: 1. Stroke 2. Cedera Medula Spinalis 3. Trauma 4. Fraktur 5. Osteoarthritis 6. Osteomalasia 7. Keganasan	Tanda dan gejala mayor Subjektif 1. Mengetahui sulit menggerakkan ekstremitas Objektif 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun Tanda dan gejala minor Subjektif 1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak Objektif 1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah
2.	Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119) Penyebab: 1. Penurunan sirkulasi serebral 2. Gangguan neuromuskuler 3. Gangguan pendengaran 4. Gangguan muskuloskeletal 5. Kelesuan palatum 6. Hambatan fisik (misal: terpasang trakeostomi,	Gangguan komunikasi verbal merupakan diagnosis yang didefinisikan sebagai penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol. Kondisi terkait: 1. Stroke 2. Trauma wajah 3. Peningkatan tekanan	Tanda dan gejala mayor Subjektif 1. Tidak terespon dia Objektif 1. Tidak mampu berbicara atau mendengar Tanda dan gejala minor Subjektif 1. Tidak terespon dia Objektif

No	Diagnosa Keperawatan	Definisi	Tanda dan Gejala
	intubasi, krikotiroidotomi)	intrakranial	1. Afasia
7.	Hambatan individu (misal: ketakutan, kecemasan, marah, malu, emosional, kurang privasi)	4. Hipoksia kronis 5. Tumor 6. Fraktur rahang 7. Autisme	2. Disfasia 3. Apraksia 4. Disleksia 5. Disartria 6. Pelop 7. Gagap 8. Sulit memahami komunikasi
8.	Hambatan psikologis (misal: gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi)		9. Sulit mempertahankan komunikasi
9.	Hambatan lingkungan (misal: ketidakcukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidaksesuaian budaya, Bahasa asing)		10. Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh 11. Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh 12. Sulit menyusun kalimat 13. Verbalisasi tidak tepat
3.	Risiko Perfusion serebral tidak Efektif (D.0017) Penyebab: 1. Keabnormalan masa protrombin dan/atau masa protrombin parsial 2. Penurunan kinerja ventrikel kiri 3. Aterosklerosis aorta 4. Diseksi arteri 5. Fibrilasi atrium 6. Tumor otak 7. Stenosis karotis 8. Miksoma atrium 9. Aneurisma serebri 10. Koagulopati (misalnya anemia sel sabit) 11. Dilatasi kardiomiopati 12. Koagulasi intravaskuler diseminata 13. Embolisme 14. Cedera kepala	Risiko perfusi serebral tidak efektif adalah diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak. Kondisi terkait: 1. Stroke 2. Cedera kepala 3. Aterosklerotik aortik 4. Infark miokard akut 5. Diseksi arteri 6. Embolisme 7. Endokarditis infeksi 8. Fibrilasi atrium 9. Hiperkolesterolemia 10. Hipertensi 11. Dilatasi kardiomiopati	Tanda dan gejala mayor Subjektif 1. Tidak terdengar Objektif 1. Tidak terdengar Tanda dan gejala minor Subjektif 1. Tidak terdengar Objektif 1. Tidak terdengar

No	Diagnosa Keperawatan	Definisi	Tanda dan Gejala
15.	Hiperkolesteronemia		
16.	Hipertensi		
17.	Endokarditis infeksi		
18.	Katup prostetik mekanis		
19.	Stenosis mitral		
20.	Neoplasma otak		
21.	Infark miokard akut		
22.	Sindrom sick sinus		

Sumber: SDKI 2018

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Komponen intervensi keperawatan terdiri atas tiga komponen yaitu label, definisi dan tindakan. Tindakan - tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

Tabel 2. 13 Intervensi Keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama..... diharapkan Mobilitas fisik (L.05042) Meningkat dengan Kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas (1-5) 2. Kekuatan otot (1-5) 3. Rentang gerak (ROM) (1-5) 4. Kecemasan (1-5) 5. Gerakan terbatas (1-5) 6. Kelemahan fisik (1-5) Skala: 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan	Dukungan Mobilisasi (I.05173) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. <i>Terapeutik</i> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga membantu klien meningkatkan pergerakan <i>Edukasi</i> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di

No	SDKI	SLKI	SKKI
			sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
			Pemantauan Neurologis (I.06197)
			<i>Observasi</i>
			1. Monitor ukuran, bentuk, simetrisan, dan reaktivitas pupil
			2. Monitor tingkat kesadaran
			3. Monitor tingkat orientasi
			4. Monitor ingatan terakhir, tentang perhatian, memori masa lalu, mood, perilaku
			5. Monitor tanda-tanda vital
			6. Monitor status pernapasan: analisa gas darah, oksimetri nadi, kedalaman napas, pola napas, dan usaha napas.
			7. Monitor refleksi kornea
			8. Monitor batuk dan refleksi muntah
			9. Monitor irama otot, gerakan motor, gaya berjalan, dan propnopsi
			10. Monitor kekuatan pegangan
			11. Monitor simetris wajah
			12. Monitor keluhan sakit kepala
			<i>Terapeutik</i>
			1. Tingkatkan frekuensi pemantauan neurologis, jika perlu
			2. Hindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial
			3. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien
			4. Dokumentasikan hasil pemantauan
			<i>Edukasi</i>
			1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
			Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
2.	Gangguan komunikasi verbal (D.0119)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama..... diharapkan Komunikasi verbal (L.13118) Meningkat dengan Kriteria hasil:	Promosi komunikasi: defisit bicara (I.13492)
			<i>Observasi</i>
			1. Monitor kecepatan tekanan dan diksi bicara
			2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis saat

No	SDKI	SLKI	SIKI
		1. Kemampuan berbicara (1-5) 2. Kemampuan mendengar (1-5) 3. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh (1-5) 4. Kontak mata (1-5) 5. Afasia (1-5) 6. Disfasia (1-5) 7. Apraksia (1-5) 8. Disleksia (1-5) 9. Disatria (1-5) 10. Afonia (1-5) 11. Dislalia (1-5) 12. Peloro (1-5) 13. Gagap (1-5) 14. Respons perilaku (1-5) 15. Pemahaman komunikasi (1-5)	bicara (misalkan memori, pendengaran dan bahasa) 3. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi <i>Terapeutik</i> 1. Gunakan metode komunikasi alternatif 2. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan 3. Ulangi apa yang disampaikan pasien <i>Edukasi</i> 1. Gunakan juru bicara jika perlu 2. Anjurkan berbicara perlahan <i>Kolaborasi</i> 1. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
		Skala: 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan	
3.	Resiko Perfusi Serebral tidak Efektif (D.0017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama..... diharapkan Perfusi serebral (L.02015) Meningkat dengan Kriteria hasil: 1. Sakit kepala (1-5) 2. Keceemasan (1-5) 3. Tekanan darah sistolik (1-5) 4. Tekanan darah diastolik (1-5) Skala: 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun	Manajemen Tekanan Intrakranial (I.06194) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>) 4. Monitor CVP (<i>Central Venous Pressure</i>), jika perlu 5. Monitor PAWP, jika perlu 55. Monitor PAP, jika perlu 7. Monitor status pernapasan 8. Monitor intake dan output cairan 9. Monitor cairan serbro-spinalis (mis: warna, konsistensi) <i>Terapeutik</i>

No	SDKI	SLKI	SIKI
			1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 2. Berikan posisi semi fowler 3. Hindari <i>Manue ver Valsava</i> 4. Cegah terjadinya kejang 5. Hindari penggunaan PEEP 6. Hindari pemberian ¹⁴IV hipotonik 7. Atur ventilator agar PaCO₂ optimal 8. Pertahankan suhu tubuh normal
			Kolaborasi 1. ²¹Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu 3. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu
			Edukasi Diet (I.12369) Observasi 1. Identifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi 2. Identifikasi tingkat pengetahuan saat ini 3. Identifikasi kebiasaan ⁴⁹pola makan saat ini dan masa lalu 4. Identifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan 5. Identifikasi keterbatasan finansial untuk menyediakan makanan.
			Terapeutik 1. Persiapkan materi dan media dan alat peraga 2. Jadwal waktu yang tepat untuk ¹⁰memberikan Pendidikan Kesehatan 3. Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya 4. Sediakan rencana makan tertulis, jika perlu
			Edukasi 1. Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap Kesehatan 2. Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang 3. Informasikan kemungkinan

No	SDKI	SLKI	SIKI
			interaksi obat dan makanan, jika perlu
4.	Anjurkan	pertahankan posisi semi fowler (30 – 45 derajat) 20 – 30 menit setelah makan	
5.	Anjurkan	mengganti bahan makanan sesuai dengan diet yang diprogramkan	
6.	Anjurkan	melakukan olahraga sesuai toleransi	
7.	Ajarkan	cara membaca label dan memilih makanan yang sesuai	
8.	Ajarkan	cara merencanakan makanan yang sesuai program	
9.	Rekomendasikan	resep makanan yang sesuai dengan diet, jika perlu	
		Kolaborasi	
1.	Rujuk	ke ahli gizi dan sertakan keluarga, jika perlu	

Sumber: SDKI, SLKI, SIKI 2018

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan (implementasi) adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Implementasi mencakup melakukan, membantu, atau mengarahkan kinerja aktivitas kehidupan sehari-hari, memberikan asuhan perawatan untuk tujuan yang berpusat pada klien (Pottelr & Pelrry, 2021).

Pelaksanaan keperawatan merupakan tahapan pemberian tindakan keperawatan untuk mengatasi permasalahan penderita secara terarah dan komprehensif, berdasarkan rencana tindakan yang telah ditetapkan sebelumnya. Pelaksanaan keperawatan pada CVA Infark dikembangkan untuk memantau tanda-tanda vital, melakukan latihan rentang pergerakan sendi aktif dan pasif, meminta klien untuk mengikuti perintah sederhana, memberikan stimulus

terhadap sentuhan, membantu klien dalam personal hygiene, dan ¹⁰ menjelaskan tentang penyakit, perawatan dan pengobatan CVA Infark.

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah suatu proses hasil akhir setelah semua dilakukan dari analisa data, intervensi, implementasi dengan melakukan perbandingan sistematis untuk mengetahui apakah masalah sudah teratasi, teratasi sebagian atau belum sama sekali. Evaluasi keperawatan juga diperlukan untuk menentukan apakah intervensi yang diberikan mencapai tujuan dan berhasil hingga bisa diterapkan untuk mengaplikasikan pada intervensi selanjutnya. Evaluasi menggunakan sistem SOAP (subjektif, objektif, assessment, dan perencanaan) dengan metode ini maka integritas dan evaluasi keluhan yang dialami klien dapat dinilai dan tindakan keperawatan dapat dikatakan berhasil jika klien merasa lebih nyaman, keluhan berkurang, dan klien bisa pulang (Sholeh, 2022).

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode studi kasus. Tidak digunakannya statistik, kuantifikasi, ataupun angka-angka yang lain di penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif prinsipnya untuk memahami obyek yang diteliti secara mendalam. Tujuan penelitian kualitatif pada umumnya mencakup informasi tentang fenomena utama yang dieksplorasi dalam penelitian, partisipan penelitian dan lokasi penelitian (Gokce, 2022).

Penelitian ini menggunakan laporan kasus untuk menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami CVA Infark di Ruang Abimanyu Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Jombang.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah memberikan gambaran mengenai masalah yang diteliti oleh peneliti, maka peneliti perlu memberikan batasan istilah dalam membatasi makna maupun istilah-istilah yang terkait pada penelitian ini. Penelitian yang dimaksud adalah Asuhan Keperawatan pada Pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA)

Infark di Ruang Abimanyu Rumah Sakit Umum Daerah Jombang. Dalam penelitian *Accident* (CVA) Infark di Ruang Abimanyu Rumah Sakit Umum Daerah Jombang. Studi kasus ini penulis perlu menjelaskan mengenai konsep *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark.

3.4 Partisipan

Subyek yang digunakan untuk penelitian adalah 1 klien atau 1 kasus dengan diagnose medis yang mengalami CVA dengan masalah gangguan mobilitas fisik di ruang Abimanyu RSUD Jombang, dengan kriteria klien sebagai berikut:

1. Klien dengan masalah CVA Infark hari ke 2 atau lebih
2. Klien dalam keadaan sadar, GCS: E = 4, V = 5, M = 6
3. Klien berjenis kelamin laki-laki dengan usia 50-70 tahun
4. Klien yang bersedia untuk dilakukan studi penelitian

3.4 Lokasi Dan Waktu Penelitian

Lokasi Penelitian Lokasi penelitian ini berada di ruang Abimanyu RSUD Jombang Jl. KH. Wahid Hasyim No. 52, Kepanjen, Kec. Jombang Jawa Timur 2. Proses penyusunan perencanaan proposal hingga penyelesaian laporan hasil akhir penelitian dimulai bulan Januari - Juni 2025.

3.5 Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah cara agar memperoleh data yang sesuai dengan permasalahan dalam penelitian ini, berikut ini metode pengumpulan data sebagai berikut:

1. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi adalah kegiatan mencari data dari sumber berupa catatan, transkrip, buku, agenda dan sebagainya. Yang diamati dalam studi

dokumentasi adalah benda mati. Dalam kasus ini ⁸⁸ peneliti menggunakan studi dokumentasi berupa lembar asuhan keperawatan.

¹ 3.6 Uji Keabsahan Data

Tingginya hasil data studi kasus menjadi tujuan pengujian validitas data.

Peranan yang meneliti karenanya sebagai instrumen utamanya keabsahan data diuji menggunakan cara:

1. Peneliti melakukan triangulasi data dengan menggunakan tiga sumber data untuk menjelaskan tanggapan responden, ¹ adapun pihak lain dalam studi kasus ini yaitu klien lain yang pernah menderita penyakit yang sama dengan klien, perawat yang pernah mengatasi masalah yang sama dengan klien dan perawat pelaksana yang jaga pada jam tersebut (Ennals & Fossey, 2021).

¹ 3.7 Analisa Data

Analisis data dimulai saat peneliti berada di lapangan dan berlanjut hingga semua data terkumpul. Menyajikan fakta, membandingkannya dengan hipotesis, dan mengungkapkan sudut pandang perdebatan adalah analisis data. Menceritakan jawaban wawancara mendalam untuk menjawab rumusan masalah adalah ¹⁰ metode analitis. Peneliti menggunakan alat analisis untuk mengamati dan mencatat bukti, yang dianalisis dan dilakukan perbandingan terhadap teori guna mengusulkan intervensi (Yamamah, 2022). ¹ Langkah-langkah analisa datanya antara lain:

1. Pengumpulan data

Wawancara dan data penelitian dilakukan pengumpulan di lokasi studi kasus. Temuannya didokumentasikan dalam catatan dan ditranskrip sebagai transkrip.

2. Mereduksi data

Data wawancaranya serta lapangannya dievaluasi, dihasilkan dengan laporan makin lengkap serta metodis, ditranskripsikan, serta dinilai sebagai data subjektif serta objektif.

3. Penyajian data

Sajikan data memakai tabel, bagan, grafik, ataupun narasi. Sembunyikan identitas pasien menjamin kerahasiaan.

4. Kesimpulan

Data diperiksa serta dilakukan perbandingan pada penelitian terdahulu serta teori perilaku kesehatan. Kesimpulannya dicapai melalui induksi. Pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, serta evaluasi menjadi data yang dilakukan pengumpulan.

3.8 Etika

Etika penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian studi kasus, mengingat penelitian ini berhubungan langsung dengan manusia atau klien maka penelitian ini harus diperhatikan. Ada beberapa etika penelitian yang harus diperhatikan dalam penelitian studi kasus ini (Nursalam,

2019). Dicantumkan etika penelitian yang mendasari penyusunan studi kasus sebagai berikut:

1. *Ethical clearance*

Karena penelitian ini akan melibatkan responden manusia, penelitian ini harus diuji oleh Komisi Etik Penelitian. Penelitian ini sudah dinyatakan lolos uji etik oleh tim KEPK ITSKEs ICMe dengan Nomor. 412/KEPK/ITSKEs-ICME/VII/2025.

2. *Anonymity*

Nama asli responden tidak ditulis, tetapi diberi kode tertentu di hasil penelitian digunakan untuk menjaga privasi.

3. *Confidentiality*

Peneliti menjamin kerahasiaan data dan masalah responden, dan hanya kelompok terbatas yang akan mengetahuinya.



BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengumpulan Data

Pengambilan data pada studi kasus dengan judul Asuhan Keperawatan pada Pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark Di Ruang Abimanyu Rumah Sakit Umum Daerah Jombang Jl. KH. Wahid Hasyim No. 52, Kepanjen, Kec. Jombang, Kab. Jombang, Jawa Timur 64146. Di Ruangan Abimanyu sendiri terbagi menjadi empat ruang yaitu: ruang Abimanyu 1 (HCU 1) ditempati klien dengan masalah penyakit paru, Abimanyu 2 (HCU 2) ditempati klien dengan masalah penyakit dalam, Abimanyu 3 (HCU 3) ditempati klien dengan masalah penyakit Neurologi, Abimanyu 4 ditempati pasien yang sudah stabil pindahan dari ruang Abimanyu 1,2 dan 3.

4.1.2 Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Identitas Klien

Tanggal masuk	: 01 Desember 2024
Jam masuk	: 07.10 WIB
Tanggal pengkajian	: 02 Desember 2024
Jam pengkajian	: 09.30 WIB
No RM	: 42
Nama	: Tn. S
Umur	: 60 Tahun
Jenis kelamin	: Laki-laki
Agama	: Islam

Pendidikan : SMP
Pekerjaan : Pedagang
Alamat : Ploso, Jombang
Status Pernikahan : Menikah

2. Penanggung Jawab Pasien

Nama : Tn. D
Umur : 30 Tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Alamat : Ploso, Jombang
Hubungan dengan pasien: Anak pasien

3. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Pasien mengatakan tangan kiri dan kaki sebelah kiri terasa lemah dan sulit untuk digerakkan.

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien mengatakan $\pm$ 3 hari mengeluh anggota badan sebelah kiri terutama tangan dan kaki kiri terasa kesemutan, disertai pusing dan sakit kepala, lalu pada tanggal 12 Desember 2024 sekitar jam 14.00 WIB ketika hendak ingin ke kamar mandi kaki terasa lemah, kaku, tidak bisa digerakkan sama sekali, dan kepala terasa pusing setelah itu pasien langsung diantar oleh keluarga ke RSUD Jombang pada pukul 14.20 WIB untuk mendapatkan penanganan, kemudian pasien di pindahkan ke ruang

rawat inap Abimanyu RSUD Jombang pada pukul 18.00 WIB. Saat dilakukan pengkajian pasien masih mengeluh tangan kiri dan kaki sebelah kiri terasa lemah dan sulit untuk digerakkan, terasa pusing. Hasil TTV: TD: 140/90mmHg, Nadi: 90x/menit, Suhu: 36,7 °C, RR: 20x/menit, kekuatan otot 5/1/5/1 kekuatan otot anggota gerak sebelah kiri mengalami kelemahan atau hanya terlihat sedikit gerakan otot.

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi selama 1 tahun dan riwayat diabetes 1 tahun tetapi pasien rutin memeriksakan penyakitnya ke puskesmas.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada keluarga yang mempunyai riwayat penyakit menular atau bawaan seperti hipertensi maupun penyakit menular lainnya.

4. Pola Fungsi Kesehatan

a. Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Pasien mengatakan tidak merokok, tidak minum alkohol, pasien mengatakan minum obat amlodipine 5mg 1x sehari, tidak mempunyai alergi, harapan pasien ingin segera sembuh agar bisa berkumpul dengan keluarga.

b. Nutrisi dan Metabolik

Di rumah pasien makan 3x dalam sehari dengan menu mencakup nasi, hidangan protein dan sayur. Di rumah sakit pasien mendapatkan jenis diet DMB 1200 kalori, jumlah porsi 3x dalam sehari, nafsu makan

menurun, pasien mengatakan tidak ada kesulitan menelan, jumlah cairan/minum 600ml, untuk jenis cairan air putih, cairan infus NaCl 500cc/24 jam.

c. Aktivitas dan Latihan

Di rumah klien dapat melakukan aktivitas sehari-hari dengan sendiri, namun setelah di rawat di rumah sakit klien berbaring di tempat tidur. Saat melakukan aktivitas klien dibantu oleh keluarga.

Tabel 4.1 Aktivitas dan Latihan

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
Makan/minum				✓	
Mandi				✓	
Toileting				✓	
Berpakaian				✓	
Berpindah				✓	
Mobilisasi di tempat tidur & ambulasi ROM				✓	
0: Mandiri	2: Dibantu orang		4: Tergantung total		
1: Menggunakan alat bantu	3: Dibantu orang lain dan alat				

1) Alat bantu : Pasien terpasang kateter

d. Istirahat dan Tidur

Pasien mengatakan mempunyai kebiasaan tidur saat di rumah pada waktu siang dan malam hari, pasien mengatakan pada saat di rumah tidur sekitar 8 jam dan pada saat di rumah sakit pasien mengalami kesulitan untuk memulai tidur, dikarenakan pasien cemas akan kondisinya dan lama tidur pasien kurang lebih 6-7 jam.

e. Eliminasi

Pasien mengatakan pola defekasi BAB terakhir sebelum masuk rumah sakit yaitu kemarin, warna feses kuning kecoklatan, selama di rumah sakit pasien belum BAB, pola miksi spontan terpasang kateter, warna urine

kuning jernih, jumlah urine 1100 ml/hari.

f. Pola Persepsi Diri (Konsep Diri)

Pasien mengatakan tidak merasa malu dengan keadaannya sekarang, peran sekarang sebagai pasien, identitas diri sebagai kepala keluarga, pasien mempunyai minat untuk sembuh, pasien berpenampilan baik, pasien mengatakan system pendukung adalah keluarga, interaksi dengan orang lain baik, agama yang dianut adalah islam, nilai keyakinan pasien mengatakan ingin sembuh dan pasien percaya ini semua adalah cobaan yang maha esa.

g. Kognitif Perseptual

Keadaan mental baik, berbicara baik dan lancar, ke mampuan memahami pasien mudah memahami, pasien mampu mendengar dengan jelas, pasien mampu melihat dengan jelas **Pemeriksaan Fisik**

a. Observasi pemeriksaan fisik

Tekanan Darah : 140/90 mmHg

Nadi : 90 x/menit

Suhu : 36,7 °C

RR : 20 x/menit

Kesadaran : Composmentis, GCS 4-5-6

Status gizi : Normal

Berat Badan : 55 kg

Tinggi Badan : 165 cm

Sikap : Tampak cemas

b. Pemeriksaan *Head To Toe*

1) Kepala

Warna rambut hitam beruban, kuantitas rambut banyak, tekstur rambut sedikit kasar, kulit kepala bersih, bentuk kepala simetris tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.

2) Mata

Konjungtiva tidak anemis, sclera putih, reflek pupil +/- (Isokor).

3) Telinga

Bentuk telinga daun telinga lebar dan lengkung sempurna, kesimetrisan telinga kanan dan kiri simetris tidak ada pengeluaran cairan.

4) Hidung dan Sinus

Bentuk hidung simetris, tidak ada sinus, warna sawo matang.

5) Mulut dan tenggorokan

Bibir pucat, mukosa kering, gigi bersih, lidah terdapat warna putih, faring simetris tidak ada pembesaran atau pembengkakan.

6) Leher

Bentuk simetris, warna sawo matang, posisi trakea tengah,

¹¹ pembesaran tiroid tidak ada pembesaran tiroid, dan tidak ada pembesaran JVP.

7) Thorax

a) Paru-paru

Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 20x/menit, kedalaman nafas dalam, jenis pernafasan dada, tidak ada retraksi dada, irama nafas regular, ekspansi paru normal, vocal fremitus seimbang,

batas paru di antara costa ke 5 dan ke 6, suara nafas vesikuler.

b) Jantung

Ictus cordis tidak tampak, nyeri tidak ada, ¹ batas jantung kiri ICS 4-6, batas atas ICS 2, batas pinggang jantung ICS 3, bunyi jantung reguler S1 S2 tunggal.

8) Abdomen

Bentuk perut flat/datar, warna kulit sawo matang, bising usus 18x/menit, tidak ada nyeri tekan.

9) Genetalia

Bentuk kelamin normal, tidak ada kelainan, tidak ada benjolan, pasien menggunakan kateter, berwarna kuning jernih, aroma yang khas, urine output sebanyak 1100 cc/24 jam.

10) Ekstremitas

Pasien mengalami *parese* (kelemahan) anggota gerak tubuh sebelah kiri, pasien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri sulit untuk digerakkan, kekuatan otot menurun 5/1/5/1 kekuatan otot anggota gerak sebelah kiri mengalami kelemahan atau hanya terlihat sedikit gerakan otot, turgor <2 detik, warna kulit sawo matang, akral hangat.

5. Pemeriksaan Penunjang

a. Radiologi Thorax Tanggal 01-12-2024

Hasil: *Cardiomegaly* Dg Elongasio Aorta, Pneumonia Non Covid
Sumber: Radiologi RSUD Jombang, 2024

b. Radiologi CT-Scan Tanggal 01-12-2024

Hasil: Infrak serebri di daerah cortical subcortical lobus frontotemporalis kanan, ganglia basalis kanan eksterna kanan dan substansia alba periventriculer lateralis kanan
Sumber: Radiologi RSUD Jombang, 2024

c. EKG Tanggal 01-12-2024

Hasil: Sinus Rhytm

Sumber: Rekam Medik Pasien, 2024

d. Darah lengkap

Tabel 4. 2 Hasil Pemeriksaan Darah Lengkap

Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
HEMATOLOGI		
Hemoglobin	12,3 g/dl	13.2-17.3
Leukosit	5.97 10^3 /ul	3.8-10.6
Hematokrit	37.6 %	4.4-5.9
Eritrosit	4.2 10^6 /ul	4.4-5.9
MCV	80.3 fl	82-92
MCH	27.8 pg	27.31
MCHC	34.6 g/l	31-36
RDW-CV	11.6 %	11.5-14.5
Trombosit	185 10^3 /ul	150-440
Hitung Jenis		
Eosinofil	3 %	2-4
Basofil	0	<1
Batang	-	3-5
Segmen	88 %	50-70
Limfosit	28.8 %	25-40
Monosit	7 %	2-8
Imature	0.5%	
Granulocyte (IG)		
Neutrophil Absolut (ANC)	6.50 10^3 /ul	2.5-7
Limfosit Absolut (ALC)	1.8 10^3 /ul	1.3-3.6
NLR	5.17	<3.13
Retikulosit	1.48%	0.5-1.5
Ret-He	34.1 pg	>30.3
Immature Platelet (IPF)		
Normoblas (NRBC)	0.00%	
I/T Ratio	0.1	<2
KIMIA DARAH		
Glukosa Darah Sewaktu	234 mg/dl	<200
Kreatinin	0.70 mg/dl	0.6-1.1
Urea	22.6 mg/dl	13-43
SGOT	27 ul	15.40
SGPT	23 ul	10-40
Natrium	142.78 mEq/l	
Kalium	4,15 mEq/l	135-147
Klorida	111 mEq/l	3.5-5
LAIN-LAIN		
Antigen SARS CoV-2	Negatif	95-105

Sumber: Laboratorium RSUD Jombang, 2024

6. Terapi Medik

Tabel 4. 3 Terapi Medik

Terapi Medik
Inf. NaCl 500ml/24 jam
Inj. Ceftriaxson 3x1 gr
Inj. Omeprazole 1x40 mg
Inj. Citicolin 2x500 mg
Inj. Lanzoprazole 2x30 mg

Sumber: Rekam Medik Pasien, 2024

4.1.3 Analisa Data Pasien

Tabel 4. 4 Analisa Data Pasien

5 Data	7 Etiologi	9 Masalah
1. Data Subjektif: Pasien mengatakan tangan sebelah kiri dan kaki sebelah kiri lemas tidak bisa di gerakkan. Data Objektif: a. Keadaan umum lemah b. Adl dibantu oleh keluarga c. Pasien tampak kesulitan untuk menggerakkan tangan dan kaki kirinya. d. Pasien tampak cemas e. TTV TD: 140/90 mmHg N: 90x/menit S: 36,7°C RR: 20x/menit f. Kesadaran: Composmentis g. GCS: 4-5-1 h. Kekuatan otot menurun 5 1 5 1	CVA Infark ↓ Proses metabolisme dalam otak terganggu ↓ Penurunan suplai darah dan O2 ke otak ↓ 19 Penurunan fungsi motorik dan muskuloskeletal ↓ Gangguan Mobilitas Fisik	Gangguan Mobilitas Fisik
2. Data Subjektif: Pasien mengatakan pusing dan badan terasa lemah. Data Objektif: a. Keadaan umum lemah b. Pasien tampak cemas c. Pupil isokor, konjungtiva tidak anemis d. Refleks pupil+/- e. TTV TD: 140/90 mmHg N: 90x/menit S: 36,7°C RR: 20x/menit GCS: 12-1-1 f. Hasil CT-Scan: Infrak serebri didaerah cortical subcortical lobus frontotemporalis kanan, ganglia basalls kanan eksterna kanan dan substansia alba periventrikuler lateralls kanan	CVA Infark ↓ 18 Penurunan suplai darah dan O2 ke otak ↓ Resiko Perfusi Serebral tidak Efektif	Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

Sumber: Data Primer 2024

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan masa otot dibuktikan dengan tangan dan kaki sebelah kiri sulit digerakkan (**D.0054**)
2. Resiko Perfusi Serebral tidak E fektif dibuktikan dengan pasien mengeluh pusing (**D.0017**)

4.1.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 14. 5 Intervensi Keperawatan

SDKI	SLKI	SIKI
13 1. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan masa otot (D.0054)	Setelah tindakan keperawatan se lama 3x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat (5) 2. Kekuatan otot meningkat (5) 3. Rentang gerak (ROM) meningkat (3) 4. Kecemasan menurun (5) 5. Gerakan terbatas menurun (5) 6. Kelemahan fisik menurun (5)	Dukungan Mobilisasi (I.05173) dan Pemantauan Neurologis (I.06197) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum sebelum melakukan mobilisasi. 5. Monitor ukuran, bentuk, simetris, dan reaktivitas pupil 6. Monitor tingkat kesadaran 7. Monitor status pernapasan: analisa gas darah, oksimetri nadi, ke dalaman napas, pola napas, dan usaha napas. 8. Monitor irama otot, gerakan motor, gaya berjalan, dan propnosesi 14 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga membantu klien meningkatkan pergerakan

No	SDKI	SLKI	SIKI
			<i>Edukasi</i> 1. Je laskan 9 tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) 4. Je laskan tujuan dan prosedur pemantauan
2.	6 Resiko Serebral Efektif dengan mengeluh (D.0017)	Perfusi tidak dibuktikan dengan pasien pusing Se telah dilakukan tindakan kepe rawatan se lama 3x24 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil: 1. Sakit kepala menurun (5) 2. Kecemasan menurun (5) 3. Tekanan darah sistolik membaik (5) 4. Tekanan darah diastolik membaik (5)	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194) dan Edukasi Diet (I.012369) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>) 4. Monitor status pernapasan 5. Monitor intake dan output cairan 6. Identifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi 7. Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu <i>Terapeutik</i> 1. Minimalkan stimulus dengan menye diakan lingkungan yang tenang 2. Berikan posisi semi fowler 3. Pertahankan suhu tubuh normal 4. Berikan kesempatan pasien dan keluarga

No	SDKI	SLKI	SIKI
			beritanya
			Edukasi
			1. Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap Kesehatan
			2. Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang
			Kolaborasi
			1. Kolaborasi pemberian obat, jika perlu

Sumber: SDKI, SLKI, SIKI 2018

4.1.6 Implementasi Keperawatan

Tabel 4. 6 Implementasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Jam	Hari ke 1, 02 Desember 2024	Paraf
Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	08.00 WIB	1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Hasil: Pasien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri terasa lemah dan sulit digerakkan. Kekuatan otot: 5 1 2 1	Agus
	08.05	2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil: Pasien tampak lemah dikarenakan tangan dan kaki kiri belum digerakkan	Agus
	08.10 WIB	3. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Hasil: TD: 140/90 mmHg N: 90x/menit S: 36,7°C R: 20x/menit	Agus
	08.20 WIB	4. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Hasil: Pasien mengatakan belum bisa bergerak secara bebas dikarenakan tangan dan kaki kiri belum bisa digerakkan	Agus
	08.21 WIB	5. Memonitor ukuran, bentuk, kesimetrisan, dan reaktivitas pupil Hasil: Pupil Isokor, konjungtiva tidak anemik, reflek pupil +/-	Agus
	08.22 WIB	6. Monitor tingkat kesadaran Hasil: kesadaran composmentis	Agus
	08.23 WIB	7. Monitor status pernapasan: oksimetri nadi, kedalaman napas, pola napas, dan	Agus

Diagnosa Keperawatan	Jam	Hari ke 1, 02 Desember 2024	Paraf
		usaha napas. Hasil: SPO2 98%, pemapasan dada, pola napas regulat.	34 Agus
08.25 WIB	8.	Monitor irama otot, gerakan motor, gaya berjalan, dan proprioception: Hasil: Pasien mengalami kelemahan anggota tubuh tangan dan kaki sebelah	2 Agus
08.30 WIB	9.	Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) Hasil: Perawat memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu pagar tempat tidur.	31 Agus
08.35 WIB	10.	Memfasilitasi melakukan pergerakan Hasil: Input: Perawat mengajarkan dan melakukan gerakan ROM pergelangan tangan, jari-jari tangan, ibu jari, lutut, mata kaki, kaki, dan jari kaki pasien Output: Pasien mengatakan tangan dan kaki masih belum bisa digerakkan	30 Agus
08.36 WIB	11.	Melibatkan keluarga membantu klien meningkatkan pergerakan Hasil: Perawat melibatkan keluarga dalam mendampingi pasien melakukan pergerakan	32 Agus
08.45 WIB	12.	Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Hasil: Input: Perawat menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi seperti duduk di tepi tempat tidur Output: Pasien mengatakan paham apa yang dijelaskan oleh perawat	33 Agus
08.50 WIB	13.	Menganjurkan melakukan mobilisasi dini Hasil: perawat menganjurkan pasien untuk melakukan mobilisasi dini seperti duduk di tepi tempat tidur	35 Agus
08.51 WIB	14.	Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) Hasil: perawat mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan yaitu: duduk di tempat tidur, dan duduk disisi tempat tidur	36 Agus
08.55 WIB	15.	Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan Hasil: Perawat menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan	37 Agus

Diagnosa Keperawatan	Jam	Hari ke 1, 02 Desember 2024	Paraf
	09.00 WIB	16. Dokumentasikan hasil pemantauan Hasil: perawat mendokumentasikan hasil pemantauan	Agus
15 Resiko Perfusi Serebral tidak Efektif (D.0017)	09.10 WIB	1. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK (mis: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) Hasil: Infark	Agus
		2. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) Hasil: TD: 140/90mmHg. N: 90x/menit Pola napas reguler	Agus
	09.11 WIB	21 3. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) Hasil: MAP 107	Agus
	09.12 WIB	4. Memonitor status pernapasan Hasil: RR 20x/menit, SPO2 98%	Agus
	09.15 WIB	15 5. Memonitor intake dan output cairan Hasil: intake: cairan infus 500ml/24 jam dan air mineral 600ml/24 jam 64 Output: BAK 1100ml/hari	Agus
	09.20 WIB	6. Mengidentifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi Hasil: Pasien dan keluarga memahami apa yang sudah dijelaskan oleh perawat	Agus
	09.25 WIB	2 7. Mengidentifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu Hasil: pola makan pasien sebelum masuk rumah sakit 3x sehari, setelah masuk rumah sakit 3x sehari hanya mengabiskan 23 porsi	Agus
	09.30 WIB	8. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Hasil: Petugas memberikan lingkungan yang nyaman dan tenang	Agus
	09.31 WIB	9. Memberikan posisi semi fowler Hasil: Posisi pasien semi fowler	Agus
	09.32 WIB	48 10. Mempertahankan suhu tubuh normal Hasil: Suhu tubuh pasien dalam batas normal 36,7°C	Agus
	09.35 WIB	79 11. Memberikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya Hasil: perawat memberikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya	Agus

Diagnosa Keperawatan	Jam	Hari ke 1, 02 Desember 2024	Paraf
	09.40 WIB	12. ⁶⁷ Menjelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan Hasil: perawat menjelaskan tujuan akan pentingnya diet terhadap kesehatan pasien	Agus
	09.45 WIB	13. Menginformasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang ⁶⁸ Hasil: perawat menginformasikan makanan yang boleh dan yang tidak boleh dikonsumsi oleh pasien.	Agus
	10.00 WIB	14. Berkolaborasi pemberian obat, jika perlu Hasil: Inj. Ceftriaxon 1 gr, Omeprazole 40 mg, Citicolin 500 mg, Lanzoprazole 30 mg	Agus

Diagnosa Keperawatan	Jam	Hari ke 2, 03 Desember 2024	Paraf
Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	14.00 WIB	⁵ 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Hasil: pasien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri sudah bisa digerakkan tetapi masih lemah. Kekuatan otot: 5 2 2 2	Agus
	14.05	² 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil: Pasien tampak sudah bisa menggerakkan anggota badan sebelah kiri tetapi masih lemah	Agus
	14.10 WIB	⁹ 3. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Hasil: TD: 130/85 mmHg N: 86x/menit S: 36,6°C	Agus
	14.20 WIB	⁶ 4. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Hasil: Pasien mengatakan belum ² bisa bergerak secara bebas dikarenakan tangan ⁴⁶ kaki kiri belum bisa digerakkan	Agus
	14.21 WIB	⁴⁶ 5. Memonitor ukuran, bentuk, kesimetrisan, dan reaktifitas pupil Hasil: Pupil Isokor, konjungtiva tidak anemeis, reflek pupil +/-	Agus
	14.22 WIB	6. Monitor tingkat kesadaran Hasil: kesadaran composmentis	Agus
	14.23 WIB	7. Monitor status pernapasan: oksimetri nadi, kedalaman napas, pola napas, dan	Agus

Diagnosa Keperawatan	Jam	Hari ke 2, 03 Desember 2024	Paraf
		usaha napas. Hasil: SPO2 98%, pemapasan dada, pola napas reguler.	Agus
	14.25 WIB	8. Monitor irama otot, gerakan motor, gaya berjalan, dan proprioception: Hasil: Pasien mengalami kelemahan anggota tubuh tangan dan kaki sebelah kiri	Agus
	14.35 WIB	9. Memfasilitasi melakukan pergerakan Hasil: Input: Perawat mengajarkan dan melakukan gerakan ROM pergelangan tangan, jari-jari tangan, ibu jari, lutut, mata kaki, kaki, dan jari kaki. Output: Pasien mengatakan tangan dan kaki sudah bisa digerakkan tetapi masih terasa lemah	Agus
	14.36 WIB	10. Melibatkan keluarga membantu klien meningkatkan pergerakan Hasil: Perawat melibatkan keluarga dalam mendampingi pasien melakukan pergerakan	Agus
	14.50 WIB	11. Mengajarkan melakukan mobilisasi dini Hasil: perawat mengajarkan pasien untuk melakukan mobilisasi dini seperti duduk di tepi tempat tidur	Agus
Resiko Serebral Efektif (D.0017)	Perfusi tidak	15.00 WIB 1. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) Hasil: TD: 130/85mmHg. N: 86x/menit Pola napas reguler Kesadaran composmentis	Agus
		15.01 WIB 2. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) Hasil: MAP 100	Agus
		15.02 WIB 3. Memonitor status pernapasan Hasil: RR 22x/menit, SPO2 98%	Agus
		15.05 WIB 4. Memonitor intake dan output cairan Hasil: intake: cairan infus 500ml/24 jam dan air mineral 600ml/24 jam Output: BAK 1100ml/hari	Agus
		15.10 WIB 5. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Hasil: Petugas memberikan lingkungan yang nyaman dan tenang	Agus
		15.11 WIB 6. Memberikan posisi semi fowler Hasil: Posisi pasien semi fowler	

Diagnosa Keperawatan	Jam	Hari ke 2, 03 Desember 2024	Paraf
	15.12 WIB	7. Mempertahankan suhu tubuh normal Hasil: Suhu tubuh pasien dalam batas normal 36,6°C	Agus
	15.30 WIB	8. Berkolaborasi pemberian obat, jika perlu Hasil: Inj. Ceftriaxson 1 gr, Omeprazole 40 mg, Citicolin 500 mg, Lanzoprazole 30 mg	Agus

Sumber: Data Primer, 2024

Diagnosa Keperawatan	Jam	Hari ke 3, 04 Desember 2024	Paraf
Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	08.00 WIB	1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Hasil: pasien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri sudah bisa digerakkan. Kekuatan otot: 5 3 5 3	Agus
	08.05	2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil: Pasien tampak menggerakkan anggota badan	Agus
	08.10 WIB	3. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Hasil: TD: 130/80 mmHg N: 87x/menit S: 36,6°C R: 20x/menit	Agus
	08.20 WIB	4. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Hasil: Pasien mengatakan tangan dan kaki kiri sudah bisa digerakkan	Agus
	08.25 WIB	5. Memonitor irama otot, gerakan motor, gaya berjalan, dan proprioepsi: Hasil: Pasien mengalami kelemahan anggota tubuh tangan dan kaki sebelah kiri	Agus
	08.35 WIB	6. Memfasilitasi melakukan pergerakan Hasil: Output: Perawat melakukan gerakan ROM pergelangan tangan, jari-jari tangan, ibu jari, lutut, mata kaki, kaki, dan jari kaki pasien Output: Pasien mengatakan tangan dan kaki sudah bisa digerakkan	Agus
	08.36 WIB	7. Melibatkan keluarga membantu klien meningkatkan pergerakan Hasil: Perawat melibatkan keluarga dalam mendampingi pasien melakukan pergerakan	Agus

Diagnosa Keperawatan	Jam	Hari ke 3, 04 Desember 2024	Paraf
	08.50 WIB	8. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini Hasil: perawat menganjurkan pasien untuk melakukan mobilisasi dini seperti berdiri disamping tempat tidur	Agus
Resiko Perfusi Serebral tidak Efektif (D.0017)	09.00 WIB	1. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) Hasil: TD: 130/80mmHg. 87x/menit Pola napas reguler Kesadaran composmentis	Agus
	09.01 WIB	2. Monitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>) Hasil: MAP 97	Agus
	09.02 WIB	3. Monitor status pernapasan Hasil: RR 20x/menit, SPO2 99%	Agus
	09.11 WIB	4. Memberikan posisi semi fowler Hasil: Posisi pasien semi fowler	Agus
	09.12 WIB	5. Mempertahankan suhu tubuh normal Hasil: Suhu tubuh pasien dalam batas normal 36,6°C	Agus
	09.30 WIB	6. Berkolaborasi pemberian obat sedasi dan antikonvulsan Hasil: Inj. Ceftriaxson 1 gr, Omeprazole 40 mg, Citicolin 500 mg, Lanzoprazole 30 mg	Agus

Sumber: Data Primer, 2024

4.1.7 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4. 7 Evaluasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Jam	Hari ke 1, 02 Desember 2024	Paraf
Gangguan Mobilitas Fisik	10.30 WIB	S: a. Pasien mengatakan tangan dan kaki sebelah kirinya terasa lemah dan sulit digerakkan. O: a. Pergerakan ekstremitas belum meningkat b. Pasien tampak kesulitan menggerakkan tangan dan kaki kirinya	Agus

Diagnosa Keperawatan	Jam	Hari ke 1, 02 Desember 2024	Paraf
		c. Pasien terlihat cemas d. Aktivitas dibantu oleh keluarga e. Kekuatan otot: $\begin{array}{r} 5 \quad 1 \\ 5 \quad 1 \end{array}$ f. Keadaan umum: lemah g. Gerakan terbatasi h. TTV TD: 140/90mmHg N: 90x/menit S: 36,7°C RR: 20x/menit SPO2: 98% i. Kesadaran: Composmentis j. GCS: 4-5-1 k. Terpasang infus NaCl 500cc/24 jam disebelah tangan kanan A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8,10, dan 11	
Resiko Serebral Efektif	Perfusi tidak WIB	11.00 S: a. Pasien mengatakan kepalanya masih terasa pusing dan badan terasa lemah O: a. Keadaan umum lemah b. Pasien terlihat cemas c. Pupil isokor, konjungtiva tidak anemis d. Refleks pupil +/- e. TTV TD: 140/90 mmHg N: 90x/menit S: 36,7°C RR: 20x/menit SPO2: 98% f. GCS: 4-5-1 A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 2,3,4,7,8,9,13, dan 14	Agus
Sumber: Data Primer, 2024			
Diagnosa Keperawatan	Jam	Hari ke 2, 03 Desember 2024	Paraf

Diagnosa Keperawatan	Jam	Hari ke 2, 03 Desember 2024	Paraf
Gangguan Mobilitas Fisik	16.00 WIB	S: a. pasien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri sudah bisa di gerakkan te tapi masih terasa le mah. O: a. Pergerakan e kstre mitas me ngalami peningkatan b. Pasie n tampak sudah bisa me nggerakkan tangan dan kaki kirinya tapi masih lemah c. Pasie n tampak le bih tenang d. Ke kuatan otot: $\begin{array}{r} 5 \quad 2 \\ 5 \quad 2 \end{array}$ e. Ke adaan umum: cukup f. Ge rakan te rbatas menurun g. TTV TD: 130/85mmHg N: 86x/menit S: 36,6°C RR: 22x/menit SPO2: 98% h. GCS: 4-5-2 i. Te r pasang infus NaCl 500cc/24 jam dise belah tangan kanan A: Masalah te ratasi se bagian P: Lanjutkan interve nsi 1,2,3,4,8,10,11 dan 14	 Agus
Resiko Serebral E fe ktif	Perfusi tidak	16.30 WIB S: a. Pasie n me ngatakan pusing sudah berkurang O: a. Ke adaan umum cukup b. Pasie n tampak le bih tenang c. Pupil isokor, konjungtiva tidak anemis d.  fle ks pupil +/- e. TTV TD: 130/85 mmHg N: 86x/menit S: 36,6°C RR: 22x/menit SPO2:98% f. GCS: 4-5-2 A: Masalah te ratasi se bagian P: Lanjutkan intervensi 2,3,8,9,13 dan 14	 Agus

Sumber: Data, Primer 2024

Diagnosa Keperawatan	Jam	Hari ke 3, 04 Desember 2024	Paraf				
Gangguan Mobilitas Fisik	10.30 WIB	S: a. Pasien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri sudah bisa digerakkan O: a. Pergerakan ekstremitas mengalami peningkatan b. Pasien tampak tenang c. Pasien sudah bisa menggerakkan tangan dan kaki sebelah kiri d. Kekuatan otot: <table><tr><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>5</td><td>3</td></tr></table> e. Keadaan umum: cukup f. Gerakan terbatas menurun g. TTV TD: 130/80 mmHg N: 85x/menit S: 36,6°C RR: 20x/menit SPO2: 99% h. GCS: 4-5-3 i. Terpasang infus NaCl 500cc/24 jam disebelah tangan kanan A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dihentikan pasien KRS	5	3	5	3	 Agus
5	3						
5	3						
Resiko Serebral Efektif	Perfusi tidak	11.00 WIB	S: a. Pasien mengatakan sudah tidak terasa pusing O: a. Keadaan umum cukup b. Pasien tampak tenang c. Pupil isokor, konjungtiva tidak anemis d. Refleks pupil +/- e. TTV TD: 130/80 mmHg N: 85x/menit S: 36,6°C RR: 20x/menit SPO2: 99% f. GCS: 4-5-3 A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan pasien KRS	 Agus			

Sumber: Data Primer, 2024

4.2 Pembahasan

Penelitian ini mengulas kasus perawatan pada kilien yang mengalami *Cerebro Vascular Accident (CVA) Infark* di ruang Abimanyu RSUD Jombang. Lingkup pembahasan meliputi beberapa tahap yaitu pengkajian, ³diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

4.2.1 Pengkajian

Berdasarkan data pengkajian pada klien Tn. S dengan CVA Infark hari ke 2 didapatkan hasil data ³keadaan umum lemah, mukosa bibir kering, GCS 4-5-1, TTV: TD: 140/90mmHg, N: 90x/menit, S:36,7°C, RR: 20x/menit, kesadaran: composmentis dan pasien tampak terlihat cemas. Pada pemeriksaan ekstremitas ²¹kekuatan otot lemah 5/1 5/1 bagian tangan dan kaki sebelah kiri lemah untuk ⁸⁴digerakkan, turgor normal, tidak ada odem, tidak ada nyeri, warna kulit normal, tidak ada kebiruan, kemerahan atau kekuningan, ²akral teraba hangat tidak ada sianosis, mengalami kelemahan pada kaki dan tangan sebelah kiri, aktivitas ²dibantu oleh keluarga, saat ini pasien masih mobilisasi di tempat tidur. Pasien mengeluh kepalanya terasa pusing dan badan terasa lemah, kesadaran composmentis, pasien tampak terlihat cemas, pupil isokor, konjungtiva tidak anemis, refleks pupil +/-, ³GCS 4-5-1, TTV: TD: 140/90mmHg, N: 90x/menit, S:36,7°C, RR: 20x/menit.

³Menurut Setyawati (2022), pada umumnya stroke infark mempengaruhi salah satu sisi otak, apabila sumbatan itu menyerang otak sisi kiri maka yang akan mengalami masalah pada anggota badan kanan, begitupun sebaliknya. Tanda dan

gejala yang terjadi pada pasien CVA infark yaitu kelemahan atau kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh, termasuk wajah, lengan atau kaki, kesulitan berjalan atau kehilangan keseimbangan, fisik lemah, dan gerak terbatas sebagian anggota badan. Keluhan sakit kepala adalah gejala yang umum terjadi pada pasien dengan *Cerebrovascular Accident* (CVA) infark, dikarenakan aliran darah ke otak terganggu, mengakibatkan berkurangnya pasokan oksigen dan nutrisi ke jaringan otak yang menyebabkan sakit kepala.

Menurut peneliti terdapat kesesuaian dari hasil pengkajian atau fakta dengan teori yang dibuktikan dengan tanda dan gejala klien mengalami masalah pada anggota gerak dan kepala terasa pusing yang disebabkan oleh CVA Infark yang menyebabkan jalur pembuluh arteri terjadi penyumbatan sehingga suplai darah dan O₂ yang menuju otak menurun dan mengakibatkan fungsi motorik muskuloskeletal mengalami penurunan. dan akibat dari CVA Infark ini juga menyebabkan masalah risiko perfusi serebral tidak efektif. Menurut pasien yang pernah menderita penyakit yang sama dengan klien mengatakan bahwa yang dikeluhkan pertama kali yaitu kesulitan menggerakkan anggota badan, badan terasa lemah dan kepala terasa sakit atau terasa pusing.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditegakkan berdasarkan analisa data subyektif dan obyektif dari pasien yang ditemukan yaitu yang pertama adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Penyebab dari terjadinya masalah ini adalah CVA infark yang mengakibatkan proses metabolisme dalam otak terganggu menyebabkan suplai darah dan O₂ ke otak menurun sehingga fungsi motorik dan muskuloskeletal mengalami penurunan.

Diagnosa keperawatan yang kedua yakni ² **Resiko perfusi serebral tidak efektif** ditandai dengan **pasien mengatakan** mengeluh **pusing**, badan **terasa lemah dan** anggota tubuh bagian kiri mengalami hemiparesis. Data tersebut sesuai dengan data mayor dan minor pada ⁶ **gangguan mobilitas fisik dan risiko perfusi serebral tidak efektif**.

Dalam buku ⁴² **Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) 2018**, masalah yang muncul pada pasien dengan CVA Infark ⁵⁴ **adalah gangguan mobilitas fisik** diagnosis ini didefinisikan sebagai keterbatasan dalam melakukan pergerakan fisik pada ⁴ **satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah dengan** adanya gejala dan tanda mayor: pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, tanda dan gejala minor nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, sendi kaku, gerakan terbatas, dan fisik lemah. Menurut De Sousa (2021), pengambilan ¹² **diagnosa keperawatan yang sesuai dengan masalah pada klien CVA infark adalah gangguan mobilitas fisik**. Hal ini berdasarkan hasil penelitian Alice Gabrielle de SC pada 121 pasien stroke, didapatkan hasil 90% atau 109 orang pasien stroke menunjukkan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik. ¹² **Kekuatan otot sangat berhubungan dengan sistem neuromuskular yaitu besarnya kemampuan sistem saraf mengaktivasi otot untuk melakukan kontraksi. Semakin banyak serabut otot yang teraktivasi, maka semakin besar pula kekuatan yang dihasilkan oleh otot tersebut (Cahyati, 2022).** Oleh karena itu, penting untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik sedini mungkin dengan intervensi yang tepat, seperti fisioterapi, mobilisasi dini, dan penggunaan alat bantu jika diperlukan.

Dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) 2018, masalah yang muncul pada pasien dengan kondisi klinis CVA Infark adalah risiko perfusi serebral tidak efektif diagnosa ini berdefinisi berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak. Menurut Nasir (2023), diagnosa keperawatan yang muncul selain gangguan mobilitas fisik pada pasien CVA Infark adalah risiko perfusi serebral tidak efektif diagnosa ini muncul karena penyakit stroke non hemoragik berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak yang pada akhirnya berpotensi menyebabkan penurunan kadar SpO2 yang mengalir ke dalam otak. Risiko perfusi serebral tidak efektif dapat dikenali dari gejala tekanan darah meningkat, sakit kepala, gelisah, mual dan muntah (Anggraini, 2021).

Menurut peneliti gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot yang dibuktikan dengan tangan dan kaki sebelah kiri sulit digerakkan. Peneliti mengambil diagnosa tersebut dikarenakan sesuai dengan buku SDKI yang berbunyi penyebab penurunan kekuatan otot, gejala dan tanda mayor subjektif: pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, obyektif: kekuatan otot menurun dan rentang gerak (ROM) menurun, untuk tanda dan gejala minor adalah enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, obyektifnya gerakan terbatas dan fisik melemah dengan kondisi klinis terkait adalah kondisi stroke atau CVA Infark. Diagnosa yang kedua yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan pasien mengatakan mengeluh pusing, badan terasa lemah dan anggota tubuh bagian kiri mengalami hemiparesis. Menurut peneliti terdapat kesesuaian dalam menegakkan Diagnosa Keperawatan pada klien CVA Infark dengan teori yang ada. Alasan memilih mengatasi masalah tersebut adalah kalau mobilitas fisik tidak ditangani dengan segera akan menyebabkan

kekakuan sendi (kontraktur), komplikasi ortopedik, atrofi otot, dan kelumpuhan saraf akibat penekanan yang lama (*nerve pressure palsies*).

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah langkah selanjutnya dalam proses perawatan setelah diagnosis keperawatan. Tahap ini perawat menetapkan tujuan dan kriteria hasil yang akan digunakan untuk mengevaluasi efektifitas perawatan klien. Peneliti merancang intervensi dalam penelitian ini dengan harapan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak meningkat, kecemasan menurun, gerakan terbatas menurun dan kelemahan fisik menurun.

Tujuan peneliti merancang intervensi keperawatan adalah keterbatasan dalam gerak fisik akan meningkat dan melakukan aktivitas sehari-hari dengan mandiri. Pemberian latihan *Range Of Motion* (ROM) juga dapat membantu untuk mengimbangi paralisis melalui penggunaan otot yang masih mempunyai fungsi normal. Peneliti merancang intervensi yang kedua dalam penelitian ini dengan harapan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam masalah perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil sakit kepala menurun, kecemasan menurun, tekanan darah sistolik membaik, dan tekanan darah diastolik membaik. Tujuan peneliti merancang intervensi keperawatan adalah memastikan bahwa tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan dapat berhasil.

Menurut Lukman (2023), pengambilan intervensi pada pasien dengan CVA Infark yang ditangani terlebih dahulu adalah gangguan mobilitas fisik. Perawat berperan besar dalam mengidentifikasi, menilai, memantau dan meningkatkan

mobilitas fisik pasien, baik dengan metode farmakologis maupun non farmakologis dan melakukan latihan ²¹ *Range Of Motion* (ROM) sehingga masalah yang dialami pasien dapat teratasi. ROM ²⁶ berpengaruh terhadap peningkatan kekuatan otot, fleksibilitas sendi dan mobilitas fisik, sehingga proses penyembuhan gangguan mobilitas fisik lebih cepat. Intervensi keperawatan melatih meningkatkan kekuatan otot dan melakukan mobilisasi dini dengan cara memberikan terapi *Range Of Motion* (ROM) yang sangat efektif dalam membantu kualitas pemulihan fisik dan psikologis pasien. ²⁶ Tingkat keberhasilan latihan latihan rentang gerak dalam mengatasi gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke non hemoragik bergantung terhadap aktivitas klien dalam melakukan latihan rentang gerak dan program latihan secara rutin (Lukman, 2023).

Menurut Smeltzer, S. C. (2022), intervensi yang muncul ²⁸ pada pasien CVA dengan masalah risiko perfusi serebral tidak efektif adalah memantau tanda vital: tekanan darah, nadi, frekuensi napas, saturasi O₂. Memantau status neurologis dengan *Glasgow Coma Scale*. Observasi tanda-tanda peningkatan ICP (muntah proyektil, perubahan pola napas, pupil anisokor).

Menurut peneliti intervensi keperawatan yang direncanakan sesuai dengan pedoman SIKI namun ada intervensi yang tidak dicantumkan oleh peneliti karena intervensi yang dirancang menyesuaikan kondisi yang terjadi pada klien saat ini. Dengan intervensi keperawatan yang dilakukan mencegah terjadinya komplikasi terhadap mobilitas fisik peneliti merancang intervensi dalam buku ¹¹ standar intervensi keperawatan indonesia yaitu Dukungan Mobilisasi (I.05173) dan Pemantauan Neurologis (I.06197) antara lain: 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, ²⁰ monitor ukuran, bentuk, kesimetrisan, dan reaktifitas pupil, monitor tingkat kesadaran, ²⁰ monitor status pernapasan: analisa gas darah, oksimetri nadi, kedalaman napas, pola napas, dan usaha napas, monitor ⁷ irama otot, gerakan motor, gaya berjalan, dan propnosepsi, ²⁴ fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur), fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu, libatkan keluarga membantu klien meningkatkan pergerakan, dokumentasikan hasil pemantauan, 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), dan jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan.

Peneliti merancang intervensi yang kedua dalam ⁹ buku Standar Intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) dilakukan untuk mencegah terjadinya komplikasi terhadap perfusi serebral dengan mengambil intervensi di buku SIKI yaitu Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.06194) dan Edukasi diet (I.012369) ⁶ monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun), monitor MAP (*Mean Arterial Pressure*), monitor status pernapasan, monitor intake dan output cairan, identifikasi ³⁶ kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi, identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu, ² minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, berikan posisi semi fowler, pertahankan suhu tubuh normal, ² berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya, jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan, informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang, dan kolaborasi

pemberian obat, jika perlu. ¹ Intervensi Keperawatan yang telah dibuat untuk diimplementasikan kepada klien, peneliti tidak melihat adanya kesenjangan antara fakta dengan teori. Menurut peneliti berdasarkan fakta diatas Intervensi Keperawatan yang dibuat untuk klien sudah sesuai dengan teori serta Diagnosa Keperawatan yang muncul pada klien yaitu Gangguan Mobilitas Fisik dan Risiko Perfusi Serebral tidak efektif.

³ 4.2.4 Implementasi

Implementasi ¹¹ keperawatan telah diberikan kepada klien sesuai dengan rencana tindakan keperawatan yang telah direncanakan sebelumnya. Implementasi yang diberikan pada hari kesatu yaitu ¹³ mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, memonitor ³¹ ukuran, bentuk, kesimetrisan, dan reaktifitas pupil, memonitor tingkat kesadaran, memonitor ²⁰ status pernapasan: analisa gas darah, oksimetri nadi, kedalaman napas, pola napas, dan usaha napas, monitor ⁷ irama otot, gerakan motor, gaya berjalan, dan propnosepsi, ²⁷ memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur), memfasilitasi melakukan pergerakan dengan cara mengajarkan dan melakukan gerakan ROM, ⁸⁹ melibatkan keluarga membantu klien meningkatkan pergerakan, mendokumentasikan hasil pemantauan, ⁷ menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, menganjurkan melakukan mobilisasi dini, mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi), dan menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan.

Hari kedua ¹³ mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, memonitor ³¹ ukuran, bentuk, kesimetrisan, dan reaktifitas pupil, memonitor tingkat kesadaran, memonitor ²⁰ status pernapasan: analisa gas darah, oksimetri nadi, kedalaman napas, pola napas, dan usaha napas, ⁷ monitor irama otot, gerakan motor, gaya berjalan, dan propnosepsi, memfasilitasi melakukan pergerakan dengan cara mengajarkan dan melakukan gerakan ⁴⁰ ROM, melibatkan keluarga membantu klien meningkatkan pergerakan, menganjurkan melakukan mobilisasi dini seperti duduk ditepi tempat tidur.

Hari ketiga peneliti mengimplementasikan yang belum berhasil yakni ¹³ mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, monitor irama otot, gerakan motor, gaya berjalan, dan propnosepsi, memfasilitasi ² melakukan pergerakan dengan cara melakukan gerakan ROM, menganjurkan melakukan mobilisasi dini seperti berdiri disamping tempat tidur.

Implementasi diagnosa yang kedua pada hari pertama yaitu ³⁵ memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun), memonitor MAP (*Mean Arterial Pressure*), meonitor status pernapasan, memonitor intake dan output cairan, mengidentifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi, mengidentifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu, meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, memberikan posisi semi

fowler, mempertahankan suhu tubuh normal, memberikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya, menjelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan, menginformasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang, berkolaborasi pemberian obat, jika perlu.

Hari kedua yaitu memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun), memonitor *Mean Arterial Pressure* (MAP), memonitor status pernapasan, memonitor intake dan output cairan, meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, memberikan posisi semi fowler, mempertahankan suhu tubuh normal, berkolaborasi pemberian obat, jika perlu dan pada hari ketiga yaitu memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun), memonitor *Mean Arterial Pressure* (MAP), memonitor status pernapasan, memberikan posisi semi fowler, mempertahankan suhu tubuh normal, berkolaborasi pemberian obat, jika perlu. Pelaksanaan implementasi yang telah dilakukan 3 hari tidak mengalami kendala, klien dan keluarga mengikuti tindakan yang diberikan sesuai implementasi keperawatan.

Menurut Lukman (2023), pelaksanaan keperawatan dukungan mobilitas dengan menggunakan latihan *Range Of Motion* (ROM) dilakukan secara bertahap dalam 3-7 hari perawatan dikarenakan menyesuaikan kondisi pasien dengan keluhan utama yang muncul pada saat pengkajian. Sehingga keluhan yang dirasakan pasien bisa dikelola dengan baik atau optimal dan akan mempercepat penyembuhan dan kenyamanan pasien meningkat sesuai dengan rencana asuhan keperawatan yang dirancang oleh perawat.

Menurut Alvinasyrah (2021), tindakan ²⁸ yang dapat dilakukan oleh perawat pada pasien dengan masalah resiko perfusi serebral adalah memonitor TTV dikarenakan pasien CVA Infark mengalami penurunan suplai darah dan O₂ ke otak sehingga pasien CVA Infark sering mengeluh sakit kepala oleh karena itu pasien CVA infark harus di monitor TTV supaya tidak terjadi stroke berulang. Menurut Junaidi (2021) tindakan ²⁸ yang dapat dilakukan pada pasien dengan masalah resiko perfusi serebral antara lain: memposisikan pasien semi fowler atau kepala pasien setinggi 15-30 derajat, hal ini untuk memperbaiki perfusi serebral supaya aliran darah ke otak menjadi lancar dan dapat menurunkan tekanan intrakranial.

Menurut peneliti implementasi ⁶ keperawatan yang dilakukan pada hari pertama, kedua, dan ketiga terdapat kesesuaian ¹ atau tidak ada kesenjangan antara teori dengan implementasi yang diberikan kepada klien dengan masalah ² gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan masa otot dibuktikan dengan tangan dan kaki sebelah kiri terasa lemah, sulit untuk digerakkan begitupun dengan ² masalah resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan ² pasien mengeluh pusing dan badan terasa lemah. Klien menunjukkan peningkatan proses penyembuhan dalam hal ini menandakan tindakan yang dilakukan sudah tepat ² setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam keadaan pasien menjadi baik atau mobilitas pasien meningkat. Menurut peneliti jika implementasi sudah tidak dilakukan pasien mengalami perubahan yang positif dalam peningkatan kesehatan sesuai dengan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (OTEK) standar intervensi keperawatan Indonesia dan jika implementasi masih dilanjutkan kondisi

pasien masih buruk dan segera diatasi sesuai dengan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (OTEK) standar intervensi keperawatan Indonesia.

³ 4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Hasil ⁵⁹ evaluasi perawatan ⁸⁵ selama 3 hari menunjukkan perkembangan yang baik bagi pasien. Hal ini menunjukkan telah terjadi perubahan positif dalam evaluasi keperawatan dengan menunjukkan peningkatan kondisi pasien. Berdasarkan evaluasi keperawatan yang dilakukan Tn. S menggunakan metode SOAP. Pada hari pertama masalah keperawatan yang dialami klien belum teratasi. Pada hari kedua masalah yang dialami klien teratasi sebagian. Sedangkan hari ketiga pada diagnosa pertama masalah yang dialami pasien teratasi sebagian dan menunjukkan kondisi yang lebih baik yang meliputi pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat dari yang semula kekuatan 5-1-5-1 menjadi ⁵⁹ 5-3-5-3, rentang gerak (ROM) meningkat, kecemasan ⁵⁷ menurun, gerakan terbatas ⁵⁷ menurun dan kelemahan fisik ⁵⁷ menurun. Tetapi pada evaluasi diagnosa kedua menunjukkan kondisi yang lebih baik sehingga masalah pasien teratasi yang meliputi, ⁵⁷ sakit kepala ⁵⁷ menurun, kecemasan ⁵⁷ menurun, tekanan darah sistolik ⁵⁷ membaik, dan tekanan darah diastolik ⁵⁷ membaik.

Menurut Yuniarsih (2020), ⁸⁵ evaluasi keperawatan yang diharapkan pada pasien dengan Gangguan ¹ Mobilitas Fisik dapat diatasi sesuai dengan kriteria berikut: ²⁵ Aktivitas fisik klien meningkat, ²⁵ kekuatan otot meningkat, rentang gerak ¹ meningkat, kecemasan ¹ menurun, kelemahan ¹ menurun, ¹ memahami maksud dari meningkatnya gerakan, mengartikulasikan perasaan dalam peningkatan kekuatan serta mobilitas, penggunaan alat bantu di demonstrasikan untuk mobilisasi. Sedangkan menurut Junaidi (2021), evaluasi keperawatan yang diharapkan pada

pasien dengan masalah risiko perfusi serebral tidak efektif karena CVA Infrak yaitu tingkat kesadaran meningkat, ²⁹ sakit kepala menurun, kecemasan menurun, tekanan darah sistolik membaik, dan tekanan darah diastolik membaik.

Menurut peneliti evaluasi keperawatan selama perawatan 3 hari menunjukkan perkembangan kondisi klien dan penurunan tanda gejala terjadinya komplikasi mobilitas fisik tersebut teratasi sehingga kualitas pemulihan fisik dan psikologis pasien akan meningkat. Hari pertama menunjukkan bahwa kriteria hasil belum tercapai atau teratasi dikarenakan keluhan dan tanda gejala gangguan mobilitas fisik masih ada. Dikari kedua adanya peningkatan kekuatan otot dengan dari 5-1-5-1 menjadi menjadi 5-2-5-2 ditunjukkan dengan penilaian ¹⁶ kekuatan otot setelah diberikan terapi *Range Of Motion* (ROM) dan pada hari ketiga kekuatan otot yang dirasakan meningkat 5-3-5-3 dengan keadaan tangan dan kaki sebelah kiri sudah bisa digerakkan. Hal ini menunjukkan telah terjadi perubahan positif dalam evaluasi keperawatan dengan menunjukkan peningkatan kondisi pasien. Begitupun dengan perfusi serebral pada hari pertama pasien menunjukkan bahwa kriteria hasil belum tercapai atau teratasi dikarenakan keluhan yang dirasakan pasien masih ada. Pada hari kedua adanya penurunan yang dikeluarkan oleh pasien sehingga masalah teratasi sebagian dan pada ⁸¹ hari ketiga masalah risiko perfusi serebral teratasi dan tidak dilanjutkan dikarenakan keluhan yang dirasakan pasien sudah tidak ada.

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Berdasarkan Pengkajian yang telah dilakukan terhadap Tn. S yang mengalami *Cerebro Vascular Accident (CVA) Infark* mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri lemah dan sulit digerakkan, kekuatan otot menurun, gerakan terbatas dikarenakan mengalami kelemahan anggota gerak tubuh sebelah kiri. Pasien tampak cemas, pasien mengeluh kepala terasa pusing dan badan terasa lemah Sesuai dengan observasi keadaan umum mengalami gangguan perfusi serebral yang ditandai dengan pasien mengatakan kepala terasa pusing dan anggota gerak melemah.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. S adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan tangan dan kaki sebelah kiri terasa lemah dan sulit untuk digerakkan dan resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan pasien mengeluh kepala terasa pusing dan badan terasa lemah.
3. Intervensi keperawatan yang direncanakan pada gangguan mobilitas fisik meliputi dukungan mobilisasi (I.05173) dan pemantauan neurologis (I.06197), sedangkan intervensi keperawatan untuk resiko perfusi serebral tidak efektif meliputi manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.06194) dan edukasi diet (I.012369).
4. Implementasi keperawatan dilaksanakan sesuai dengan intervensi yang sudah direncanakan, dengan pengamatan, tindakan mandiri, penyuluhan dan kerja sama dengan mengikuti tindakan yang telah dilakukan sesuai dengan

SIKI 2019 untuk mencapai sasaran atau target yang diharapkan selama 3 x 24 jam.

5. Evaluasi perawatan pada pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik yang dilakukan selama 3x24 jam masalah teratasi sebagian dengan adanya peningkatan kekuatan otot yang semula 5/1/5/1 menjadi 5/3/5/3 dan resiko perfusi serebral tidak efektif yang dilakukan selama 3x24 jam masalah teratasi dengan ditandai keluhan pasien sudah tidak ada: sakit kepala/pusing menurun, cemas menurun, tekanan darah sistolik dan diastolik membaik.

5.2 Saran

1. Bagi perawat

Bagi perawat diharapkan saat proses pemberian asuhan keperawatan pada klien pelayanan yang optimal dapat diberikan khususnya pada klien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) sehingga saat proses penyembuhan agar berjalan lebih cepat.

2. Bagi peneliti selanjutnya

Studi kasus ini bagi peneliti selanjutnya diharapkan lebih dapat menganalisa faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark.

DAFTAR PUSTAKA

- Addiarto, W., Abidin, Z., & Puspitasari, Y. (2023). Perbandingan Efektifitas Latihan Rom Aktif Dan Akupresur Terhadap Kekuatan Otot Ekstremitas Atas Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. Haryoto Lumajang. *PROFESSIONAL HEALTH JOURNAL*, 5(1sp), 136.
- Agustin. (2022). Implementasi Penggunaan *Range of Motion* (ROM) terhadap Kekuatan Otot klien Stroke Non Hemoragik. *Journal of Management Nursing*. Vol 1(4), 140-146.
- Alvinasyrah. (2021). Asuhan keperawatan pada pasien dengan risiko perfusi serebral. Penerbit Buku Kedokteran.
- Anggraini. (2021). Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem saraf. Penerbit Buku Kedokteran.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (2021). Profil Kesehatan Indonesia 2020. Jakarta.
- Cahyati. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Ny. P Dengan Gangguan Sistem Persarafan Stroke Dengan Pemberian ROM Exercise Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Di Ruang Haruaya Rumah Sakit TNI-AD Kota Padang Sidempuan.
- Feigin, V.L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Sacco, R.L., Hacke, W., et al. (2022). *World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022*. *International Journal of Stroke*. Vol. 17(1). 18-29.
- Imran et al. (2022). Efektifitas New Bobath Concept Terhadap Peningkatan 47 Fungsional Pasien Stroke Iskemik dengan Outcome Stroke Diukur Menggunakan Fungsional Independent Measurement (fim) dan Glasgow Outcome Scale (GOS) Di RSUDZA 2018. *Journal of Medical Science*, 1 (1), 14-20. Kemenkes, R. (2018).
- Juliana Soeryanto, B. A., Hariyono, R., & Achwandi, M. (2024). Analisis Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien CVA Infark dengan Pemberian *Range Of Motion* (ROM) Aktif dan Pasif di Ruang Mawar Merah Putih Selatan RSUD R.T Notopuro Sidoarjo (Doctoral dissertation, Perpustakaan Universitas Bina Sehat PPNI).
- Junaidi, I. (2021). Keperawatan Neurologi. Penerbit Buku Kedokteran EGC. *National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2021). Stroke: Hope Through Research*.
- Kusyairi, A. (2024). Pengaruh Pemberian Terapi Aktifitas *Range Of Motion* (ROM) Pasif Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Non Hemoragik. *Health Research Journal*, 2(1, Maret), 11-21.
- Lukman. (2023). Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal. Jakarta: Salemba Medika

- ² Maulidijyah, D., Ulfah, M., & Siwi, A.S. (2022). Asuhan Keperawatan dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik pada klien Stroke Non Hemoragik. *Journal of Management Nursing*. Vol 2(1). 168-172.
- Mukhtar, M., Supu, N. M., & Rauf, S. (2024). Intervensi *Range Of Motion* (ROM) Dalam Meningkatkan Kekuatan Otot Pasien Dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas. *Alauddin Scientific Journal of Nursing*, 5(2), 63-70.
- Nasir. (2023). Analisis Asuhan Keperawatan pada Tn. E dengan Stroke Infark dan Intervensi Latihan *Range Of Motion* di Ruang Rubi Bwah RSUD dr. Slamet Garut (Doctoral dissertation, STIKes Karsa Husada Garut).
- PPNI. (2018). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- ⁶¹ Pradana, H. P. & Faradisi, F. (2021). Penerapan Latihan ROM (*Range of Motion*) Terhadap Rentang Gerak Ekstremitas Pada klien Stroke. Seminar Nasional Kesehatan 2021: Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Universitas Muhammadiyah Pekalongan. 760-765.
- Prasetya, Y. & Susanto, A. (2022). Asuhan Keperawatan Hambatan Komunikasi Verbal Dengan Stroke Non Hemoragik di RSUD Prof dr. Margono Soekarjo Purwokerto. *Jurnal Inovasi Penelitian*. Vol 3(5). 6341-6348.
- Retnaningsih, D. (2023). Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke. Penerbit NEM.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas). (2018). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI Tahun 2018. Jakarta.
- ⁵⁸ Rohmah, A, I N, Rifayuna D. (2021). Kebutuhan Family Caregiver Pada Pasien Stroke. *Jurnal Keperawatan Jiwa Persatuan Perawat Ners Indonesia*. 2021;9(1):143–52 Salemba Medika
- Roihan, A. (2024). Asuhan keperawatan pada lansia dengan masalah gangguan mobilitas fisik pada pasien post stroke di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Surabaya).
- Sari, H. P. K. (2024). Deskripsi Tingkat Pengetahuan Keluarga Tentang Penanganan Awal Kejadian Stroke (Doctoral dissertation, Universitas Islam Sultan Agung Semarang).
- Sholeh, N, A, 2022, Asuhan Keperawatan Pada Klien *Cerebral Vascular Accident* Infark Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri Di RSUD Bangil Pasuruan, Doctoral Disertation, Stikes Icme Jombang, vol-1, hh 20

- ³² Smeltzer, S. C. (2022). *Keperawatan medikal bedah* (Edisi 6). Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Syaridwa, A. A, 2022. Asuhan Keperawatan pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan Mobilitas Fisik, Doctoral dissertation, STIKes Kusuma Husada Surakarta, vol-1, hh 32-36
- World Health Organization. (2020). *The Top 10 Cause of Death, World Health Organization*.
- World Stroke Organization. (2022). *Global Stroke Fact Sheet 2022*.
- Yamamah, M. (2023). Studi Kasus Asuhan Keperawatan Pada Klien *Cerebro Vascular Accident (CVA) Infark* Di RSUD Jombang (Doctoral dissertation, ITS Kes Insan Cendekia Medika Jombang).
- Yuniarsih. (2020). Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Mobilitas Fisik. Penerbit Buku Kedokteran EGC.



ASUHAN KEPARAWATAN DENGAN MASALAH MOBILITAS FISIK PADA PASIEN CEREBRO VASCULAR ACCIDENT (CVA) INFARK (Di Ruang Abimanyu Rumah Sakit Umum Daerah Jombang)

ORIGINALITY REPORT

25%

SIMILARITY INDEX

24%

INTERNET SOURCES

7%

PUBLICATIONS

10%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	repository.itskesicme.ac.id Internet Source	3%
2	repository.poltekeskupang.ac.id Internet Source	2%
3	repo.stikesicme-jbg.ac.id Internet Source	1%
4	repository.stikeshangtuh-sby.ac.id Internet Source	1%
5	repositori.ubs-ppni.ac.id Internet Source	1%
6	repository.stikstellamarismks.ac.id Internet Source	1%
7	pdfcoffee.com Internet Source	1%
8	journal.awatarapublisher.com Internet Source	1%
9	repositori.uin-alauddin.ac.id Internet Source	1%
10	repository.uin-suska.ac.id Internet Source	1%
11	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan	1%

12	repo.stikesperintis.ac.id Internet Source	1 %
13	repo.poltekkes-medan.ac.id Internet Source	1 %
14	eprints.kertacendekia.ac.id Internet Source	1 %
15	repository.lp4mstikeskhg.org Internet Source	1 %
16	repository.stikesbcm.ac.id Internet Source	<1 %
17	repository.unar.ac.id Internet Source	<1 %
18	repository.poltekkesbengkulu.ac.id Internet Source	<1 %
19	repositori.stikes-ppni.ac.id Internet Source	<1 %
20	www.dokumenakreditasipuskesmasfktf.com Internet Source	<1 %
21	eprints.poltekkesjogja.ac.id Internet Source	<1 %
22	repository.stikessaptabakti.ac.id Internet Source	<1 %
23	repository.stikes-bhm.ac.id Internet Source	<1 %
24	repository.unjaya.ac.id Internet Source	<1 %
25	repository.poltekkes-kaltim.ac.id Internet Source	<1 %

26	eprints.umpo.ac.id Internet Source	<1 %
27	repository.poltekkes-kdi.ac.id Internet Source	<1 %
28	repo.stikmuhptk.ac.id Internet Source	<1 %
29	Submitted to Universitas Jember Student Paper	<1 %
30	sulisnursingcenter.blogspot.com Internet Source	<1 %
31	repository.poltekkes-denpasar.ac.id Internet Source	<1 %
32	Submitted to Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang Student Paper	<1 %
33	Farhan Fawwaz, Made Suandika. "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, 2023 Publication	<1 %
34	www.coursehero.com Internet Source	<1 %
35	repository.unja.ac.id Internet Source	<1 %
36	Submitted to Royal Australasian College of Physicians Student Paper	<1 %

37	Dimas Utomo Hanggoro Putro, Tati Haryati, Arifin Setiawan, Arif Apriyanto Wibowo et al. "Menggenggam bola karet dan terapi cermin terhadap kekuatan otot ekstremitas pasien stroke: Tinjauan literatur", Holistik Jurnal Kesehatan, 2024 Publication	<1 %
----	---	------

38	repository.universitalirsyad.ac.id Internet Source	<1 %
----	--	------

39	repository.stikesrspadgs.ac.id Internet Source	<1 %
----	--	------

40	repository.unimugo.ac.id Internet Source	<1 %
----	--	------

41	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Tengah Student Paper	<1 %
----	---	------

42	repository.stikeswirahusada.ac.id Internet Source	<1 %
----	--	------

43	ojsstikesbanyuwangi.com Internet Source	<1 %
----	--	------

44	repository.stikespantiwaluya.ac.id Internet Source	<1 %
----	--	------

45	repository.unair.ac.id Internet Source	<1 %
----	--	------

46	stikespanakkukang.ac.id Internet Source	<1 %
----	--	------

47	repository.radenintan.ac.id Internet Source	<1 %
----	--	------

48	samoke2012.wordpress.com Internet Source	<1 %
----	--	------

49

www.slideshare.net

Internet Source

<1 %

50

Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan
Tinggi Indonesia Jawa Timur II

Student Paper

<1 %

51

Submitted to fpptijateng

Student Paper

<1 %

52

Submitted to Universitas Islam Riau

Student Paper

<1 %

53

Submitted to Universitas Pendidikan Ganesha

Student Paper

<1 %

54

es.scribd.com

Internet Source

<1 %

55

repository.umj.ac.id

Internet Source

<1 %

56

Submitted to Universitas Sebelas Maret

Student Paper

<1 %

57

journal.ipm2kpe.or.id

Internet Source

<1 %

58

Frana Andrianur, Dwi Prihatin Era, Arifin
Hidayat. "PEMBERDAYAAN KELUARGA DALAM
MENINGKATKAN KETERAMPILAN MERAWAT
KELUARGA MELALUI PROGRAM
PENDAMPINGAN CAREGIVER PASIEN STROKE
DI RUMAH", Jurnal Pengabdian Masyarakat
Sasambo, 2024

Publication

<1 %

59

Submitted to Sriwijaya University

Student Paper

<1 %

60

Submitted to Universitas Merdeka Malang

Student Paper

<1 %

61 Nistain Kune, Nasrun Pakaya. "Range Of Mottion (Rom) Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke : Literature Review", Jambura Nursing Journal, 2023

Publication

<1 %

62 Sindi Intrisilaras, Retno Apriliyanti, Dwi Kustriyanti. "Developing through playing: Exploring Educational Games Tools Bombik Puzzle Block and Pom-pom toward TheFine MotorDevelopmentofPreschool AgedChildren", Jurnal Psikologi, 2025

Publication

<1 %

63 adoc.pub
Internet Source

<1 %

64 ejurnalmalahayati.ac.id
Internet Source

<1 %

65 Siti Asiah Rangkuti, Nur Rahmi Rizqi, Yenni Novita Harahap. "Peningkatan Kemampuan Penalaran Matematis Siswa melalui Model Realistic Mathematics Education Berbantuan Quiziz", Jurnal Pengabdian Masyarakat dan Riset Pendidikan, 2025

Publication

<1 %

66 belajaraskep.blogspot.com
Internet Source

<1 %

67 repo.unikadelasalle.ac.id
Internet Source

<1 %

68 repository.uksw.edu
Internet Source

<1 %

repository.unusa.ac.id

69

Internet Source

<1 %

70

Annissa Amalia Putry, Nurul Istiqomah, Anggi Luckita Sari. "Pengaruh Permainan Lego Terhadap Perkembangan Motorik Halus Pada Anak", Malahayati Nursing Journal, 2025

Publication

<1 %

71

Maharani Natasya Kumala Dewi, Rachmawaty M. Noer, Mira Agusthia. "Penurunan Kecemasan Pasien Hipertensi Dengan Hipnosis Lima Jari", Warta Dharmawangsa, 2024

Publication

<1 %

72

Risky Maulana, Rusnoto Rusnoto, Fitriana Kartikasari, Edy Soesanto. "OBESITAS, POLA MAKAN, DAN POLA TIDUR DENGAN KEJADIAN HIPERTENSI DI KLINIK ASY-SYIFA KUDUS", JURNAL KEPERAWATAN SUKA INSAN (JKSI), 2025

Publication

<1 %

73

Submitted to Universitas Sumatera Utara

Student Paper

<1 %

74

core.ac.uk

Internet Source

<1 %

75

isholunimatuljanah.wordpress.com

Internet Source

<1 %

76

jurnal.uisu.ac.id

Internet Source

<1 %

77

repository.phb.ac.id

Internet Source

<1 %

78

repository.pkr.ac.id

Internet Source

<1 %

79

www.scribd.com

Internet Source

<1 %

80

Ahmad Renaldyotomo. "Alternatif Sengketa terhadap Wanprestasi Arisan Online Berdasarkan Pasal 1338 KUH PERDATA", Karimah Tauhid, 2024

Publication

<1 %

81

Erlin Dewi Arnifa, Tri Suraning Wulandari. "Pemberian Pijat Kaki (Foot Massage) untuk Mengatasi Masalah Keperawatan Resiko Perfusi Cerebral Tidak Efektif pada Hipertensi", HEALTHY BEHAVIOR JOURNAL, 2024

Publication

<1 %

82

Kholifah Kholifah, Afriantoni Afriantoni, Marini Sapitri, Adinda Nurhasanah. "Peran Kepemimpinan Kepala Sekolah dan Profesionalisme Guru Dalam Upaya Peningkatan Mutu Pendidikan", Jurnal Penelitian Ilmu Pendidikan Indonesia, 2025

Publication

<1 %

83

Mutya Ananda, Ahmad Suriansyah, Wahdah Refia Rafianti. "Pengaruh Media Sosial Terhadap Pembentukan Identitas Diri pada Generasi Z", MARAS: Jurnal Penelitian Multidisiplin, 2024

Publication

<1 %

84

dspace.umkt.ac.id

Internet Source

<1 %

85

ktijiwa.blogspot.com

Internet Source

<1 %

86

vibdoc.com

Internet Source

<1 %

87

Carissima Virna Alisia, Dian Ratna Elmaghfuroh. "Implementasi Range Of Motion (ROM) Pasif pada Klien CVA Infrak dengan Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas di Ruang Bedah Saraf RSD Kalisat Jember", Health & Medical Sciences, 2023

Publication

<1 %

88

Herwan Herwan, Ayudho Selviani, Muhammad Fajri Nurfadilah. "ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI HASIL BELAJAR MAHASISWA PENDIDIKAN EKONOMI PADA MATA KULIAH AKUNTANSI KEUANGAN", Jurnal Pendidikan Ekonomi (JURKAMI), 2025

Publication

<1 %

89

e-journal.polnustar.ac.id

Internet Source

<1 %

Exclude quotes Off

Exclude matches Off

Exclude bibliography Off