

Asuhan keperawatan pada pasien cerebro vascular accident (cva) infark di ruang nakula rumah sakit umum daerah jombang

by Lyana Kartika Permatasari Itskes

Submission date: 12-Sep-2023 11:00PM (UTC+0800)

Submission ID: 2164152514

File name: LYANA_KARTIKA_PERMATASARI.docx (495K)

Word count: 12088

Character count: 84282

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN ¹¹KEPERAWATAN PADA PASIEN *CEREBRO VASCULAR*
ACCIDENT (CVA) INFARK DI RUANG NAKULA RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH JOMBANG



LYANA KARTIKA PERMATASARI

201210015

²PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS VOKASI
INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG

2023

BAB I

² PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Cerebrovascular Vascular Accident (CVA) infark *suatu penyakit yang* terjadi ketika terhentinya pasokan darah ke otak terganggu atau bahkan berkurang yang bisa menyebabkan jaringan pada otak kekurangan oksigen dan nutrisi. Penyakit pada kondisi ini dapat mengancam kehidupan seseorang hingga kecacatan permanen dalam otak. *Cerebro Vascular Accident (CVA)* infark yang terjadi adalah jenis stroke infark atau non hemoragik, yang terjadi ketika pembuluh darah di otak menyempit atau tersumbat akibat penumpukan timbunan lemak yang disebut plak. Setiap tahunnya, satu pertiga meninggal dan sisanya mengalami kecacatan permanen seperti kelumpuhan (Sholeh, 2019). CVA Infark merupakan penyakit yang paling sering menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berpikir, daya ingat dan bentuk-bentuk kecacatan yang lain sebagai akibat gangguan fungsi otak. Selain itu, masalah-masalah yang ditimbulkan oleh CVA Infark yaitu adanya gangguan fungsi vital otak seperti gangguan koordinasi, gangguan keseimbangan, gangguan kontrol postur, gangguan sensasi dan gangguan refleks gerak akan menurunkan kemampuan aktivitas fungsional individu sehari-hari (Irfan, 2019). 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 (Nanda, 2017-2020).

Berdasarkan data estimasi *World Health Organization* (WHO) penyakit *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark menempati urutan kedua, dalam kasus morbiditas sebesar 11% dari total morbiditas di dunia pada tahun 2019. Dari data *South East Asian Medical Information Centre* (SEAMIC) didapatkan angka morbiditas *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark terbesar di Asia Tenggara terjadi di negara Indonesia. Prevalensi penderita stroke infark di Indonesia dengan meningkat tajam pada usia 45-54 tahun (14,2%), usia 55-64 tahun (32,4%), usia 65-74 tahun (45,3%), dan usia lebih dari 75 tahun (50,2%). Data prevalensi penderita stroke di Jawa Timur mencapai (12,4%) dan menempati urutan kedelapan setelah Kepulauan Bangka Belitung (12,7%). Angka kejadian penderita stroke di wilayah RSUD Jenangan pada tahun 2020 sebanyak 62 klien dengan jumlah penderita baru laki-laki sebanyak 24 klien dan jumlah penderita baru perempuan sebanyak 38 klien. Di Indonesia terdapat 256.000 penderita CVA atau sekitar 10,9% dari total jumlah penduduk Indonesia (Riskesmas, 2018). Berdasarkan data yang diperoleh di RSUD Jombang dalam kurun waktu 2022 sebanyak 1.985 orang pada kasus *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark 45%, sedangkan pada data 1 tahun terakhir pada kasus *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark sebanyak 562 orang.

Cerebro Vascular Accident (CVA) Infark disebabkan karena adanya penyumbatan pembuluh darah ke otak yg di sebabkan oleh dua hal, yaitu pertama adalah tersumbatnya pembuluh darah otak oleh emboli, yang merupakan bekuan darah yang berasal dari thrombus jantung. Yang kedua adalah terjadinya penebalan pada dinding pembuluh darah disebut dengan atherosclerosis, dan terjadi bekuan darah bercampur lemak yang menempel di dinding pembuluh darah

yang disebut thrombus. Suplai darah ke otak bisa berubah seperti makin cepat atau lambat dikarenakan gangguan lokal (emboli dan thrombus) atau karena gangguan umum (jantung, paru dan hipoksia). Tubuh akan kekurangan suplai oksigen dan nutrien jika hal diatas terjadi penyumbatan di otak dan terjadi pada daerah neuromuskular ataupun neuromuskuloskeletal seperti ekstrimitas maka akan terjadi kecacatan pada anggota pergerakan fisik yaitu akan muncul masalah gangguan mobilitas fisik pada tubuh klien yang mengalami *Cerebro Vascular Accident (CVA) Infark* (Sholeh, 2019).

Penatalaksanaan *Cerebro Vascular Accident (CVA) Infark* pada klien gangguan mobilitas fisik secara mandiri diberikan ketika kondisi hemodinamik dan neurologis pasien stabil. Penatalaksanaannya dapat berupa farmakologis dan non farmakologis. Terapi non farmakologis dapat diberikan dengan cara latihan range of motion (ROM) adalah salah satu terapi untuk berlatih dalam proses rehabilitasi agar terhindar dari kecacatan permanen yang bisa terjadi pada pasien CVA infark . Latihan ini juga merupakan bentuk penatalaksanaan mendasar yang dapat dilakukan oleh perawat (Setyawati, 2019). Terapi genggam bola karet bisa menghasilkan kontaksi otot dengan bantuan dari luar yaitu dengan fisioterapi dan alat mekanis (Santoso, 2018). Terapi ini berfungsi untuk meningkatkan kekuatan otot, merangsang syaraf motoric di tangan dan diteruskan ke otak, dan memperbaiki tonus otot dan reflek tendon yang mengalami kelemahan (Adi dan Kartika, 2018). Memberikan terapi permen karet xylitol untuk mencegah dan menurunkan derajat mukositis oral. Selain itu, untuk mengurangi tingkat insidensi yang terjadi maka masyarakat harus membiasakan pola hidup sehat dengan cara mengkonsumsi makanan 3 bergizi dan seimbang seperti sayuran, buah-buahan.

Diimbangi 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 Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark Di Ruang Nakula Di Rumah Sakit Umum Daerah Jombang?

2 1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Melakukan Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark Di Ruang Nakula Di Rumah Sakit Umum Daerah Jombang.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi pengkajian keperawatan pada pasien yang mengalami *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark Di Ruang Nakula Rumah Sakit Umum Daerah Jombang.
- b. Mengidentifikasi diagnosa keperawatan pada pasien yang mengalami *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark Di Ruang Nakula Rumah Sakit Umum Daerah Jombang.
- c. Mengidentifikasi intervensi keperawatan pada pasien yang mengalami Hipertensi Melalui Pemberian Terapi Teknik Genggam Bola Karet *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark Di Ruang Nakula Rumah Sakit Umum Daerah Jombang.

- d. Mengidentifikasi implementasi keperawatan pada pasien yang mengalami *Cerebro Vascular Accident (CVA) Infark Di Ruang Nakula Rumah Sakit Umum Daerah Jombang*.
- e. Mengidentifikasi evaluasi keperawatan pada pasien yang mengalami *Cerebro Vascular Accident (CVA) Infark Di Ruang Nakula Rumah Sakit Umum Daerah Jombang*.

1.4 Manfaat Penelitian

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

a. Bagi Pasien dan keluarga

Memberikan pengetahuan serta informasi tentang hipertensi pada pasien dan keluarga, bagaimana cara pencegahan *Cerebro Vascular Accident (CVA) Infark* dan cara mengontrol tekanan darah dan kolesterol.

b. Bagi Petugas Kesehatan

Memberikan informasi untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dalam melakukan tindakan keperawatan secara farmakologis dan non farmakologis.

c. Bagi ITS Kes Insan Cendekia Medika Jombang

Diharapkan penelitian ini mampu menambah pengetahuan serta dapat dijadikan sebagai sumber referensi bagi mahasiswa ITS Kes Insan Cendekia Medika Jombang tentang *Cerebro Vascular Accident (CVA) Infark*.

d. Bagi Peneliti Selanjutnya

Mampu menambah pengetahuan tentang *Cerebro Vascular Accident (CVA)* Infark serta menambah wawasan tentang pengelolaan kasus pada pasien *Cerebro Vascular Accident (CVA)* Infark.

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit *Cerebro Vascular Accident (CVA) Infark*

2.1.1 Pengertian

Menurut definisi Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), stroke adalah disfungsi otak yang terjadi secara tiba-tiba akibat sirkulasi darah otak yang tidak normal, disertai gejala dan tanda klinis fokal dan sistemik, berlangsung selama lebih dari 24 jam atau dapat mengakibatkan kematian. Orang berusia di atas 40 tahun. Semakin tua, semakin besar risiko terkena stroke (Imran et al., 2020). Stroke adalah sindrom klinis yang awal timbulnya mendadak, progresif cepat, berupa defisit neurologis fokal dan atau global yang berlangsung 24 jam atau lebih atau langsung menimbulkan kematian dan disebabkan oleh gangguan peredaran otak (Markus,2019). Stroke adalah gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda klinis fokal atau global yang berlangsung lebih dari 24 jam tanpa tanda-tanda penyebab non vaskuler, termasuk didalamnya tanda-tanda perdarahan subarakhnoid, perdarahan intraserebral, iskemik atau infark serebri (Mutiarasari, 2019).

2.1.2 Klasifikasi

Menurut (Mega 2021), klasifikasi stroke berdasarkan patologinya dibagi menjadi dua jenis yakni:

1. CVA Iskemik (CVA Infark)

CVA Iskemik merupakan tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan berhentinya aliran darah ke otak secara sebagian ataupun keseluruhan, penyumbatan juga dapat terjadi dimanapun 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, namun stroke iskemik dibagi menjadi tiga bagian :

a. 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).

b. 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 aterosklerosis, sedangkan trombosis pada pembuluh darah kecil biasanya dialami oleh penderita hipertensi.

c. 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 ³darah jantung. Pasokan darah dari jantung yang kaya oksigen dan nutrisi ke otak adalah faktor utama yang menjadi penyebabnya.

2. CVA Hemoragik

CVA hemoragik merupakan jenis stroke yang ditimbulkan oleh pendarahan ke dalam jaringan otak (disebut hemoragia intra serebrum atau hematoma intra serebrum) atau disebut juga perdarahan ke dalam ruang subaraknoid, yaitu ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak (disebut hemoragia subaraknoid atau hematoma subaraknoid). Pada jenis stroke hemoragik dibedakan menjadi dua yakni:

a. Pendarahan intraserebral

Pendarahan yang terjadi didalam otak, yakni pada ganglia batang otak pada umumnya serta pada otak kecil dan otak besar, jenis kasus ini yang meimbulkan akibat fatal, karena sebagian pasien pada penderita kasus stroke jenis ini mengalami penanganan tindakan wajib operasi bahkan tidak dapat dapat diselamatkan.

b. Pendarahan subaraknoid

Pendarahan subaraknoid terjadi diluar otak, yaitu pada pembuluh darah yang berada di bawah otak atau diselaput otak. Perdarahan tersebut menekan otak sehingga suplai darah ke otak berhenti. Ketika darah yang berasal dari pembuluh darah yang bocor bercampur dengan cairan yang ada dibatang atau 17 selaput

otak, maka darah akan menghalangi aliran cairan otak sehingga menimbulkan tekanan. CVA hemoragik subaraknoid paling sering terjadi pada penderita hidrosefalus.

2.1.3 Etiologi

a. 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 tdur, hal ini akibatkan oleh penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemi serebral. Tanda dan gejala neurologis sering memburuk pada 48 jam setelah thrombosis, keadaan yang dapat menyebabkan thrombosis otak antara lain :

b. Ateroklerosis

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

c. 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.

d. 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 di antaranya.

e. Emboli

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

2. Hemoragi

Perdarahan ini dapat terjadi karena aterosklerosis dan hipertensi. Akibat dari pecahnya pembuluh darah pada otak yang merupakan pembesaran darah kedalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran, dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan sehingga otak membengkak, jaringan otak tertekan, sehingga infark otak odema dan mungkin herniasi pada otak.

a. Hipoksia Umum

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

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. (Syah, Pujiyanti, and Widyantoro 2019)

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 karna 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 arterosklerotik atau bekuan darah pada area yang mengalami stenosis, dimana terjadi turbulensi yaitu melambatnya aliran darah (Sholeh, 2019) Otak sangat membutuhkan oksigen dan tidak bisa menyangkan 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 obtruksi (Sholeh, 2019)

2.1.5 Manifestasi Klinis

Kehilangan Motorik CVA (Cerebro Vaskuler Accident) 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 dipengaruhi oleh CVA (Cerebro Vaskuler Accident) adalah bahasa dan komunikasi, misalnya :

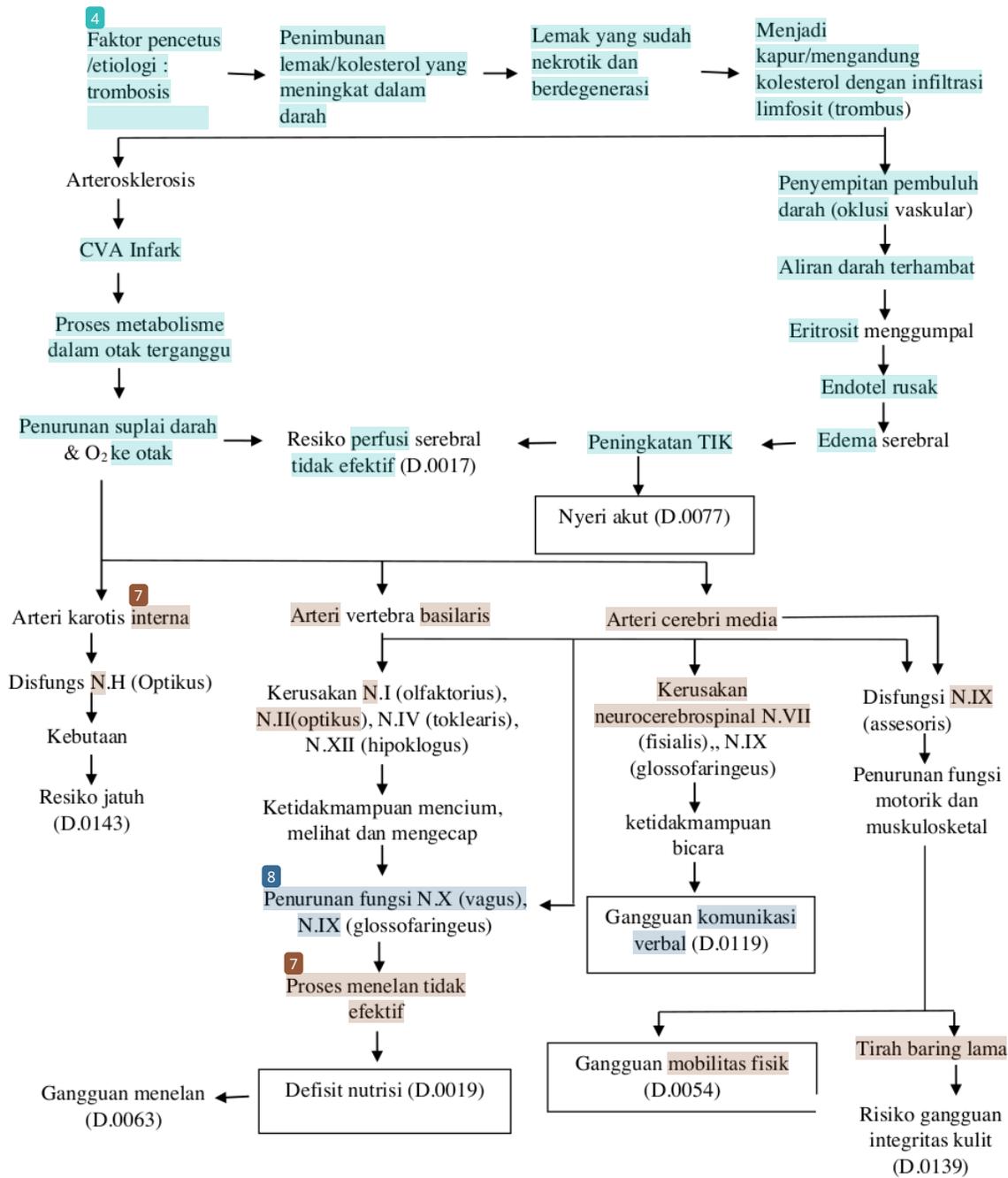
- a. Disartria, yaitu kesulitan berbicara yang ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara.
- b. Disfasia atau afasia atau kehilangan bicara yang terutama ekspresif atau arefresif. Apraksia yaitu ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya.

Gangguan persepsi

- 1) Hemonimus hemianopsia, yaitu kehilangan setengah lapang pandang dimana sisi visual yang terkena berkaitan dengan sisi tubuh yang paralisis.
- 2) Amorfosintesis, yaitu keadaan dimana cenderung berpaling dari sisi tubuh yang sakit dan mengabaikan sisi atau ruang yang sakit tersebut.
- 3) Gangguan hubungan visual spasial, yaitu gangguan dalam mendapatkan hubungan dua atau lebih objektif dalam area spasial.

- 4) Kehilangan sensori, antara lain tidak mampu merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh (kehilangan propioseptik) sulit menginterpretasikan stimulasi visual, taktil auditorius (Mega 2021)

2.1.6 Pathway



Gambar 2.1 : Kerangka masalah CVA infark SDKI (PPNI,2018)

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.
- e. Nutrisi peroral hanya boleh diberikan setelah tes fungsi menelanbaik, bila terhadap gangguan menelan atau pasien yang kesadaran menurun, dianjurkan pemasangan NGT.
- f. Mobilisasi dan rehabilitasi dini jika tidak ada kontraindikasi.

2. Penatalaksanaan farmakologis

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

3. Penatalaksanaan Khusus

- a. Atasi kejang (antikonvulsan)
- b. Atasi tekanan intrakranial yang meninggi dengan manitol, gliserol, furosemide, 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, 2019)

2.1.8 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik pada pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA)

Infark (Price dkk, 2005 dalam sholeh (2019) :

- a. Laboratorium.
- b. Pada pemeriksaan paket stroke : viskositas darah pada klien ada peningkatan VD >5,1 cp, test agresi trombosit (TAT), asam arachidonic (AA), platelet activating factor (PAF), fibrinogen.
- c. 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.
- d. Pemeriksaan sinar x thoraks dapat mendeteksi pembesaran jantung (kardiogenal).
- e. Ultrasonografi (USG) karois : evaluasi standart untuk mendeteksi gangguan aliran darah karotis dan kemungkinan memperbaiki kausa stroke.
- f. Angiografi serebrum : membantu menentukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti lesi ulseratif, stenosis, displosia fibraomuskuler, dan pembentukan thrombus di pembuluh darah besar

2.1.9 Komplikasi

Menurut Wijaya dan Putri (2019), 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
2. Berhubungan dengan mobilisasi
 - a. Nyeri pada daerah punggung
 - b. Dislokasi sendi
 - c. Berhubungan dengan kerusakan otak
 - d. Epilepsi
 - e. Sakit kepala
 - f. Kraniotomi
 - g. Hidrosifalus

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). Imobilisasi adalah suatu kondisi yang relatif, dimana individu tidak saja kehilangan kemampuan gerakanya 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:

a. 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.

b. 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.

12 **2.3 Konsep Range Of Motion (ROM)**

2.3.1 Pengertian

Menurut Zenni (2019) Range Of Motion (ROM) adalah tindakan atau latihan otot atau persendian yang diberikan kepada pasien yang mobilitas sendinya terbatas karena penyakit disabilitas, atau trauma. Dimana klien menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal baik secara aktif atau pasif. Atau dapat juga didefinisikan sebagai jumlah maksimum gerakan yang mungkin dilakukan sendi pada salah satu dari tiga potongan tubuh: sagital, frontal, dan transversal.

2.3.2 Klasifikasi

Range Of Motion (ROM) Pengklasifikasi Range Of Motion (ROM) menurut Widayati (2010) terdiri dari ROM aktif, ROM aktif dengan bantuan dan ROM pasif. ROM aktif ialah latihan yang dilakukan oleh pasien secara mandiri, pada latihan ini pasien dipercaya dapat meningkatkan kemandirian serta kepercayaan dirinya. Latihan yang dilakukan secara mandiri oleh pasien dan hanya dibantu oleh perawat atau keluarga saat pasien kesulitan melakukan suatu gerakan disebut dengan ROM aktif dengan bantuan. Sedangkan ROM pasif yaitu latihan yang dilakukan oleh pendamping seperti perawat atau keluarga, pendamping berperan sebagai pelaku ROM atau yang melakukan ROM terhadap pasien tersebut.

2.3.3 Tujuan

- a. Untuk mengurangi kekakuan pada sendi dan kelemahan pada otot yang dapat dilakukan secara pasif maupun aktif tergantung dengan keadaan pasien.
- b. Meningkatkan dan mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot.

2.3.4 Manfaat

- a. Menentukan nilai kemampuan sendi ⁹ tulang dan otot dalam melakukan pergerakan.
- b. Mengkaji tulang sendi, otot.
- c. Mencegah terjadinya kekakuan sendi
- d. Memperlancar sirkulasi darah.

2.3.5 Indikasi

- a. Menentukan nilai kemampuan sendi ⁹ tulang dan otot dalam melakukan pergerakan.
- b. Mengkaji tulang sendi, otot.
- c. Mencegah terjadinya kekakuan sendi.
- d. Memperlancar sirkulasi darah.

2.3.6 Indikasi

- a. Klien dengan tirah baring yang lama.
- b. Stroke atau penurunan tingkat kesadaran.
- c. Kelemahan otot.
- d. Fase rehabilitasi fisik.

2.3.7 Kontra Indikasi

- a. Klien dengan fraktur.
- b. Klien dengan peningkatan tekanan intrakranial.
- c. Trombus/Emboli pada pembuluh darah.
- d. Kelainan sendi atau tulang.
- e. Klien fase imobilisasi karena kasus penyakit(jantung).

2.3.8 Gerakan ROM

- a. Fleksi.

- b. Ekstensi.
- c. Hiperekstensi.
- d. Rotasi.
- e. Supinasi.
- f. Pronasi.
- g. Abduksi
- h. Adduksi.

2.3.9 Prosedur ROM

1. Cara latihan gerak sendi

a.) Bahu.

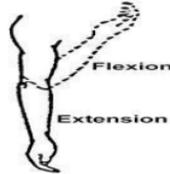
1. Fleksi 180° menaikkan lengan ke atas sejajar dengan kepala.
2. Ekstensi 180° mengembalikan lengan ke posisi semula.
3. Hiperekstensi 45-60° menggerakkan lengan ke belakang.
4. Abduksi 180° lengan dalam keadaan lurus sejajar bahu lalu gerakkan kearah kepala.
5. Adduksi 360° lengan kembali ke posisi tubuh.
6. Rotasi internal 90° tangan lurus sejajar bahu lalu gerakkan dari bagian siku kearah kepala secara berulang.
7. Rotasi eksternal 90° dan kearah bawah secara berulang



Gambar 2.2 Terapi Range Of Motion (ROM) Bahu

b.) Siku

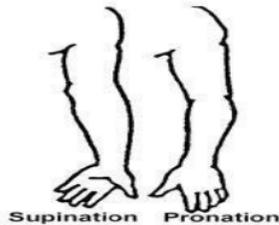
1. Fleksi 150° menggerakkan daerah siku mendekati lengan atas.
2. Ekstensi 150° dan luruskan kembali.



Gambar 2.2 Terapi Range Of Motion (ROM) Siku

c.) Lengan bawah.

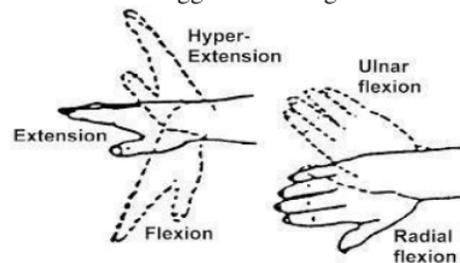
1. Supinasi 70-90° menggerakkan tangan dengan telapak tangan diatas.
2. Pronasi 70-90° menggerakkan tangan dengan telapak tangan dibawah.



Gambar 2.2 Terapi Range Of Motion (ROM) Lengan Bawah

d.) Pergelangan tangan.

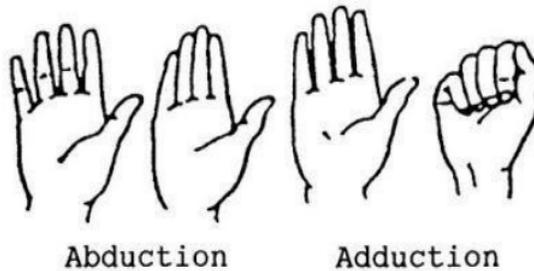
1. Fleksi 80-90° menggerakkan pergelangan tangan kearahbawah.
2. Ekstensi 80-90° menggerakkan tangan kembali lurus.
3. Hiperekstensi 89-90° menggerakkan tangan kearah atas.



Gambar 2.2 Range Of Motion (ROM) Pergelangan Tangan

e.) Jari tangan

1. Fleksi 90° tangan menggenggam.
2. Ekstensi 90° membuka genggam.
3. Hiperekstensi 30-60° menggerakkan jari-jari kearah atas.
4. Abduksi 30° meregangkan jari-jari tangan.
5. Adduksi 30° merapatkan kembali jari-jari tangan.



Gambar 2.2 Terapi Range Of Motion (ROM) Jari Tangan

f.) Ibu jari

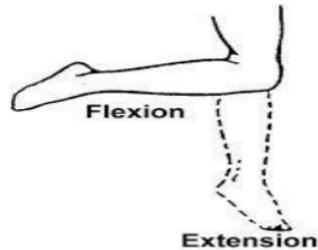
1. Fleksi 90° menggenggam.
2. Ekstensi 90° membuka genggam.
3. Abduksi 30° menjauhkan/meregangkan ibu jari.
4. Adduksi 30° mendekatkan kembali ibu jari.
5. Oposisi mendekatkan ibu jari ke telapak tangan.



Gambar 2.2 Terapi Range Of Motion (ROM) Ibu Jari

g.) Lutut

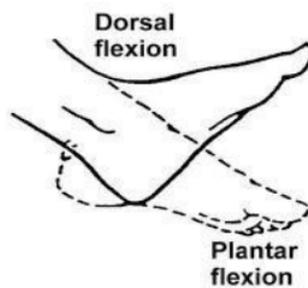
1. Fleksi 120-130° menggerakkan lutut kearah belakang
2. Ekstensi 120-130° menggerakkan lutut kembali keposisi semua lurus



Gambar 2.2 Terapi Range Of Motion (ROM) Lutut

h.) Mata kaki

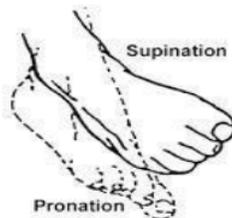
1. Dorso fleksi 20-30° menggerakkan telapak kaki kearah atas.
2. Plantar fleksi 20-30° menggerakkan telapak kaki kearahbawah.



Gambar 2.2 Terapi Range Of Motion (ROM) Mata Kaki

i.) Kaki

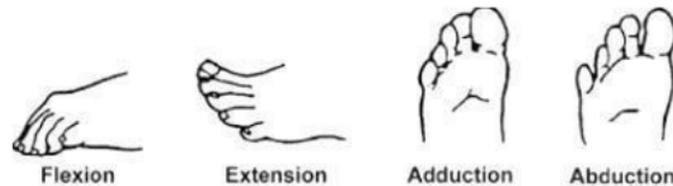
1. inversi/supinasi 10° memutar/mengarahkan telapak kaki kearah samping dalam.
2. Eversi/Pronasi 10° memutar/mengarahkan telapak kaki kearah samping luar.



Gambar 2.2 Terapi Range Of Motion (ROM) Kaki

j.) Jari kaki

1. Fleksi 30-60° menekuk jari-jari kaki kearah bawah.
2. Ekstensi 30-60° meluruskan kembali jari-jari kaki.
3. Abduksi 15° meregangkan jari-jari kaki.
4. Adduksi 15° merapatkan kembali jari-jari kaki.



Gambar 2.2 Terapi Range Of Motion (ROM) Jari Kaki

2.4 Konsep Teknik Genggam Bola Karet

2.4.1 Pengertian

Teknik terapi genggam bola karet bisa menghasilkan kontaksi otot dengan bantuan dari luar yaitu dengan fisioterapi dan alat mekanis (Tegar 2011 dalam(Santoso, 2018)). Terapi ini bertujuan untuk mempertahankan kan fungsi tubuh dan mencegah komplikasi akibat kelemahan otot bagian tubuh atas. Alat yang digunakan yaitu bola karet karena berpengaruh untuk meningkatkan kekuatan otot genggam tangan dan ototnya menjadi meningkat. 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 (Adi dan Kartika, 2018).

2.4.2 Prosedur Pelaksanaan Terapi Menggenggam Bola Karet Bola

Langkah-langkah terapi genggam bola karet (Sudrajat, 2018) berikut ini:

1. Memposisikan pasien.

2. Menaruh bola karet diatas telapak tangan pasien yang lemah.



Gambar 2.1 terapi menggenggam bola karet (Sudrajat, 2018)

3. Menginstruksikan pasien untuk menggenggam atau mencengkram tangan.



Gambar 2.2 terapi menggenggam bola karet (Sudrajat, 2018)

4. Selanjutnya lepaskan cengkraman atau genggaman tangan.
5. Menginstruksikan pasien melakukan gerakan mencengkram dan melepaskan genggaman berulang-ulang dengan waktu 10-15 menit.



Gambar 2.3 terapi menggenggam bola karet (Sudrajat, 2018)

6. Lakukan gerakan terapi tersebut sampai 7 hari berturut-turut.

2.4.3 Lama Terapi Menggenggam Bola

Rekomendasi dasar dalam melakukan terapi genggam bola karet memiliki pengaruh terhadap rentang gerak pasien atau peningkatan kekuatan otot bila dilakukan dengan frekuensi dua kali sehari dalam tujuh hari dengan waktu 10-15 menit dalam sekali latihan (Chaidir and Zuardi, 2018).

2.4.4 Patofisiologi Menggenggam Bola Karet

1. Gerakan yang terjadi pada latihan gerak aktif diawali dengan adanya perintah untuk bekerja yang diaktifkan oleh sinyal dari otak yang diawali oleh korteks serebri yang dicapai ketika korteks mengaktifkan pola fungsi yang tersimpan pada area otak yang lebih rendah yaitu *medulla spinalis*, batang otak, *ganglia basalis* dan *sereblum* yang kemudian mengirimkan banyak sinyal pengaktivasi spesifik ke otot dan memicu banyak aktivitas motorik normal terutama untuk pergerakan (Guyton & Hall JE, 2018).

2.4.5 Indikasi Dan Kontra Indikasi

- 1 Pasien CVA yang masih memiliki kontraksi otot.
- 2 Pasien CVA yang mengalami kelemahan otot dan membutuhkan bantuan terapi.
- 3 Bila mengganggu proses penyembuhan tidak boleh dilakukan terapi ini.
- 4 Pasien post *infark miokard*, operasi *arteri koronaria* dan lain-lain .
- 5 Terdapat peradangan dan nyeri.(Suwartana., 2012 dalam (Santoso, 2018)

2.4.6 Peningkatan Kekuatan Otot Pasien Cerebro Vascular Accident (CVA) Infark Dengan Terapi Menggenggam Bola Karet

Pada pasien *Post CVA Infark* yang mengalami kelemahan otot dan tidak segera dilakukan terapi akan menyebabkan beberapa gangguan ,yaitu penurunan

kekuatan otot, penurunan pergerakan, penurunan sensitivitas tubuh dan kesulitan dalam melakukan kegiatan sehari-hari. karena penurunan otot, Pasien CVA kesulitan dalam menggerakkan tubuhnya (Murtaqib, 2018). Peningkatan kekuatan otot yaitu dengan terapi atau latihan menggenggam bola. Untuk memulihkan anggota gerak atas diperlukan rangsangan dengan terapi genggam bola karet yaitu dengan cara mencengkram dan melepaskan genggam bola di telapak tangan (Sukmaningrum,2018).Pasien post *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark di berikan sesuatu latihan gerak aktif asitif yaitu terapi genggam bola karet. Alat yang digunakan yaitu bola karet karena berpengaruh untuk meningkatkan kekuatan otot genggam tangan dan ototnya menjadi meningkat. Terapi ini berfungsi untuk meningkatkan kekuatan otot,merangsang syaraf motoric di tangan dan diteruskan ke otak, dan memperbaiki tonus otot dan reflek tendon yang mengalami kelemahan (Adi dan Kartika, 2018)

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan CVA Infark

2.5.1 Pengkajian

- a. Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Semua data dikumpulkan secara sistematis dan komprehensif dengan aspek biologis, psikologis, sosial, maupun spiritual pasien.
- b. Data Umum
Tanyakan pada pasien tentang nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, agama, suku, tanggal masuk RS dan lainnya mengenai identitas klien.
- c. 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.

d. 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 ⁶ badan atau gangguan fungsi otak yang lain. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intrakranial. Keluhari perubahan perilaku juga umum terjadi.

e. Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi ⁸ oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan.

f. Riwayat Penyakit Keluarga

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

2.5.2 Pemeriksaan Fisik

1) B1 (Breath)

Pada inspeksi didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas, dan peningkatan frekuensi pernapasan. Auskultasi bunyi napas tambahan seperti ronkhi pada klien dengan

peningkatan produksisekret dan kemampuan batuk yang menurun yang sering didapatkan pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma. Pada klien dengan tingkat kesadaran compos mends, pengkajian inspeksi pernapasannya tidak ada kelainan. Palpasi toraks didapatkan taktil premitus seimbang kanan dan kiri. Auskultasi tidak didapatkan bunyi napas tambahan.

2) B2 (Blood)

Pengkajian pada sistem kardiovaskular didapatkan renjatan (syok hipovolemik) yang sering terjadi pada klien stroke. Tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi masif (tekanan darah >200 mmHg).

3) B3 (Brain)

Pemeriksaan 12 Saraf kranial :

1. Saraf Olfaktorius (N. I) : saraf sensorik, untuk penciuman.
2. Saraf Optikus (N. II) : saraf sensorik, untuk penglihatan.
3. Saraf Okulomotorius (N. III) : saraf motorik, untuk mengangkat kelopak mata dan kontraksi pupil.
4. Saraf troklearis (N. IV) : saraf motorik, untuk pergerakan bola mata.
5. Saraf Trigeminalis (N. V) : saraf motorik, gerakan mengunyah, sensasi wajah, lidah dan gigi, reflek kornea dan reflek berkedip.
6. Saraf Abdusen (N. VI) : saraf motorik, pergerakan bola mata kesamping melalui otot lateralis.
7. Saraf Fasialis (N. VII) : saraf motorik, untuk ekspresi wajah.
8. Saraf Vestibulokoklear (N. VIII) : saraf sensorik, untuk pendengaran dan keseimbangan.

9. Saraf Glosfaringeus (N. IX) : saraf sensorik dan motorik, untuk sensasi rasa.

10. Saraf Vagus (N. X) : saraf sensorik dan motorik, reflek muntah dan menelan.

11. Saraf Asesorius (N. XI) : saraf motorik, untuk menggerakkan bahu.

12. Saraf Hipoglosus (N. XII) : saraf motorik, untuk menggerakkan lidah.

4) B4 (Bladder)

Setelah stroke klien mungkin mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang kontrol sfingter urine eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermiten dengan teknik steril. Inkontinensia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

5) B5 (Bowel)

Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual sampai muntah disebabkan oleh peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

6) B6 (Bone)

Adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralise/ hemiplegi, serta mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat.

2.5.3 Diagnosa Keperawatan

- a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan massa otot (D.0054)
- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (D.0019)
- c. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)
- d. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral (D.0119)

2.5.4 Intervensi Keperawatan

2.4 Tabel Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan massa otot (D0054)	<p>1</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan mobilitas fisik membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat (5) 2. Kekuatan otot meningkat (5) 3. Rentang gerak (ROM) meningkat (5) 4. Kelemahan fisik berkurang (5) <p>(L.05042)</p>	<p>Dukungan Ambulasi (1.06171)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 3. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk) 5. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Anjurkan melakukan ambulasi dini 7. Ajarkan pasien teknik genggam bola karet 8. Ajarkan pasien latihan ROM <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Kolaborasi obat-obatan dengan tim medis 10. Kolaborasi dengan ahli fisioterapi
2.	Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (D0019)	<p>1</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan status nutrisi meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat badan membaik (5) 2. Nafsu makan membaik (5) 3. Bising usus membaik (5) <p>(L.03030)</p>	<p>Manajemen nutrisi (1.03119)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi makanan yang disukai 2. Identifikasi alergi dan intoleren makanan 3. Identifikasi status nutrisi 4. Monitor asupan makanan

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
			<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Lakukan <i>oral hygiene</i> sebelum makan jika perlu 6. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 7. Sajikan makan nan tinggi serat dan protein <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Anjurkan posisi duduk 9. Ajarkan diet yang diajarkan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan
3.	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. (D.0077)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi ¹selama 3x24 jam, diharapkan nyeri akut menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Sikap protektif menurun (5) 4. Kesulitan tidur menurun (5) 5. Frekuensi nadi membaik (5) <p>(L.08066)</p>	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>1)bservasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (kompres hangat atau dingin) 5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Subruangan, pencahayaan, kebisingan) 6. Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Jelaskan penyebab, pemicu nyeri 8. Jelaskan strategi meredakan nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Kolaborasi pemberian

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
			analgetik, jika perlu
4.	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral (D.0119)	<p>1</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan komunikasi verbal meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan berbicara meningkat (5) 2. Kesesuaian wajah meningkat (5) 3. Disfasia menurun (5) 4. Pelo menurun (5) 5. Respons perilaku membaik (5) <p>(L.13118)</p>	<p>Promosi komunikasi defisit bicara (I.13492)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kecepatan tekanan dan diksi bicara 2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis saat bicara (misalkan memori, pendengaran dan bahasa) 3. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Gunakan metode komunikasi alternative 5. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuha 6. Ulangi apa yang disampaikan pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Gunakan juru bicara jika perlu 8. Anjurkan berbicara perlahan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis

1.5.5 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 ktivitas kehidupan sehari-hari, memberikan asuhan perawatan untuk tujuan yang berpusat pada klien (Potter & Perry, 2019).

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 menjelaskan tentang penyakit, perawatan dan pengobatan CVA Infark.

1.5.6 Evaluasi

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, ¹⁵2019).

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian ini menggunakan penelitian studi kasus, yaitu suatu penelitian yang dilakukan dengan cara meneliti suatu permasalahan serta mengeksplorasi suatu masalah keperawatan melalui batasan terperinci, dengan proses pengambilan data untuk memahami suatu data serta menyertakan berbagai sumber pengalaman dan informasi (Notoatmodjo, 2019). Penelitian pada studi kasus ini bertujuan untuk memperbandingkan suatu keabsahan pengaplikasian yang tepat terhadap klien agar dapat ditemukan kesimpulan dengan menerapkan cara yang efisien untuk pemecahan masalah yang adekuat sehingga membantu merealisasikan sebuah tindakan yang akurat dan efektif. Penelitian studi kasus ini memiliki batasan waktu dan tempat, kasus yang dipelajari juga merupakan peristiwa yang benar terjadi, terhadap aktivitas dan kejadian pada setiap individu.

Studi kasus ini bertujuan untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada klien yang mengalami CVA Infark di ruang nakula di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Jombang.

3.2 Batasan Istilah

Untuk 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 Nakula Rumah Sakit Umum Daerah Jombang. Dalam penelitian

studi kasus ini penulis perlu menjelaskan mengenai konsep *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark.

3.3 Partisipan

Dalam penelitian studi kasus ini subjek yang digunakan adalah dua pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark. Dengan kriteria partisipan sebagai berikut :

1. 2 pasien dengan *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark
2. 2 pasien yang dirawat Di Ruang Nakula Rumah Sakit Umum Daerah Jombang
3. 2 pasien yang kooperatif
4. 2 pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik ekstremitas atas dan bawah
5. 2 pasien dan keluarga yang sama-sama bersedia menerima untuk dilakukannya penelitian studi kasus ini.

3.4 Lokasi Dan Waktu Penelitian

Lokasi studi kasus ini dilaksanakan Di Ruang Nakula Rumah Sakit Umum Daerah Jombang. Penelitian ini akan dilaksanakan pada tanggal 30 Mei hingga dengan 02 Juni 2023.

3.5 Pengumpulan Data

Agar dapat memperoleh data yang sesuai dengan masalah yang digunakan dalam penelitian ini, peneliti sangatlah perlu melakukan teknik pengumpulan data sebagai berikut :

1. Wawancara

Wawancara adalah metode pengumpulan data yang dilakukan dengan tanya jawab (dialog) langsung antara pewawancara dengan responden (Anggraini & Saryono, 2019). Wawancara dalam penelitian ini berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, dan lain-lain. Sumber data dari klien, keluarga, perawat lainnya.

2. Observasi

Observasi adalah pengamatan dapat dilakukan dengan melalui penciuman, penglihatan, pendengaran, peraba dan pengecap. Peneliti melakukan pengamatan atau observasi langsung terhadap subjek penelitian (Aanggraini & Suryono, 2019). Kegiatan observasi meliputi : mencatat, pertimbangan dan penilaian. observasi dan penilaian fisik dalam studi kasus asuhan keperawatan dengan pendekatan IPPA : inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi, pada sistem tubuh klien (Rohman & Walid, 2018).

3. Studi dokumentasi

Dokumentasi adalah catatan hasil dari pemeriksaan diagnostik dan sumber data lain yang relevan. diantaranya melihat rekam medik, catatan klien & jurnal penelitian, literature perpustakaan dan buku – buku terutama ada hubungannya dengan *Cerebro Vascular Accident (CVA) Infark*.

1

3.6 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data adalah untuk menguji kualitas data dan informasi yang didapat selama penelitian studi kasus berlangsung sehingga menghasilkan data dan informasi dengan validasi yang relevan dan tinggi, selain itu juga merupakan integritas peneliti (instrumen utama adalah peneliti), uji keabsahan data dilakukan dengan :

1. Pengamatan atau tindakan yang diberikan waktu yang panjang
2. Sumber informasi yang didapatkan dapat dijadikan tambahan data dengan menggunakan metode triangulasi¹ dari tiga sumber data utama yaitu pasien, keluarga dan perawat yang mempunyai kaitan dengan masalah yang diteliti.

3.7 Analisis Data

Analisa data dilakukan dalam penelitian dilapangan, ketika pengumpulan data dari pertama sampai pengumpulan data akhir semua terkumpul. Analisa data dapat diamati dengan menyatakan fakta yang ada dan dibandingkan dengan penerapan teori, yang dituangkan pada opini pembahasan. Teknik analisa data yang dilakukan dengan menentukan jawaban yang didapat dari hasil peneliti dengan wawancara yang dilakukan agar rumusan masalah pada penelitian dapat terjawab. Teknik analisis juga dilaksanakan dengan melakukan observasi oleh peneliti dan mendokumentasi setiap hasil data yang diperoleh agar bisa di interpretasikan dan dibandingkan dengan teori yang ada sebagai acuan untuk memberikan rekomendasi intervensi tersebut.

Urutan dalam analisis data tersebut meliputi :

1. Pengumpulan data

Proses pengumpulan data dan studi kasus ini dari hasil WOD yaitu wawancara, observasi, dokumen. Data yang dikumpulkan adalah data pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

- ¹
2. Mereduksi data

Data dari setiap hasil wawancara yang terkumpul dilapangan dalam bentuk catatan lapangan, yang dijadikan satu salinan data dan dikelompokkan menjadi dua data yaitu data objektif dan data subjektif kemudian dianalisis dari hasil pemeriksaan diagnostik dan dibandingkan dengan hasil normal.

3. Penyajian data

Pada penyajian data dapat dilakukan dengan menggunakan tabel, bagan, gambar maupun teks naratif. segala hal kerahasiaan pasien seperti identitas pasien akan diinisialkan.

4. Pembahasan

¹ Data yang dikumpulkan kemudian dibahas dan dibandingkan dengan hasil studi penelitian sebelumnya dan teoritis untuk perilaku kesehatan.

5. Kesimpulan

Dari setiap data yang telah dikumpulkan, ¹ kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan menggunakan metode induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan dan evaluasi.

3.8 Etika Penelitian

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 di perhatikan. ada beberapa etika penelitian yang harus diperhatikan dalam penelitian studi ini (Nursalam, 2019) Dicantumkan etika penelitian yang mendasari penyusunan studi kasus sebagai berikut :

1. *Informed Consent* (surat persetujuan menjadi pasien/responden)

Informed consent merupakan persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Subjek juga perlu mengetahui tujuan dilaksanakannya penelitian studi kasus, responden memiliki hak bebas untuk menerima ataupun menolak untuk menjadi responden. Pada *informed consent* dicantumkan bahwa data dan informasi yang telah diperoleh akan digunakan sebagai pengembangan ilmu untuk penelitian.

2. *Anonymity* (menggunakan inisial atau tanpa nama)

Subjek memiliki hak untuk meminta data yang diberikan perlu dirahasiakan.

3. *Confidentially* (kerahasiaan)

Semua informasi atau data yang telah didapatkan dari responden, keluarga atau perawat lainnya dijamin kerahasiaannya oleh peneliti.

4. *Etical Clereance* (klirens etik)

KTI ini telah dilakukan uji etik kelayakan etik oleh Komite Etik Penelitian Kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah Jombang dan dinyatakan lolos uji etik dengan No : 44/KEPK/IV/2023

10
BAB IV

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 Nakula Rumah Sakit Umum Daerah Jombang. Data diambil di Ruang Nakula Rumah Sakit Umum Daerah **Jombang** Jl. KH. Wahid Hasyim No. 52, Kepanjen, Kec. Jombang, Kab. **Jombang**, Jawa Timur 64146.

4.1.2 Pengkajian

Tabel 4.1 Identitas Pasien

Identitas Pasien	Pasien 1	Pasien 2
Nama	Tn. S	Tn. W
Umur	58 Tahun	46 Tahun
Jenis kelamin	Laki-Laki	Laki-Laki
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SMP	SMA
Pekerjaan	Pedagang	Wiraswasta
Alamat	Ds. Ngrumek, Jombang	Kajangan, Jombang
Status pernikahan	Menikah	Menikah
Tanggal MRS	01 Juni 2023	02 Juni 2023
Jam MRS	07.10 WIB	14.42 WIB
Tanggal pengkajian	02 Juni 2023	02 Juni 2023
Jam pengkajian	09.30 WIB	10.30 WIB
No RM	42xxxx	53xxxx
Diagnosa masuk	CVA Infark	CVA Infark

Sumber : Data Primer 2023

Tabel 4.2 Riwayat Penyakit

Riwayat Penyakit	Pasien 1	Pasien 2
Keluhan Utama	Pasien mengatakan tangan dan kaki kiri kaku dan sulit digerakkan	Pasien mengatakan ½ badan sebelah kanannya terasa lemah dan kaku ketika mau digerakkan, serta pusing

Riwayat Penyakit Sekarang	Pasien mengatakan sejak kurang lebih 2 hari yang lalu kaki sering kesemutan dan kaku, lalu pada tanggal 01 juni 2023 sekitar pukul 03.30 WIB pasien hendak turun dari tempat tidur untuk ke kamar mandi, tiba-tiba langsung terjatuh dan lemas, lalu pasien dibawa ke Puskesmas Ngrumek dan langsung dirujuk ke IGD RSUD Jombang saat itu juga pada pukul 04.05 WIB, kemudian pada pukul 14.50 WIB ke Ruang Nakula RSUD Jombang	Pasien mengatakan sudah ± 3 hari pasien mengeluh ½ badan sebelah kanan lemas dan sering kaku, lalu pergi ke UGD badan sebelah kiri lemah dan sulit digerakkan, disertai pusing dan sakit kepala, lalu pada tanggal 02 Juni 2023 sekitar sehabis Dhuhur ketika hendak ingin wudhu ke kamar mandi kaki kaku tidak bisa digerakkan lalu pasien jatuh di kamar mandi setelah itu pasien langsung diantar keluarga ke IGD RSUD Jombang pukul 14.42 WIB, kemudian pada pukul 20.00 WIB dipindahkan ke ruang Nakula RSUD Jombang.
Riwayat Penyakit Dahulu	Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi selama 1 tahun dan memiliki riwayat penyakit diabetes ± selama 3 tahun.	Pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi namun tidak pernah MRS sebelumnya
Riwayat Penyakit Keluarga	pasien mengatakan tidak ada keluarga yang mempunyai riwayat penyakit menular atau bawaan seperti hipertensi maupun penyakit menular lainnya.	Pasien mengatakan tidak ada keluarga yang mempunyai penyakit menular ataupun turunan, dan pasien belum pernah masuk rumah sakit.

Sumber : Data Primer 2023

Tabel 4.3 Pola Fungsi Kesehatan

Persepsi dan pemeliharaan kesehatan	Pasien 1	Pasien 2
Merokok	Jumlah : tidak ada Jenis : tidak ada Ketergantungan : tidak ada	Jumlah : tidak ada Jenis : tidak ada Ketergantungan : tidak ada
Alkohol	Jumlah : tidak ada Jenis : tidak ada Ketergantungan : tidak ada	Jumlah : tidak ada Jenis : tidak ada Ketergantungan : tidak ada
Obat – obatan	Jumlah : 3 x sehari Jenis : Glimepiride Ketergantungan : iya	Jumlah : 2 x sehari Jenis : Amlodipine 5 mg Ketergantungan : iya
Alergi	Tidak ada	Tidak ada
Harapan di rawat di RS	Ingin cepat sembuh dan sehat seperti semula	Ingin cepat sembuh dan sehat seperti semula

Data lain	Tidak ada	Tidak ada
Nutrisi dan metabolik Pengetahuan tentang penyakit	Pasien kurang mengetahui tentang penyakit yang diderita	Pasien kurang mengetahui tentang penyakit yang diderita
Pengetahuan tentang keamanan dan keselamatan	Pasien mengetahui tentang keamanan dan keselamatan kesehatan	Pasien kurang mengetahui tentang keamanan dan keselamatan kesehatan
Jenis diet	Diet DMB 1200 kkal	Diet TKTP
Diet / pantangan	Makanan tinggi gula	Makanan tinggi garam
Jumlah porsi	Saat dirumah pasien menghabiskan 1 porsi makanan 3x sehari Saat di rumah sakit pasien menghabiskan ¼ porsi makanan 3x sehari	Saat dirumah pasien menghabiskan 1 porsi makanan 3 – 4 x sehari Saat di rumah sakit pasien menghabiskan 1/2 porsi makanan 3x sehari
Nafsu makan	Menurun	Menurun
Kesulitan menelan	Tidak ada	Tidak ada
Jumlah cairan / minuman	Saat dirumah pasien menghabiskan minum kurang lebih 6 gelas/ hari Saat di rumah sakit pasien menghabiskan 3 gelas air/ hari	Saat dirumah pasien menghabiskan minum kurang lebih 6 – 7 gelas/ hari Saat di rumah sakit pasien menghabiskan 2-3 gelas air/ hari
Jenis cairan	Air mineral	Air mineral
Data lain	Tidak ada	Tidak ada
Aktivitas dan latihan Kemampuan perawatan diri	Dibantu keluarga	Dibantu keluarga
Makan / minum	Dibantu keluarga	Dibantu keluarga
Toileting	Dibantu alat kateter urin	Dibantu alat kateter urin
Berpakaian	Dibantu keluarga	Dibantu keluarga
Berpindah	Dibantu keluarga	Dibantu keluarga
Mobilisasi ditempat tidur dan ambulasi ROM	Dibantu keluarga dan perawat	Dibantu keluarga dan perawat
Alat bantu	Kateter urin	Kateter urin
Data lain	Tidak ada	Tidak ada
Istriahat dan tidur Kebiasaan tidur	Kebiasaan tidur pasien harus tidur siang 1 – 2 jam perhari	Tidak ada kebiasaan tidur
Lama tidur	Saat dirumah : Saat siang 1-2 jam / hari Saat malam 7-8 jam / hari Saat dirumah sakit : Saat siang : 1 jam / hari Saat malam : 3-4 jam / hari	Saat dirumah : Saat siang tidak pernah tidur Saat malam 6-7 jam / hari Saat dirumah sakit : Saat siang : tidak pernah tidur Saat malam : 4-5 jam / hari
Masalah tidur	Kesulitan tidur	Kesulitan tidur
Data lain	Tidak ada	Tidak ada
Eliminasi Kebiasaan defekasi	BAB 1x sehari	BAB 1x sehari
Pola defekasi	Saat dirumah BAB 1x sehari, saat MRS belum BAB	Saat dirumah BAB 1x sehari, saat MRS belum BAB
Warna feses	Kuning kecoklatan	Kuning kecoklatan

Kolostomi	Tidak ada	Tidak ada
Kebiasaan miksi	5-6 x sehari	4-5 x sehari
Warna urine	Kuning jernih	Kuning jernih
Jumlah urine	Kurang lebih 1500 ml/ hari	Kurang lebih 1100 ml/ hari
Data lain	Tidak ada	Tidak ada
Pola persepsi diri (Konsep Diri) Harga diri	Rendah karena penyakit yang diderita	Rendah karena penyakit yang diderita
Peran	Sebagai ibu kepala tangga	Sebagai kepala keluarga
Identitas diri	Merasa ada yang kurang dari dirinya	Merasa ada yang kurang dari dirinya
Ideal diri	Ingin cepat sembuh	Ingin cepat sembuh
Penampilan	Tampak bersih	Tampak kotor
Koping	Px tampak gelisah	Px tampak gelisah
Data lain	Tidak ada	Tidak ada
Seksual dan reproduksi Frekuensi hubungan seksual	Tidak terkaji	Tidak terkaji
Hambatan hubungan seksual	Tidak terkaji 1	Tidak terkaji
Periode menstruasi	Tidak ada	Tidak ada
Masalah menstruasi	Tidak ada	Tidak ada
Data lain	Tidak ada	Tidak ada
Kognitif perseptual Keadaan mental	Normal	Normal
Berbicara	Lancar	Lancar
Kemampuan memahami	Baik	Baik
Ansietas	Cemas dan gelisah	Cemas dan gelisah
Pendengaran	Baik	Baik
Penglihatan	Baik	Baik
Nyeri	Tidak ada	Tidak ada
Data lain	Tidak ada	Tidak ada
Nilai dan keyakinan Agama yang dianut	Islam	Islam
Nilai atau keyakinan terhadap penyakit	Pasien menganggap sakitnya sebagai ujian dari AllahSWT untuk mengurai dosanya	Pasien menganggap sakitnya sebagai ujian dari AllahSWT untuk mengurai dosanya
Data lain	Tidak ada	Tidak ada

Sumber : Data Primer 2023

Tabel 4.4 Pengkajian

Pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
Vital sign Tekanan darah	140/100 mmHg	130/90 mmHg
Nadi	90x/menit	88x/menit
Ssuhu	36,7°C	37°C
<i>Respiration Rate (RR)</i>	20x/menit	20x/menit
SpO ₂	97%	98%
Kesadaran	Composmentis	Composmentis

GCS	4-5-1	4-5-1
Keadaan umum status gizi	Kurus	Normal
Berat badan	50 kg	60 kg
Tinggi badan	165 cm	168 cm
Sikap	Gelisah	Gelisah
Pemeriksaan Fisik (Persistem)		
B1 (<i>Breathing</i>)	Inspeksi: bentuk dada simetris. Palpasi : tidak ada jejas, lesi dan benjolan Perkusi : sonor Auskultasi : suara pernapasan vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan, suara jantung normal S1 dan S2 tunggal.	Inspeksi: bentuk dada simetris. Palpasi : tidak ada jejas, lesi dan benjolan Perkusi : sonor Auskultasi : suara pernapasan vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan, suara jantung normal S1 dan S2 tunggal.
B2 (<i>Blood</i>)	Inspeksi : sclera normal, konjungtiva tidak anemis Palpasi : tidak ada odem, turgor kulit baik, CRT <2 detik. Perkusi : pekak Auskultasi : suara pernapasan vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan, suara jantung normal S1 dan S2 tunggal, TD 140/100 mmHg, N : 90x/menit	Inspeksi : sclera normal, konjungtiva tidak anemis Palpasi : tidak ada odem, turgor kulit baik, CRT <2 detik. Perkusi : pekak Auskultasi : suara pernapasan vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan, suara jantung normal S1 dan S2 tunggal, TD 130/90 mmHg, N : 88x/menit
B3 (<i>Brain</i>)	Inspeksi: kesadaran composmentis, GCS 4-5-1 Palpasi : tidak ada nyeri tekan	Inspeksi: kesadaran composmentis, GCS 4-5-2 Palpasi : tidak ada nyeri tekan
B4 (<i>Bledder</i>)	Inspeksi : pasien nampak menggunakan kateter dan menggunakan pampers Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih	Inspeksi : pasien nampak menggunakan kateter dan menggunakan pampers Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih
B5 (<i>Bowel</i>)	Inspeksi : mukosa bibir lembab, tidak ada mual muntah, tidak ada kesulitan menelan, tidak terpasang NGT, bentuk abdomen simetris Palpasi : tidak ada nyeri tekan atau benjolan, tidak ada pembesaran hepar Perkusi : suara timpani Auskultasi : terdengar bising usus 12x/menit.	Inspeksi : mukosa bibir kering, tidak ada mual muntah, tidak ada kesulitan menelan, tidak terpasang NGT, bentuk abdomen simetris Palpasi : tidak ada nyeri tekan atau benjolan, tidak ada pembesaran hepar Perkusi : suara timpani Auskultasi : terdengar bising usus 11x/menit.

B6 (Bone)	Inspeksi : pasien tampak lemas, warna kulit sawo matang, terpasang infus NaCl 500ml/24 jam, kekuatan otot :		Inspeksi : pasien tampak lemas, warna kulit sawo matang, terpasang infus RL 500ml/24 jam, kekuatan otot :	
	5	2	5	3
	5	2	5	3
	Palpasi : akral hangat, turgor normal		Palpasi : akral hangat, turgor normal	

Tabel 4.5 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan	Hasil		Nilai normal
	Pasien 1 01 Juni 2023	Pasien 2 02 Juni 2023	
HEMATOLOGI			
Hemoglobin	12,3 g/dl	10,2 g/dl	13.2-17.3
Leukosit	5.97 10^3 /ul	17.02 10^3 /ul	3.8-10.6
Hematokrit	37.6 %	39.9 %	4.4-5.9
Eritrosit	4.2 10^6 /ul	4.72 10^6 /ul	4.4-5.9
MCV	80.3 fl	84.5 fl	82-92
MCH	27.8 pg	29.2 pg	27-31
MCHC	34.6 g/l	34.6 g/l	31-36
RDW-CV	11.6 %	14.0 %	11.5-14.5
Trombosit	185 10^3 /ul	261 10^3 /ul	150-440
Hitung jenis			
Eosinofil	3 %	7 %	2-4
Basofil		2 %	<1
Batang	-	-	
Segmen	88 %	62 %	50-70
Limfosit	28.8 %	21 %	25-40
Monosit	7 %	5 %	2-8
Imature	0.5 %	0.4 %	
Granulocyte (IG)			
Neutrophil Absolut	6.50 10^3 /ul	4.65 10^3 /ul	2.5-7

(ANC)			
Limfosit Absolut (ALC)	1.8 10 ³ /ul	1.6 10 ³ /ul	1.3-3.6
NLR	5.17	2.91	<3.13
Retikulosit	1.48 %	1.18 %	0.5-1.5
Ret-He	34.1 pg	32.9 pg	>30.3
Immature Platelet (IPF)			
Normoblas (NRBC)	0.00 %	0.00 %	
I/T Ratio	0.1	0.03	<2
KIMIA DARAH			
Glukosa Darah Sewaktu	234	124 mg/dl	<200
Kreatinin	0.70 ¹⁶ mg/dl	0.61 mg/dl	0.6-1.1
Urea		22.6 mg/dl	13-43
SGOT	27 ul	23 ul	15-40
SGPT	23 ul	27 ul	10-40
Natrium	142.78 mEq/l	136 mEq/l	
Kalium	4,15 mEq/l	3.27 mEq/l	135-147
Klorida	111 mEq/l	110 mEq/l	3.5-5
LAIN-LAIN			95-105
Antigen SARS CoV-2	Negatif	Negatif	

Sumber : Laboratorium RSUD Jombang, 2023

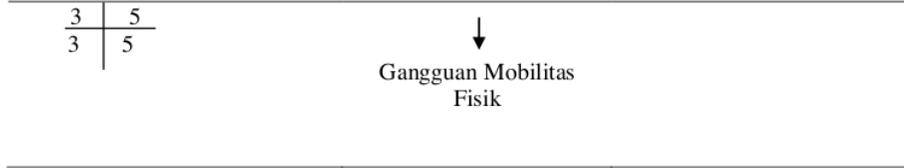
Tabel 4.6 Terapi Medik

Terapi Medik	
Pasien 1	Pasien 2
Inf. NaCl 500ml/24 jam	Inf. RL 500ml/24 jam
Inj. ceftriaxon 3x1 gr	Inj.citicolin 3x500 mg
Inj. Omeprazol 1x40 mg	Inj. Ceftriaxone 2x1 gr
Inj. Citicolin 2x500 mg	Inj. Pantoprazole 3x40 mg
Inj. Lansoprazole 2x30 mg	Inj. Lansoprazole 2x30 mg
Inj. Amlodipine 1x5 mg	

Sumber : Rekam Medik Pasien, 2023

Tabel 4.7 Analisa Data Pasien 1 dan Pasien 2

Data Pasien 1	Etiologi	Masalah				
<p>Data subjektif : Pasien mengatakan tangan dan kaki kiri kaku dan sulit digerakkan.</p> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum lemah - mukosa bibir kering - semua aktifitas dibantu oleh keluarga - tampak pasien kesulitan untuk menggerakkan tangan dan kaki kirinya - TTV - TD : 140/100 MmHg - N : 90x/menit - S : 36,7°C - RR : 20x/menit - Kesadaran : composmentis - GCS : 4-5-1 - Kekuatan otot menurun : <table style="border-collapse: collapse; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">5</td> <td style="padding: 2px 5px;">2</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">5</td> <td style="padding: 2px 5px;">2</td> </tr> </table>	5	2	5	2	<p>CVA Infark</p> <p>↓</p> <p>Proses metabolisme dalam otak terganggu</p> <p>↓</p> <p>Penurunan suplai darah & O₂ ke otak</p> <p>↓</p> <p>Arteri cerebra media</p> <p>↓</p> <p>Disfungsi N IX (asesoris)</p> <p>↓</p> <p>Penurunan fungsi motorik dan muskuloskeletal</p> <p>↓</p> <p>Gangguan Mobilitas Fisik</p>	<p>Gangguan Mobilitas Fisik</p>
5	2					
5	2					
Pasien 2	Etiologi	Masalah				
<p>Data Subjektif : Pasien mengatakan ½ badan sebelah kanannya terasa lemah dan kaku ketika mau digerakkan, serta pusing</p> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum lemah - mukosa bibir kering - semua aktifitas dibantu oleh keluarga - tampak pasien kesulitan untuk menggerakkan tangan dan kaki kirinya - TTV - TD : 130/90 MmHg - N : 88x/menit - S : 37°C - RR : 20x/menit - Kesadaran : composmentis - GCS : 4-5-1 - Kekuatan otot menurun : 	<p>CVA Infark</p> <p>↓</p> <p>Proses metabolisme dalam otak terganggu</p> <p>↓</p> <p>Penurunan suplai darah & O₂ ke otak</p> <p>↓</p> <p>Arteri cerebra media</p> <p>↓</p> <p>Disfungsi N IX (asesoris)</p> <p>↓</p> <p>Penurunan fungsi motorik dan muskuloskeletal</p>	<p>Gangguan Mobilitas Fisik</p>				



4.1.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan Pasien 1 dan 2 : Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan massa otot.

4.1.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.8 Intervensi Keperawatan

Diagnosa keperawatan	SLKI	SIKI
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan massa otot (D0054)	<p>1. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7x24 jam, diharapkan mobilitas fisik membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat (5) 2. Kekuatan otot meningkat (5) 3. Rentang gerak (ROM) meningkat (5) 4. Kelemahan fisik berkurang (5) <p>(L.05042)</p>	<p>Dukungan Ambulasi (1.06171)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 2. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Anjurkan melakukan ambulasi dini 5. Ajarkan pasien teknik menggenggam bola karet 6. Ajarkan pasien latihan ROM <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Kolaborasi obat-obatan dengan tim medis 8. Kolaborasi dengan ahli fisioterapi

4.1.5 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.9 Implementasi keperawatan pada pasien 1

Diagnosa keperawatan	Jam	Hari ke 1, 02 juni 2023	Paraf	Jam	Hari ke 2, 03 Juni 2023	Paraf	Jam	Hari ke 3, 04 Juni 2023	Paraf
Gangguan Mobilitas Fisik	12.00	Membina hubungan saling percaya antara pasien dan keluarga pasien		09.00	Melakukan observasi tanda-tanda vital saat melakukan mobilisasi T : 140/110 mmHg N : 89x/menit S : 36,8 ⁰ C RR : 20x/menit		08.45	Melakukan observasi tanda-tanda vital saat melakukan mobilisasi T : 150/90 mmHg N : 98x/menit S : 36,5 ⁰ C RR : 20x/menit	
	12.15	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya: Px mengatakan kaki kiri kaku dan nyeri P : nyeri kaki kiri Q : seperti diremas-remas R : kaki kiri S : 4 T : terus menerus		09.15	Mengukur kekuatan otot $\begin{array}{r l} 5 & 2 \\ \hline 5 & 2 \end{array}$		09.00	Mengukur kekuatan otot $\begin{array}{r l} 5 & 3 \\ \hline 5 & 3 \end{array}$	
	12.30	Melakukan observasi tanda-tanda vital saat melakukan mobilisasi T : 140/90 mmHg N : 86x/menit S : 36,8 ⁰ C RR : 22x/menit		09.45	Mengajarkan pasien melakukan latihan ROM		09.15	Mengajarkan pasien melakukan teknik menggenggam bola karet, setiap 2 kali dalam sehari dengan waktu 10-15 menit	
	12.45	Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Keadaan umum : lemah					09.30	Mengajarkan pasien melakukan latihan ROM	
	13.00	Mengukur kekuatan otot $\begin{array}{r l} 5 & 2 \\ \hline 5 & 2 \end{array}$							

-
- 13.15 Mengajarkan melakukan mobilisasi dini
- 13.30 Mengajarkan pasien melakukan teknik menggenggam bola karet, setiap 2 kali dalam sehari dengan waktu 10-15 menit
- 13.45 Mengajarkan pasien melakukan latihan ROM
-

Tabel 4.10 Implementasi keperawatan pada pasien 2

Diagnosa keperawatan	Jam	Hari ke 1, 02 juni 2023	Paraf	Jam	Hari ke 2, 03 Juni 2023	Paraf	Jam	Hari ke 3, 04 Juni 2023	Paraf
Gangguan Mobilitas Fisik	12.00	Membina hubungan saling percaya antara pasien dan keluarga pasien		09.00	Melakukan observasi tanda-tanda vital saat melakukan mobilisasi T : 140/100 mmHg N : 92x/menit S : 36,7 ⁰ C RR : 20x/menit		08.45	Melakukan observasi tanda-tanda vital saat melakukan mobilisasi T : 120/90 mmHg N : 90x/menit S : 36 ⁰ C RR : 20x/menit	
	12.15	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya: Px mengatakan kaki kanan keram kaku dan nyeri P : nyeri kaki kanan Q : cecut-secut seperti diremas R : kaki kanan S : 3 T : terus menerus		09.15	Mengukur kekuatan otot $\begin{array}{r l} 3 & 5 \\ \hline 3 & 5 \end{array}$		09.00	Mengukur kekuatan otot $\begin{array}{r l} 4 & 5 \\ \hline 4 & 5 \end{array}$	
				09.30	Mengajarkan pasien melakukan teknik menggenggam bola karet, setiap 2 kali dalam sehari dengan waktu		09.15	Mengajarkan pasien melakukan teknik menggenggam bola karet,	

12. 30	Melakukan observasi tanda-tanda vital saat melakukan mobilisasi	09. 45	10-15 menit Mengajarkan pasien melakukan latihan ROM	setiap 2 kali dalam sehari dengan waktu 10-15 menit
12. 45	T : 130/90 mmHg N : 88x/menit S : 37°C RR : 20x/menit			
13. 00	Mengukur kekuatan otot			
	3 5 3 5			
13. 15	Mengajarkan pasien melakukan teknik menggenggam bola karet, setiap 2 kali dalam sehari dengan waktu 10-15 menit			
13. 30	Mengajarkan pasien melakukan latihan ROM			

4.1.6 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.11 Evaluasi Keperawatan Pasien 1

Diagnosa keperawatan	Jam	Hari ke 1, 02 juni 2023	Paraf	Jam	Hari ke 2, 03 Juni 2023	Paraf	Jam	Hari ke 3, 04 Juni 2023	Paraf
Gangguan Mobilitas Fisik	15. 00	S : Pasien mengatakan tangan dan kaki kirinya kaku dan sulit digerakkan. O :		11. 30	S : Pasien mengatakan tangan dan kaki kirinya masih sedikit sulit digerakkan.		11. 00	S : Mengatakan tangan dan kaki kirinya tidak lemas dan sudah mulai bisa digerakkan	

- Pergerakan
ekstremitas
belum
meningkat

- Kekuatan otot :

5	2
5	2

- K/U : Lemah

- Gerakan
terbatas

- Mukosa bibir
kering

- TTV :

TD : 130/80

mmHg

N : 88x/menit

S : 36,3°C

RR : 22x/menit

- Kesadaran
composmentis

- GCS : 4-5-1

Terpasang infus
disebelah kiri,
inf. NaCl
500cc/24 jam

A :
Masalah belum
teratasi

P :
Intervensi
dilanjutkan :

1. Membina hubungan saling percaya antara pasien dan keluarga pasien
2. Mengidentifikasi kasi adanya nyeri atau

O :

- Pergerakan
ekstremitas
mulai meningkat

- Kekuatan otot :

5	3
5	3

- K/U : Lemah

- Gerakan mulai
meningkat

Mukosa bibir
kering

- TTV :

TD : 140/90

mmHg

N : 90x/menit

S : 36,9°C

RR : 20x/menit

- Kesadaran
composmentis

GCS : 4-5-1

Terpasang infus
disebelah kiri,
inf. NaCl
500cc/24 jam

A :
Masalah teratasi
sebagian

P :
Intervensi
dilanjutkan :

1. Melakukan observasi tanda-tanda vital saat melakukan mobilisasi
2. Mengukur kekuatan otot
3. Mengajarkan

O :

- Pergerakan
ekstremitas
meningkat

- Kekuatan
otot :

5	3
5	3

- K/U :

Membaik

- Gerakan
meningkat

Mukosa bibir
kering

TTV :

TD : 140/110

mmHg

N : 92x/menit

S : 37°C

RR : 20x/menit

- Kesadaran
composmentis

GCS : 4-5-2

A :
Masalah
teratasi
sebagian

P :
Intervensi
dilanjutkan,
pasien pulang

1. Mengajarkan pasien melakukan teknik menggenggam bola karet, setiap 2 kali dalam sehari dengan

terasa pusing

O :

- Pergerakan
ekstremitas
belum
meningkat

- Kekuatan otot :

3	5
3	5

- K/U : Lemah

- Gerakan
terbatas

- Mukosa bibir
kering

- TTV :

TD : 130/80

mmHg

N : 88x/menit

S : 36,3°C

RR : 22x/menit

- Kesadaran
composmentis

- GCS : 4-5-1

Terpasang infus
disebelah kiri,
inf. NaCl
500cc/24 jam

A :

Masalah belum
teratasi

P :

Intervensi
dilanjutkan :

1. Membina
hubungan
saling
percaya
antara pasien
dan keluarga
pasien

O :

- Pergerakan
ekstremitas
mulai meningkat

- Kekuatan otot :

3	5
3	5

- Gerakan mulai
meningkat

TTV :

TD : 140/90

mmHg

N : 90x/menit

S : 36,9°C

RR : 20x/menit

Kesadaran
composmentis

GCS : 4-5-2

Terpasang infus
disebelah kiri,
inf. NaCl
500cc/24 jam

A :

Masalah teratasi
sebagian

P :

Intervensi
dilanjutkan :

1. Melakukan
observasi
tanda-tanda
vital saat
melakukan
mobilisasi
2. Mengukur
kekuatan
otot
3. Mengajarkan
pasien
melakukan
teknik
menggengga

O :

- Pergerakan
ekstremitas
meningkat

- Kekuatan
otot :

4	5
4	5

- K/U :

Membaik

- Gerakan
meningkat

Mukosa bibir
kering

TTV :

TD : 150/100

mmHg

N : 92x/menit

S : 37°C

RR : 20x/menit

Kesadaran
composmentis

GCS : 4-5-3

A :

Masalah
teratasi
sebagian,
pasien rencana
KRS

P :

Intervensi
dilanjutkan,
pasien pulang

1. Mengajark
an pasien
melakukan
teknik
menggeng
gam bola
karet,
setiap 2
kali dalam

2. Melakukan observasi tanda-tanda vital saat melakukan mobilisasi	m bola karet, setiap 2 kali dalam sehari dengan waktu 10-15 menit	sehari dengan waktu 10-15 menit
3. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	4. Mengajarkan pasien melakukan latihan ROM	
4. Mengukur kekuatan otot		
5. Mengajarkan pasien melakukan teknik mengenggam bola karet, setiap 2 kali dalam sehari dengan waktu 10-15 menit		
6. Mengajarkan pasien melakukan latihan ROM		

4.2 Pembahasan

4.2.1 Pengkajian

1. Data Subjektif

Pada pengkajian yang dilakukan oleh peneliti pada pasien 1 dan pasien 2 mengalami gangguan mobilitas fisik, dengan keluhan utama pada pasien 1 yaitu

tangan dan kaki kiri kaku dan sulit untuk digerakkan, sedangkan pada pasien 2 dengan keluhan utama ½ badan sebelah kanannya terasa lemah dan kaku ketika mau digerakkan.

Cerebro Vascular Accident (CVA) infark adalah jenis stroke infark atau non hemoragik yang terjadi ketika pembuluh darah di otak menyempit atau tersumbat akibat penumpukan timbunan lemak yang disebut plak. (Sholeh, 2019). Manifestasi klinis pada pasien CVA Infark dengan batasan karakteristik data subjektif adalah gangguan sikap berjalan, Fisik lemah dan gerak terbatas sebagian anggota badan.

Menurut peneliti dari hasil pemeriksaan fisik secara umum pada pasien 1 dan 2 keluhan pasien sesuai dengan teori pemeriksaan fisik penderita penyakit stroke infark atau hemoragik dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik. Keluhan sesak pada pasien 1 dan pasien 2 ini timbul akibat dari trombotosis dan emboli yang menyebabkan penyumbatan di sepanjang jalur pembuluh arteri yang menuju ke otak. Keluhan sulit menggerakkan ekstremitas tangan dan kaki kiri pada pasien 1 dan 2 merupakan reaksi dari adanya penurunan fungsi motorik dan muskuloskeletal. Namun terdapat sedikit perbedaan pada pasien 1 dan 2 yaitu pasien 1 tangan dan kaki kiri kaku dan sulit untuk digerakkan, sedangkan pada pasien 2 keluhan utama ½ badan sebelah kanannya terasa lemah dan kaku ketika mau digerakkan disertai pusing.

2. Data Objektif

Berdasarkan hasil penelitian pada pasien 1 pada pemeriksaan B6 (*Bone*), inspeksi : pasien tampak lemas, warna kulit sawo matang, kekuatan otot : 5-5-2-2 keadaan umum cukup lemah, bagian kaki dan tangan kanan lemah untuk

digerakkan, mukosa bibir lembab, GCS 4-5-1, observasi TTV : TD : 130/90 MmHg, N : 80x/menit, S : 36,6°C, RR : 22x/menit, akral hangat, kesadaran komposmentis. Sedangkan 48 pada pasien 2 Ny.M : keadaan umum cukup lemah, badan ½ sebelah kanan lemah untuk digerakkan, akral hangat, mukosa bibir kering, observasi TTV TD : 130/90 MmHg, N : 80x/menit, S : 36,6°C, RR : 20x/menit, kesadaran composmentis, GCS 4-5-2.

Berdasarkan hasil dari penelitian antara fakta dan teori memiliki beberapa keadaan yang signifikan untuk klien dengan dianosa medis CVA infark yaitu antara pasien 1 dan 2 sama-sama memiliki keluhan yaitu salah satu anggota badannya yang sulit digerakkan, pasien 1 dengan tangan dan kaki kiri lemah untuk digerakkan, pasien 2 dengan ½ badannya sebelah kanan juga lemah untuk digerakkan.

4.2.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan diambil dari hasil data pengkajian analisa data dari pasien 1 dan pasien 2 yang ditemukan diagnosa keperawatan yang dialami oleh 2 pasien ini adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

Menurut (Setyawati, 2019), pada umumnya stroke mempengaruhi salah satu sisi otak, apabila sumbatan itu menyerang otak sisi kiri maka akan mengalami masalah pada anggota badan kanan, begitupun sebaliknya. Hilangnya fungsi normal pada klien merupakan penyebab dari dampak CVA tersebut yang diserang dibagian otak yang berbeda-beda pada masing-masing klien, semua keadaan tergantung pada apakah yang diserang serebrum otak atas dan depan, serebrum otak kanan dan kiri dan serebrum batang otak.

Peneliti memprioritaskan diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot yang disebabkan oleh gangguan neuromuskular pada salah

satu saraf otak yang bekerja sebagai pengendalian otot diantara otak sisip kanan dan kiri, oleh karena itu aliran darah yang tersumbat dapat menyebabkan terhentinya pasokan oksigen kepada salah satu sisip otak tersebut dan mengakibatkan kerusakan 50 neuromuskular seperti penurunan kekuatan otot. Dengan demikian hasil penelitian sesuai dengan teori atau tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi yang diberikan adalah SLKI : Mobilitas fisik dan SIKI : Dukungan ambulasi yaitu : Dukung pasien untuk melakukan latihan meningkatkan kekuatan otot dan melakukan mobilisasi dini dengan terapi genggam bola karet dilakukan dengan waktu 10-15 menit dalam sekali latihan. Terapi genggam bola karet dapat dilakukan frekuensi dua kali sehari dalam tujuh hari. Memposisikan pasien terlebih dahulu, kemudian menaruh bola karet diatas telapak tangan pasien yang lemah, setelah itu menginstruksikan kepada pasien untuk menggenggam atau mencengkram tangan, selanjutnya lepaskan cengkraman atau genggaman tangan, menginstruksikan pasien melakukan gerakan mencengkram dan melepaskan genggaman berulang-ulang dengan waktu 10-15 menit, lakukan gerakan terapi tersebut sampai 7 hari berturut-turut. Dan mendukung mobilisasi dini dengan cara latihan ROM pasif yaitu latihan yang dilakukan oleh pendamping seperti perawat atau keluarga, pendamping berperan sebagai pelaku ROM atau yang melakukan ROM terhadap pasien tersebut.

Menurut peneliti, intervensi keperawatan yang diberikan pada pasien yang mengalami masalah gangguan mobilitas fisik sudah sesuai dengan teori dan hasil penelitian yaitu mobilitas fisik dan dukungan ambulasi, sehingga tidak ditemukan kesenjangan antara hasil fakta di lapangan dengan teori.

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada pasien 1 dan 2 SIKI : SIKI : Dukungan ambulasi yaitu : Mengajarkan pasien untuk melakukan latihan meningkatkan kekuatan otot dan melakukan mobilisasi dini dengan terapi genggam bola karet dilakukan dengan waktu 10-15 menit dalam sekali latihan. Terapi ROM genggam bola karet dapat dilakukan frekuensi 7x24 jam. Memposisikan pasien terlebih dahulu, kemudian menaruh bola karet diatas telapak tangan pasien yang lemah, setelah itu menginstruksikan kepada pasien untuk menggenggam atau mencengkram tangan, selanjutnya lepaskan cengkraman atau genggaman tangan, menginstruksikan pasien melakukan gerakan mencengkram dan melepaskan genggaman berulang-ulang dengan waktu 10-15 menit, lakukan gerakan terapi tersebut sampai 7 hari berturut-turut. Dan mendukung mobilisasi dini dengan cara latihan ROM pasif yaitu latihan yang dilakukan oleh pendamping seperti perawat atau keluarga, pendamping berperan sebagai pelaku ROM atau yang melakukan ROM terhadap pasien tersebut.

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat agar kebutuhan klien terpenuhi untuk mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi agar mencapai kriteria hasil yang diinginkan (Gordon, 1994) dalam (Setyawati, 2019).

Menurut peneliti, implementasi yang dilakukan pada pasien 1 dengan pasien 2 bisa saja terdapat perbedaan dengan intervensi yang dibuat, karena peneliti harus menyesuaikan dengan kondisi dari masing-masing pasien.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam didapatkan bahwa setiap pasien mengalami integrasi yang cukup meningkat, namun diantara pasien 1 dan 2 pasien 1 lebih menghasilkan keadaan yang pulih dengan baik namun pasien 2 masih

dalam pemulihan tahap lanjutan. Pada pasien 1 kekuatan otot meningkat menjadi 3-3-5-5 dengan keadaan kaki kiri dan tangan kiri sudah bisa digerakkan secara pelan, dan pada pasien 2 kekuatan otot meningkat menjadi 4-4-5-5 ½ badan sebelah kanannya mampu digerakkan sesuai perintah.

Evaluasi keperawatan adalah suatu proses hasil akhir setelah semua dilakukan dari analisa data, intervensi, implementasi keperawatan (Sholeh, 2019).

Berdasarkan seluruh rangkaian yang telah dilakukan dapat dievaluasi bahwa pasien 1 Tn.S dan 2 Tn. W memiliki perkembangan yang baik meskipun sedikit perbedaan yang disebabkan oleh beberapa faktor baik dari usia dan riwayat penyakit yang dialami pada pasien tersebut, setelah semua rangkaian asuhan keperawatan dilakukan dan masalah sudah memenuhi kriteria hasil yang ingin dicapai maka masalah teratasi. Data subjektif evaluasi yang didapatkan dari klien 1 dan 2 yaitu : dapat bergerak dengan mudah, gerakan dapat dikontrol, menjaga keseimbangan gerakan, dan dapat menggerakkan otot dengan mudah, sedangkan data objektif evaluasi yaitu : mukosa bibir lembab, keadaan composmentis, GCS 4-5-2, akral hangat, klien dapat menggerakkan ototnya dengan mudah, menjaga keseimbangan, kemantapan bergerak dan gerakan pada daerah yang diinginkan, dengan begitu antara pasien 1 masalah teratasi sebagian berbeda pada pasien 2 yang telah mengalami perkembangan sangat meningkat dikarenakan pasien sudah melalui latihan dari ahli fisioterapi dan dibantu dengan melakukan terapi ROM menggenggam bola karet dengan begitu hasil yang didapatkan oleh pasien 2 adalah masalah teratasi sebagian. Semua perbedaan yang terjadi dapat dievaluasi dari berbagai faktor dan dilihat dari kenyataan teori dan kesenjangan teori yang terjadi sehingga dapat dipantau tahapan penyembuhan terhadap masing-masing pasien dengan hasil yang teliti dan seksama.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 kesimpulan

Berdasarkan data yang diperoleh penulis dalam laporan kasus dan pembahasan pada asuhan keperawatan dengan masalah keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik pada pasien 1 dan pasien 2 dengan *Cerebro Vascular Accident (CVA)* Infark di Ruang Nakula RSUD Jombang, maka penulis mengambil kesimpulan dan saran :

- a. Pengkajian keperawatan yang dilakukan kepada pasien 1 dan pasien 2 pada tanggal 02 Juni 2023 secara subjektif terdapat perbedaan. Pada pasien 1 berjenis kelamin pria mengeluhkan tangan dan kaki kiri kaku dan sulit untuk digerakkan, riwayat penyakit hipertensi dan diabetes melitus, sedangkan pasien 2 berjenis kelamin pria dan mengeluhkan ½ badan sebelah kanan lemah dan kaku, riwayat penyakit hipertensi

- b. Diagnosa keperawatan yang diambil oleh peneliti untuk pasien 1 dan pasien 2 adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan
- c. Intervensi keperawatan yang dilakukan kepada pasien 1 dan pasien 2 dengan gangguan mobilitas fisik sudah sesuai dengan kebutuhan pasien yaitu memonitor tanda-tanda vital saat melakukan mobilisasi, memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, mengukur kekuatan otot, memfasilitasi melakukan mobilisasi fisik, mengajarkan pasien melakukan teknik menggenggam bola karet, setiap 2 kali dalam sehari dengan waktu 10-15 menit dan mengajarkan pasien melakukan latihan ROM.
- d. Implementasi keperawatan pada kedua pasien dilakukan secara menyeluruh, tindakan keperawatan dilakukan sesuai intervensi keperawatan yang sudah dibuat.
- e. Dari hasil evaluasi keperawatan beberapa luaran telah dipenuhi, seperti: pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, ROM meningkat dan kelemahan fisik menurun, sehingga dapat disimpulkan diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular teratasi sebagian.

5.2 Saran

- a. Bagi pasien dan keluarga.

Bagi pasien dan keluarga dapat mengetahui terkait penyakit beserta ilmu pengetahuan terhadap dampak positif dan negatif dari penyakitnya, dan diharapkan dapat meningkatkan mobilitas fisik dirumah dengan melakukan latihan untuk meningkatkan kekuatan otot dengan ROM pasif seperti latihan gerak pada otot sebanyak 1 kali sehari setiap pagi secara teratur dan melakukan latihan genggam bola karet untuk menjaga kekuatan otot pada pasien. Oleh

karena itu klien dapat mengintegrasikan perkembangan otot dirumah serta diimbangi dengan melakukan pemeriksaan rutin setiap bulannya

b. Bagi perawat

Perawat dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark diharapkan selalu berkoordinasi dengan petugas kesehatan lainnya (Dokter, Gizi, Lab, radiologi) agar hasil dapat dicapai secara maksimal.

c. Bagi intitusi pendidikan ITSkes Icme Jombang

Diharapkan dapat digunakan sebagai referensi dan pengetahuan untuk pembelajaran pada pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark dengan diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan fungsi

d. Bagi peneliti selanjutnya

Dapat digunakan sebagai referensi dan pengetahuan dalam malakukan penelitian yang sama mengenai asuhan keperawatan pada pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark dengan diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik sehingga mendapatkan hasil yang lebih berkualitas dengan mengikuti perkembangan ilmu keperawatan terkini.

DAFTAR PUSTAKA

- Change, G., Cimino, M., York, N., Alifah, U., Mayssara A. Abo Hassanin Supervised, A., Chinatown, Y., Staff, C., & Change, G. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Lansia Post Cerebrovascular Accident (Cva) Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Di Puskesmas Sawah Lebar Tahun 2021. In *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents* (Vol. 3, Issue 2).
- Change, G., Cimino, M., York, N., Alifah, U., Mayssara A. Abo Hassanin Supervised, A., Chinatown, Y., Staff, C., & Change, G. (2021). Studi Kasus Hambatan Mobilitas Fisik Pada Klien Stroke Infark Di Rumah Sakit Umum Daerah Sidoarjo. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, 3(2), 6.
- Hariyogik, Y., Hariyono, R., & Sudarsih, S. (2020). Stroke dan Masalah Hambatan Mobilitas Fisik. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 5–28.
- Irfanudin, M. H., & Nurlaily, A. P. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dalam Pemenuhan Kebutuhan Fisiologis. *Universitas Kusuma Husada Surakarta*.
- Lia, S. (2022). Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Tn. E Dengan Diagnosa Medis Cva Infark Di Ruang 7 Rspal Dr. Ramelan Surabaya. *γ787*, 8.5.2017,2003–2005. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Maelani, W. S., Fitriyah, E. T., Camelia, D., & Roni, F. (2022). *Kata kunci: Stroke non hemoragik , ROM pasif, Gangguan mobilitas fisik*. 7(2), 48–54.
- Mardiana. (2021). EFEKTIFITAS ROM CYLINDRICAL GRIP TERHADAP PENINGKATAN. (a. w, Ed.) *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Vol.12 No.1 (2021)*, vol 2, 81-90.
- Miftahul Reski Putra Nasjum. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Klien Yang Mengalami Cerebrovascular Accident Infark Dengan Hambatan Mobilitas Fisik. *Kaos GL Dergisi*, 8(75), 147–154. <https://doi.org/10.1016/j.jnc.2020.125798> <https://doi.org/10.1016/j.smr.2020.02.002> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/810049> <http://doi.wiley.com/10.1002/anie.197505391> <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780857090409500205> <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780857090409500205>
- Mubarak, wahit dan Chayatin, 2018, Buku ajar Kebutuhan Dasar Manusia Teoridan

Aplikasi dalam Praktik, Jakarta, EGC

Riskesdas, 2018, Hasil utama Riset Kesehatan Dasar, Jakarta

Setyawati, W, 2019, Karya Tulis Ilmiah: Studi Kasus. Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke Non Hemoragik Dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik Di RSUD Bangil Pasuruan (doctoral Dissertation). Vol-1. Hh 28-34

Sholeh, N, A, 2019, Asuhan Keperawatan Pada Klien Cerebral Vascular Accident Infark Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri Di RSUD Bangil Pasuruan, Doctoral Dissertation, Stikes Icme Jombang, vol-1, hh 20-25

Syaridwa, A. A, 2019. Asuhan Keperawatan pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan Mobilitas Fisik, Doctoral dissertation, STikes Kusuma Husada Surakarta, vol-1, hh 32-36

Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2018), Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

Volkers, M. (2019). Asuhan Keperawatan Ny. S Dengan Diagnosis Medis Cva Infark Di Ruang Mirah Rs Phc Surabaya. *Ayan*, 8(5), 55.

Asuhan keperawatan pada pasien cerebro vascular accident (cva) infark di ruang nakula rumah sakit umum daerah jombang

ORIGINALITY REPORT

8%

SIMILARITY INDEX

5%

INTERNET SOURCES

0%

PUBLICATIONS

4%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	3%
2	repo.stikesicme-jbg.ac.id Internet Source	3%
3	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Timur Student Paper	1%
4	eprints.umm.ac.id Internet Source	<1%
5	repositori.stikes-ppni.ac.id Internet Source	<1%
6	perpustakaan.poltekkes-malang.ac.id Internet Source	<1%
7	pdfcoffee.com Internet Source	<1%
8	media.neliti.com Internet Source	<1%

9	repo.stikesperintis.ac.id Internet Source	<1 %
10	docplayer.info Internet Source	<1 %
11	repository.stikeshangtuah-sby.ac.id Internet Source	<1 %
12	repository.stikes-bhm.ac.id Internet Source	<1 %
13	edoc.tips Internet Source	<1 %
14	repository.bku.ac.id Internet Source	<1 %
15	repository.helvetia.ac.id Internet Source	<1 %
16	www.coursehero.com Internet Source	<1 %

Exclude quotes On

Exclude matches Off

Exclude bibliography On