



Gambaran Asuhan Keperawatan Medikal Bedah terhadap Mobilitas Fisik Pasien CVA Non Hemoragik

Syafira Anisa Firdaus Saputri¹, *Novita Fajriyah², Rina Budi Kristiani², Hermanto Wijaya³

¹Program Studi D3 Keperawatan, STIKES Adi Husada, Indonesia

²Program Studi S1 Keperawatan, STIKES Adi Husada, Indonesia

³Program Studi S1 Administrasi Rumah Sakit, STIKES Adi Husada, Indonesia

Correspondence*: Novita Fajriyah

Address: Jl. Kapasari No.95, Surabaya | e-mail: novitafajriyah22@gmail.com

Kata kunci:

CVA Non Hemoragik,
Gangguan Mobilitas Fisik,
Latihan Rentang Gerak

Abstrak

Latar Belakang: Cerebrovascular Accident (CVA) non hemoragik merupakan gangguan sistem saraf pusat akibat trombosis atau emboli yang menghambat aliran darah ke otak sehingga menurunkan suplai oksigen dan glukosa. Kondisi ini dapat menyebabkan kematian sel otak dan menimbulkan berbagai masalah keperawatan, salah satunya gangguan mobilitas fisik. Angka kejadian dan kematian akibat stroke di Indonesia masih tergolong tinggi, sehingga diperlukan asuhan keperawatan medikal bedah yang optimal. **Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien CVA non hemoragik dengan diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik. **Metode:** Penelitian ini menggunakan desain deskriptif dengan metode studi kasus pada dua pasien CVA non hemoragik yang dirawat di Ruang Rawat Inap Thaif Rumah Sakit Islam Surabaya A. Yani. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik selama tiga hari perawatan. **Hasil:** Hasil pengkajian menunjukkan kedua pasien mengalami gangguan mobilitas fisik yang ditandai dengan kelemahan pada satu atau lebih ekstremitas. Diagnosa keperawatan prioritas adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Intervensi keperawatan meliputi observasi kondisi pasien dan tanda vital, penilaian kemampuan fungsional dan motorik, pemantauan integritas kulit, perubahan posisi setiap dua jam, latihan rentang gerak aktif dan pasif, serta kolaborasi dengan tim medis. Evaluasi menunjukkan masalah keperawatan teratasi sebagian pada pasien pertama dan belum teratasi pada pasien kedua. **Saran:** Asuhan keperawatan medikal bedah perlu dilakukan secara berkelanjutan dan individual untuk meningkatkan mobilitas fisik pasien CVA non hemoragik.

PENDAHULUAN

Cerebrovascular Accident (CVA) atau stroke adalah disfungsi otak lokal atau umum yang menyebabkan gangguan sirkulasi otak selama lebih dari 24 jam. Stroke juga disebut penyakit serebrovaskular, adalah kondisi neurologis yang disebabkan oleh gangguan aliran darah ke otak dan bisa terjadi pada siapa saja tanpa mengenal waktu (Rusmeni dkk., 2022). Stroke mengakibatkan penderitanya mengalami perdarahan pada sel-sel otak (Stroke Hemoragik) atau mengalami penyumbatan (Stroke Non Hemoragik). Stroke Non Hemoragik merupakan stroke yang disebabkan karena terjadinya penyumbatan pembuluh darah di otak oleh thrombous atau embolus sehingga suplai glukosa dan oksigen ke otak berkurang dan terjadi kematian sel dan jaringan di otak (Nggebu, 2020). Gejala klinis yang muncul pada stroke non hemoragik pada umumnya terjadi secara tiba-tiba, diantaranya terdapat nyeri kepala, parasthesia, paresis, plegia sebagian badan dan menyebabkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik., (Mauliddiyah dkk., 2022). Komplikasi yang dapat muncul diantaranya adalah luka tekan (dekubitus), bekuan darah, serta kekakuan otot dan sendi (Agustin dkk., 2022).

Menurut data yang dipublikasikan oleh *World Stroke Organization* (WSO), stroke merupakan penyebab utama kedua kematian di seluruh dunia, dengan kontribusi sebesar 11,8% dari total kematian, setelah penyakit jantung iskemik yang menyumbang 14,8% dari total kematian. Selain itu, stroke juga merupakan penyebab ketiga kecacatan, mencakup 4,5% dari seluruh kasus kecacatan *World Stroke Organization*, (2022). Di Indonesia, pada tahun 2023, prevalensi kematian akibat stroke menempati posisi tertinggi di antara negara-negara Asia Tenggara, yaitu sebesar 19,3% dengan jumlah *Disability-Adjusted Life Years* (DALY) mencapai 3,38% (RISKESDAS, 2024). Di Jawa Timur, kejadian stroke tercatat sebesar 6,6% sedangkan berdasarkan gejala, prevalensinya mencapai 10,5% (Kementerian Kesehatan RI, 2024). Prevalensi stroke di Kota Surabaya tidak berbeda jauh dari angka prevalensi di Jawa Timur, dengan prevalensi sebesar 0,7% ditahun 2024. Menurut hasil catatan medis di ruang thaif RSI

SURABAYA A. YANI pada 3 bulan yang lalu masih terdapat 25 pasien dari 32 pasien dengan .

CVA merupakan salah satu kondisi kegawatdaruratan medis yang membutuhkan penanganan segera. Pada fase awal, gejala stroke dapat berupa kelemahan mendadak pada satu sisi tubuh, gangguan berbicara, kehilangan keseimbangan, atau penurunan kesadaran. Jika gejala ini tidak ditangani dalam waktu 3-4,5 jam, maka dapat berisiko menyebabkan kerusakan otak permanen karena kurangnya sirkulasi ke otak (Syaripudin dkk., 2024). Penurunan suplai oksigen ke otak yang berlangsung secara progresif dapat menyebabkan gangguan kesadaran hingga terjadinya kerusakan jaringan otak yang luas, yang berdampak pada peningkatan risiko kecacatan permanen dan mortalitas. Apabila tidak ditangani secara cepat dan adekuat, kondisi ini berpotensi menimbulkan berbagai komplikasi, seperti gangguan mobilitas fisik, afasia, disfagia, serta gangguan kognitif yang secara signifikan memengaruhi kualitas hidup pasien. Oleh karena itu, peran tenaga kesehatan, khususnya perawat, menjadi krusial dalam melakukan deteksi dini gejala stroke, memberikan penanganan awal yang tepat, serta memastikan pelaksanaan terapi yang optimal guna mencegah perburukan kondisi klinis pasien (Handri, 2022).

Pendekatan asuhan keperawatan yang komprehensif dalam menangani gangguan mobilitas fisik melibatkan strategi farmakologis dan nonfarmakologis. Strategi farmakologis meliputi pemberian terapi obat-obatan seperti diuretik osmotik, steroid, sedatif, dan antihipertensi yang bertujuan untuk mengontrol tekanan darah, mengurangi edema serebral, serta menjaga keseimbangan hemodinamik pasien (Connie et al., 2022). Selain terapi farmakologis, penatalaksanaan nonfarmakologis melibatkan berbagai intervensi keperawatan, antara lain pemantauan tanda vital, pengaturan posisi semifowler untuk mendukung perfusi serebral, pemberian terapi fisik berupa latihan *Range of Motion* (ROM), serta edukasi kepada pasien dan keluarga terkait pengendalian gaya hidup sebagai upaya pencegahan komplikasi lanjutan (Darmawan dkk., 2023). Intervensi keperawatan terintegrasi pada pasien stroke menegaskan peran perawat dalam upaya promotif dan preventif melalui edukasi faktor risiko, pengendalian tekanan darah, penerapan pola makan sehat, serta aktivitas fisik teratur guna mencegah kekambuhan (Fransiska, 2021). Pada aspek kuratif, perawat berkolaborasi dengan tim medis dalam pemantauan kondisi pasien dan pelaksanaan intervensi yang sesuai, sedangkan pada tahap rehabilitatif perawat mendampingi pasien dalam latihan fisik bertahap untuk memulihkan fungsi motorik dan meningkatkan kualitas hidup (Listiana, 2021). Pendekatan holistik dalam penatalaksanaan pasien stroke diharapkan mampu menurunkan angka kecacatan dan mortalitas. Oleh karena itu, asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien Cerebrovascular Accident (CVA) non hemoragik menjadi penting dalam mengoptimalkan intervensi keperawatan dan meningkatkan kualitas pelayanan. Berdasarkan hal tersebut, penulis melaksanakan asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien CVA non hemoragik di Ruang Rawat Inap Thaif Rumah Sakit Islam Surabaya A. Yani.

METODE

Desain penelitian yang digunakan dalam asuhan keperawatan medikal bedah ini adalah studi kasus. Studi kasus merupakan metode penelitian yang mengeksplorasi secara mendalam suatu fenomena atau kasus dalam konteks tertentu melalui pengumpulan data yang komprehensif dari berbagai sumber informasi. Pendekatan ini dilakukan secara sistematis dalam rentang waktu tertentu untuk memperoleh gambaran menyeluruh mengenai proses, kondisi, dan intervensi yang diterapkan pada kasus yang diteliti (Assyakurrohim dkk., 2023) . Dalam studi kasus ini mengkaji masalah asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien Cerebrovascular Accident (CVA) Non Hemoragik, untuk memberikan gambaran nyata mengenai perawatan pasien. Studi kasus ini melibatkan gambaran nyata mengenai perawatan pasien. Studi kasus ini melibatkan dua pasien Cerebrovascular Accident (CVA) Non Hemoragik untuk dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari dengan berpedoman pada Standar Diagnosis Keperawatan (SDKI), Standar Layanan Keperawatan Indonesia (SLKI). Subjek penelitian dalam studi kasus ini adalah dua pasien dengan diagnosis Cerebrovascular Accident (CVA) non hemoragik yang dipilih berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi meliputi pasien berusia 35–85 tahun, berjenis kelamin laki-laki atau perempuan,

memiliki tingkat kesadaran compos mentis, kooperatif, bersedia menjadi responden, serta didukung oleh keluarga yang mampu berpartisipasi secara kooperatif dalam pelaksanaan intervensi keperawatan. Adapun kriteria eksklusi meliputi pasien CVA non hemoragik dengan komplikasi penyakit lain, pasien dengan CVA hemoragik, pasien yang menggunakan alat bantu napas seperti endotrakeal tube atau intubasi, serta pasien dalam kondisi kritis atau terminal.

Studi kasus ini dilaksanakan di Ruang Thaif, Rumah Sakit Islam Surabaya A. Yani, dengan asuhan keperawatan diberikan selama tiga hari berturut-turut, satu shift per hari (± 7 jam). Sebelum pelaksanaan, peneliti menjelaskan tujuan penelitian kepada pasien dan keluarga, memperoleh informed consent, serta menyepakati jadwal pertemuan. Data dikumpulkan melalui wawancara untuk menilai keluhan utama dan riwayat penyakit, serta observasi dan pemeriksaan fisik untuk mengevaluasi kondisi pasien secara komprehensif. Instrumen pengumpulan data meliputi wawancara terstruktur dan tidak terstruktur sesuai kebutuhan, serta observasi menggunakan format pengkajian medikal bedah berbasis Review of System (B1–B6), didukung pemeriksaan fisik dengan stetoskop dan tensimeter untuk menilai kondisi fisiologis pasien secara objektif. Analisis data dilakukan setelah seluruh data evaluasi terkumpul, meliputi penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi asuhan keperawatan. Data dari dua kasus kemudian dianalisis secara deskriptif untuk menggambarkan hasil asuhan keperawatan pada masing-masing pasien sebelum penarikan simpulan. Analisis dilakukan dengan membandingkan temuan klinis di lapangan dengan teori dan konsep keperawatan yang relevan, melalui beberapa tahapan analisis data (Sarosa, 2021). Analisis data dilakukan melalui empat tahapan: pengumpulan, reduksi, penyajian, dan penarikan simpulan. Data dikumpulkan melalui wawancara, observasi, dan dokumentasi (WOD), dicatat dalam catatan lapangan, lalu disusun menjadi transkrip terstruktur. Selanjutnya, data direduksi dengan mengelompokkan temuan menjadi data subjektif dan objektif, dianalisis berdasarkan pemeriksaan, serta dibandingkan dengan nilai normal. Penyajian dilakukan dalam bentuk tabel, grafik, dan narasi deskriptif dengan menjaga kerahasiaan pasien. Simpulan ditarik secara induktif dan dikaitkan dengan teori serta temuan penelitian sebelumnya. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis perencanaan, tindakan dan evaluasi. Penelitian ini telah direview etik dengan surat laik etik No. 363A.1/Ket/PPM/STIKES- AH/VI/2025.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian Studi kasus ini dilaksanakan di lokasi yang sama yaitu di ruang rawat inap dewasa Rumah Sakit Islam Surabaya A. Yani di Jl. Ahmad Yani No.2-4, Wonokromo, Kec. Wonokromo, Surabaya, Jawa Timur 60243. Rumah Sakit Islam Surabaya A. Yani merupakan rumah sakit islam swasta yang berhasil meraih akreditasi paripurna.

Pengkajian

**Tabel 1. Karakteristik Pasien Cerebrovascular Accident (CVA)
Non Hemoragik di RSI Surabaya A. Yani**

Identitas Pasien	Pasien 1 Tn. S	Pasien 2 Tn. B
Tgl/Jam Pengkajian :	03 Juni 2025/12.30 WIB	11 Juni 2025/16.35 WIB
Alamat Rumah :	Jl. Kupang, Surabaya	Jl. Darmokali, Surabaya
Umur :	57 tahun	60 tahun
Status Pernikahan :	Menikah	Menikah
Agama :	Islam	Islam
Suku :	Jawa	Jawa
Tingkat Pendidikan :	SMA	SMA
Sumber Pendapatan :	Anak	Anak
Keluarga yang dapat dihubungi:	Anak	Anak
Pekerjaan :	Pensiun	Pensiun
Asuransi :	BPJS Mandiri	BPJS Mandiri
Diagnosa Medis :	Cerebral Infarction	Cerebral Non Hemorrhage

Tabel 1 Riwayat Penyakit Pada Pasien Cerebrovascular Accident (CVA) Non Hemoragik di RSI Surabaya A. Yani

Riwayat Kesehatan	Pasien 1	Pasien 2
Keluhan Utama	Istri Tn. S mengatakan bahwa kaki dan tangan kiri pasien lemas, sulit digerakkan dan bicara pelo	Istri Tn. B mengatakan bahwa kaki dan tangan kanan pasien lemas, sulit digerakkan dan bicara pelo
Riwayat Kejadian Penyakit	Istri Tn. S mengatakan saat akan tidur malam pasien mengeluh kepalanya pusing nggeliyeng, lalu sekitar jam 04.15 WIB saat akan mengambil wudhu tiba-tiba badan lemas dan bicara pelo. Setelah itu pasien dibawa ke igd oleh keluarganya sekitar jam 05.00 WIB dengan keluhan tangan dan kaki kiri tidak bisa digerakkan. Kemudian pasien dinyatakan untuk rawat inap.	Istri Tn. B mengatakan setelah sholat subuh pasien makan keripik asin dan ingin pergi keluar untuk beli makan sekitar jam 06.15 WIB namun tiba-tiba badan pasien lemas, bicara tidak jelas atau pelo. Setelah itu pasien dibawa ke IGD sekitar jam 06.55 WIB oleh keluarganya dengan keluhan tangan dan kaki kanan tidak bisa digerakkan. Kemudian pasien dinyatakan untuk rawat inap.
Riwayat Penyakit Dahulu	Istri Tn. S mengatakan bahwa Tn. S memiliki riwayat penyakit Hipertensi sejak tahun 2015, Penyakit Jantung Koroner (PJK) sejak tahun 2020 dan stroke serangan pertama pada tahun 2019 bulan januari. Pasien tidak memiliki riwayat operasi sebelumnya.	Istri Tn. B mengatakan bahwa dirinya dan Tn. S tidak pernah melakukan pemeriksaan Kesehatan jadi tidak tahu sebenarnya Tn. B memiliki penyakit apa.
Riwayat Penyakit Keluarga	Istri Tn. S mengatakan bahwa ayah Tn. S memiliki penyakit jantung	Istri Tn. B mengatakan ayah dari Tn. B memiliki penyakit darah tinggi

Tabel 2 Activity Daily Living Pada Pasien Cerebrovascular Accident (CVA) Non Hemoragik di RSI SURABAYA A. YANI

Activity Daily Living	Pasien 1	Pasien 2
Pola Manajemen Kesehatan	Istri Tn. S menyampaikan bahwa pasien rutin melakukan kontrol kesehatan ke rumah sakit setiap satu bulan sekali dan telah berhenti merokok sejak didiagnosis hipertensi pada tahun 2015. Pasien tidak memiliki kebiasaan konsumsi alkohol maupun riwayat alergi makanan atau obat, serta rutin mengonsumsi obat antihipertensi dan obat jantung. Namun, pasien sempat melewatkannya jadwal kontrol terakhir akibat kesibukan persiapan pernikahan anak, dengan kunjungan terakhir tercatat pada April 2025.	Istri Tn. B menyatakan bahwa pasien dan keluarga tidak rutin melakukan pemeriksaan kesehatan maupun mengikuti kegiatan posyandu lansia. Pasien memiliki riwayat sebagai perokok aktif sejak usia 22 tahun, tidak mengonsumsi alkohol, serta tidak memiliki riwayat alergi makanan maupun obat. Apabila mengalami keluhan kesehatan, pasien cenderung melakukan swamedikasi dengan membeli obat di apotek, dan baru mengakses fasilitas pelayanan kesehatan apabila kondisi semakin memburuk.
Pola Aktivitas & Latihan Kemampuan	Istri Tn. S mengatakan bahwa setelah sakit Tn. S tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari seperti mandi, berpakaian/berdandan, eliminasi, mobilisasi di tempat tidur, berpindah dan ambulasi secara mandiri sehingga membutuhkan bantuan keluarga	Istri Tn. B mengatakan bahwa setelah sakit Tn. S tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari seperti mandi, berpakaian/berdandan, eliminasi, mobilisasi di tempat tidur, berpindah dan ambulasi secara mandiri sehingga membutuhkan bantuan keluarga
Pola Istirahat & Tidur	Istri Tn. S menyatakan bahwa pasien memiliki pola tidur yang baik, tidak mengalami insomnia, serta tidak mengalami kesulitan memulai maupun mempertahankan tidur malam. Pasien biasanya tidur pukul 22.00 dengan durasi sekitar tujuh jam, dan hanya terbangun saat siang atau malam hari apabila pampers basah, kemudian dapat kembali tidur setelah dilakukan penggantian.	Istri Tn. B mengatakan pasien selalu tidur siang. Istri Tn. B mengatakan pasien tidak mengalami insomnia ataupun saat akan tidur malam Tn. B tidak mengalami kesulitan saat akan tidur, dan tidak akan kesulitan untuk tidur kembali setelah terbangun. Istri Tn. B mengatakan pasien biasanya tidur malam jam 21.00 dan waktu tidur \pm 8 jam.

Activity Daily Living	Pasien 1	Pasien 2
Pola Nutrisi & Metabolik	<p>BB : 62 kg, TB : 157 cm, IMT : 25.20 (overweight).</p> <p>Hasil Lab : Neutrofil 91.10% , Limfosit 5.80%, Leukosit 13.44</p> <p>Pasien terlihat lemas, mukosa bibir lembab, ekstremitas kiri terlihat sulit digerakkan</p> <p>Istri Tn.S mengatakan bahwa pasien makan sebanyak 3x/hari dengan diet susu entrasol 200 ml, tidak ada respon mual dan muntah saat diberikan susu melalui selang Nasogastric Tube (NGT).</p>	<p>BB : 58 kg, TB : 160 cm, IMT : 22,6 (normal)</p> <p>Hasil Lab : Easinofil 5.40% , Limfosit 19.60%, Trombosit 148</p> <p>Pasien terlihat lemas, mukosa bibir lembab, ekstremitas kanan terlihat sulit digerakkan</p> <p>Istri Tn. B mengatakan bahwa pasien makan sebanyak 3x/hari dengan diet susu entrasol 200 ml, tidak ada respon mual dan muntah saat diberikan susu melalui selang Nasogastric Tube (NGT).</p>
Pola Kebersihan Diri & Lingkungan	<p>Istri Tn. S mengatakan dirinya menyeka pasien 2x/hari, Keramas 2x/minggu, dan membersihkan gigi 2x/hari, mengganti pakaian 2x/hari, dan memotong kuku 1x/minggu. Semuanya dilakukan dengan bantuan istri Tn. S karena mobilisasi dan rentang gerak pasien terbatas.</p>	<p>Istri Tn. B mengatakan dirinya menyeka pasien 2x/hari, Keramas 2x/minggu, dan membersihkan gigi 2x/hari, mengganti pakaian 2x/hari, dan memotong kuku 1x/minggu. Semuanya dilakukan dengan bantuan istri Tn. B karena mobilisasi dan rentang gerak pasien terbatas.</p>

Tabel 3 Pemeriksaan Fisik Pada Pasien Cerebrovascular Accident (CVA) Non Hemoragik di RSI Surabaya A. Yani

Observasi dan Pemeriksaan Fisik	Pasien 1 Tn. S	Pasien 2 Tn. B
Tanggal Pengkajian :	03 Juni 2025	11 Juni 2025
Jam Pengkajian :	08.00 WIB	16.35 WIB
	Pemeriksaan B1-B6	
Tanda-tanda vital	<p>Kesadaran: Composmestis/sadar penuh</p> <p>GCS : Eye 4 Verbal 5 Motorik 6</p> <p>TD : 135/88 mmHg</p> <p>N : 85 kali permenit</p> <p>S : 36,1°C</p> <p>RR : 20 kali permenit</p> <p>SpO² : 99 % (nafas spontan), pasien menggunakan kanul nasal 4 lpm</p> <p>CRT <2 detik</p>	<p>Kesadaran: Composmestis/sadar penuh</p> <p>GCS : Eye 4 Verbal 5 Motorik 6</p> <p>TD : 155/89 mmHg</p> <p>N : 74 kali permenit</p> <p>S : 36,5°C</p> <p>RR : 20 kali permenit</p> <p>SpO² : 99 % (nafas spontan), pasien menggunakan kanul nasal 3 lpm</p> <p>CRT <2 detik</p>
B1 (Breathing)	<p>Inspeksi : Napas pasien teratur, tidak ada retraksi otot bantu nafas, tidak ada batuk dan tidak ada sesak pada pasien, pasien menggunakan kanul nasal 4 lpm, frekuensi nafas pasien 20 kali permenit, SpO² : 99% (nafas spontan)</p> <p>Palpasi : Bentuk dada pasien simetris</p> <p>Perkusi : Saat dilakukan pemeriksaan perkusi pada thorax pasien terdapat suara sonor (normal)</p>	<p>Inspeksi : Napas pasien teratur, tidak ada retraksi otot bantu nafas, tidak ada batuk dan tidak ada sesak pada pasien, pasien menggunakan kanul nasal 3 lpm, frekuensi nafas pasien 20 kali permenit, SpO² : 99% (nafas spontan)</p> <p>Palpasi : Bentuk dada pasien simetris</p> <p>Perkusi : Saat dilakukan pemeriksaan perkusi pada thorax pasien terdapat suara sonor (normal)</p>
B2 (Blood)	<p>Inspeksi : Tidak mengalami kebiruan (sianosis)</p> <p>Palpasi : Akral teraba hangat, tidak mengalami adanya nyeri dada, tidak ada pembesaran pada jvp (Jugular Venous Pressure), dan CRT <2 detik</p> <p>Auskultasi : Bunyi jantung normal, tidak terdengar adanya bunyi jantung murmur.</p>	<p>Inspeksi : Tidak mengalami kebiruan (sianosis)</p> <p>Palpasi : Akral teraba hangat, tidak mengalami adanya nyeri dada, tidak ada pembesaran pada jvp (Jugular Venous Pressure), dan CRT <2 detik</p> <p>Auskultasi : Bunyi jantung normal, tidak terdengar adanya bunyi jantung murmur.</p>
B3 (Brain)	<p>Pasien sadar penuh (GCS 15) dengan refleks cahaya positif dan pupil isokor reaktif, tanpa gangguan penglihatan, penciuman, atau pendengaran. Terdapat asimetri wajah ke sisi kiri. Pasien mengeluhkan pusing, mampu mengenali lokasi sebagai rumah sakit, dan menunjukkan respons verbal terbatas serta lambat, namun masih mampu mengikuti</p>	<p>Pasien dalam keadaan sadar penuh (GCS 15) dengan refleks cahaya normal dan pupil isokor reaktif. Tidak terdapat gangguan penglihatan, pendengaran, atau penciuman, dan wajah simetris meski pasien tidak mampu tersenyum. Pasien mengeluhkan pusing berat, ditandai memegang kepala kiri, serta menunjukkan respons verbal terbatas</p>



Observasi dan Pemeriksaan Fisik	Pasien 1 Tn. S	Pasien 2 Tn. B
	perintah sederhana, seperti menunjuk ke arah pintu.	namun mampu menyebut nama diri, lokasi, dan mengidentifikasi benda secara sederhana
B4 (Bladder)	Inspeksi : Pasien tidak terpasang kateter hanya memakai pampers. Frekuensi ganti pampers 3-4 kali/hari warna kuning kemerahan, aroma khas amonia, tidak ada darah didalam urine. Istri Tn. S mengatakan pasien tidak pernah melakukan operasi perkemih, saat ditanya apakah ada keluhan saat BAK pasien hanya menggeleng	Inspeksi : Pasien dipasang kateter Foley dengan produksi urin sekitar 510 ml per 8 jam, berwarna kuning kemerahan, beraroma amonia, dan tidak terdapat darah. Istri pasien menyatakan bahwa pasien sebelumnya tidak pernah menjalani prosedur operasi saluran kemih. Saat ditanya mengenai keluhan saat berkemih, pasien mengangguk dan menyatakan "gak enak". Menurut istri, ini merupakan pemasangan kateter pertama bagi pasien.
B5 (Bowel)	BB : 62 Kg, Tb : 157 Cm, IMT : 24,3 (overweight) Inspeksi : Pasien terpasang NGT (Nasogastric Tube), mukosa bibir pasien lembab, bentuk bibir pasien normal, gigi dalam keadaan bersih, rutin membersihkan gigi 2x sehari, tidak ada mual dan muntah saat pemberian nutrisi, tidak mengalami mual dan muntah saat pemberian nutrisi, frekuensi makan 3 kali sehari dengan susu entrasol (200 ml) Palpasi & Perkusi : Tidak ada nyeri tekan, Istri Tn. S mengatakan bahwa pasien belum BAB sama sekali setelah masuk rumah sakit namun terkadang kentut dan perut tidak kembung, abdomen pasien teraba kenyal Auskultasi : Peristaltik usus 19 kali permenit	BB : 58 Kg, TB : 160 Cm, IMT : 22,6 (normal) Inspeksi : Pasien terpasang NGT (Nasogastric Tube), mukosa bibir pasien lembab, bentuk bibir pasien normal, gigi dalam keadaan bersih, rutin membersihkan gigi 2x sehari, tidak ada mual dan muntah saat pemberian nutrisi, tidak mengalami mual dan muntah saat pemberian nutrisi, frekuensi makan 3 kali sehari dengan susu entrasol (200 ml) Palpasi & Perkusi : Tidak ada nyeri tekan, Istri Tn. B mengatakan bahwa susah BAB, terakhir BAB 2 hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit, tidak kembung, abdomen pasien teraba kenyal Auskultasi : Peristaltik usus 22 kali permenit
B6 (Bone)	Pada inspeksi, pasien tampak lemas dengan keterbatasan gerak pada tangan dan kaki kiri. Tidak ditemukan fraktur, dislokasi, atau luka; akral hangat, turgor kulit normal, CRT <2 detik, tanpa edema, dan kulit bersih. Istri pasien melaporkan bahwa keterbatasan gerak ekstremitas kiri memengaruhi aktivitas sehari-hari pasien, sehingga mandi, berpakaian, eliminasi, mobilisasi di tempat tidur, berpindah posisi, dan ambulasi dibantu oleh istri. Pemeriksaan palpasi dan perkusi menunjukkan penurunan kekuatan otot dan rentang gerak terbatas dengan skor MMT 5/3 pada tangan dan kaki kiri.	Pada Inspeksi Pasien tampak lemas dengan keterbatasan gerak pada ekstremitas kanan. Tidak ditemukan fraktur, dislokasi, maupun luka; akral hangat, turgor kulit normal, CRT <2 detik, tanpa edema, dan kulit bersih. Istri pasien melaporkan bahwa keterbatasan gerak pada tangan dan kaki kanan mengganggu aktivitas sehari-hari, termasuk mandi, berpakaian, eliminasi, mobilisasi di tempat tidur, berpindah posisi, dan ambulasi. Pemeriksaan palpasi dan perkusi menunjukkan penurunan kekuatan otot dan rentang gerak terbatas dengan skor MMT 3/5 pada ekstremitas kanan

Tabel 4 Pemeriksaan Penunjang Pada Pasien Cerebrovascular Accident (CVA) Non Hemoragik di RSI Surabaya A. Yani

Pemeriksaan Penunjang	Tn. S			Tn. B			
	02 Juni 2025			05 Juni 2025			
Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Hematologi				Hematologi			
Darah Lengkap				Darah Lengkap			
Basofil	0.10	%	0-1%	Basofil	0.30	%	0-1%
Neutrofil	91.1	%	50-70	Neutrofil	67.10	%	50-70

Pemeriksaan Penunjang	Tn. S				Tn. B		
0							
Limfosit	5.80	%	20-40	Limfosit	19.60	%	20-40
Easinofil	0	%	1-3	Easinofil	5.40	%	1-3
Monosit	3	%	2-8	Monosit	7.60	%	2-8
Eritrosit	4.83	10 ⁶ /ul	4.2-6.1	Eritrosit	5.19	10 ⁶ /ul	4.2-6.1
Hemoglobin	14.1	g/dl	12-17	Hemoglobin	12.4	g/dl	12-17
Hematokrit	41.7	%	37.0-52.0	Hematokrit	38.6	%	37.0-52.0
MCV	86.3	fL	80-100	MCV	74.4	fL	80-100
MCH	29.1	pg	26-34	MCH	23.8	pg	26-34
MCHC	33.7	%	32-36	MCHC	32	%	32-36
RDW-CV	12.8	%	11.5-13.1	RDW-CV	13.6	%	11.5-13.1
Trombosit	218	10 ³ /uL	150-450	Trombosit	148	10 ³ /uL	150-450
MPV	10.1	fL	6.8-10	MPV	9.5	fL	6.8-10
Leukosit	13.4	10 ³ /uL	4.5-11.0	Leukosit	6.02	10 ³ /uL	4.5-11.0
	4						
RDW-SD	40.5	%	39.0-52.0	RDW-SD	37.4	%	39.0-52.0
PDW	16.5	fL	11.0-18.0	PDW	16	fL	11.0-18.0
PCT	0.22	%	0.150-0.500	PCT	0.14	%	0.150-0.500
Glukosa Darah				Glukosa Darah			
BS Acak	106	mg/dl	80-140	BS Acak	121	mg/dl	80-140
Fungsi Ginjal			02 Juni 2025				
Creatinin	0.67	mg/dl	0.6-1.3				
Natrium	140.	mmol/L	135-148				
	9						
Kalium	3.18	mmol/L	3.5-5.1				
Chlorida	109.	mmol/L	98-107				
	3						
MCT SCAN Kepala Tanpa Kontras	02 Juni 2025			05 Juni 2025			
	Tampak lesi hypodense yang luas pada parietal kanan dan occipital kiri Tidak terlihat perdarahan intra maupun extra parenchym Tidak terlihat gambaran massa tumor Kesimpulan : Cerebral Infarction pada parietal kanan dan occipital kiri			Tampak lesi hypodense di thalamus kiri dengan batas tegas, disertai lesi hypodense pada periventriculare lateralis kiri Orbita kanan-kiri baik Tidak terlihat gambaran massa tumor Sistem cysterna dan sulcigyi baik Kesimpulan : Cerebral Infarction di thalamus kiri dan periventriculare lateralis kiri			
	02 Juni 2025						
EKG	Gambaran hasil EKG : Sinus normal rhythm (SNR)						

Diagnosa Keperawatan

Tabel 5 Analisa Data Pada Pasien Cerebrovascular Accident (CVA) Non Hemoragik di RSI Surabaya A. Yani

Analisa Data	Etiologi	Masalah
Tn. S		
DS :		
1. Keluarga pasien mengatakan pasien terlihat kesulitan menggerakkan kaki dan tangan kirinya	Penurunan Kekuatan Otot	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)
DO :		
1. pasien membutuhkan bantuan keluarga dalam melakukan aktivitas fisik		
2. kekuatan otot menurun		
3. rentang gerak terbatas dintadai dengan: 5/3		
4. Pasien terlihat lemas		



5. Pasien terlihat menggunakan nasal kanul 4 lpm

6. TTV :

TD : 135/88 mmHg

N : 85 kali permenit

S : 36,1°C

RR : 20 kali prmenit

SPO2 : 98%

DS :

1. keluarga pasien mengatakan pasien kesulitan berbicara dan berkomunikasi

2. keluarga pasien mengatakan bicara pasien tidak jelas atau pelo

DO :

1. wajah pasien tidak simetris atau terkulai disisi kiri

2. pasien butuh waktu lama untuk menjawab pertanyaan dan biara pelo

3. saat diminta menyebutkan nama istrinya "Suntinah", pasien menjawab "Nah"

4. saat ditanya pasien ada dimana, pasien menjawab "uma sa-it" (rumah sakit)

5. pasien terkadang menjawab pertanyaan dengan menggeleng atau mengangguk

6. pasien mampu mengikuti arahan untuk menunjuk kearah pintu menggunakan tangan yang tidak mengalami gangguan

7. Pasien terlihat menggunakan nasal kanul 3 lpm

8. TTV :

TD : 135/88 mmHg

N : 85 kali permenit

S : 36,1°C

RR : 20 kali prmenit

SPO2 : 98%

Gangguan
Muskuloskeletal

Gangguan
Komunikasi
Verbal (D.0119)

Tn. B

DS :

1. keluarga pasien mengatakan tangan dan kaki kanan pasien lemas tidak bisa digerakkan

Penurunan
kekuatan otot

Gangguan
Mobilitas Fisik
(D.0054)

DO :

1. pasien membutuhkan bantuan keluarga dalam melakukan aktivitas fisik

2. kekuatan otot menurun

3. rentang gerak terbatas ditandai : 3/5

4. Pasien terlihat lemas

5. Pasien terlihat menggunakan nasa lkanul 3 lpm

6. TTV :

TD : 155/89 mmHg

N : 74 kali permenit

S : 36°C

RR : 20 kali permenit

SPO : 99%

DS :

1. keluarga pasien mengatakan pasien kesulitan berbicara dan berkomunikasi

Gangguan
muskuloskeletal

Gangguan
Komunikasi
Verbal (D.0119)

2. keluarga pasien mengatakan bicara pasien tidak jelas atau pelo

DO :

1. wajah pasien simetris namun saat diminta tersenyum, pasien tidak mampu

2. pasien butuh waktu lama untuk menjawab pertanyaan dan bicara pelo

3. saat diminta menyebutkan Namanya "Budi", pasien menjawab "bu-i"

4. saat pasien ditanya pasien berada dimana, pasien menjawab "u-ma sa-i" (rumah sakit)

5. pasien mampu mengikuti perintah untuk menunjuk kearah TV menggunakan tangan yang tidak mengalami gangguan

6. Pasien terlihat menggunakan nasal kanul 3 lpm

7. TTV :

TD : 155/89 mmHg
N : 74 kali permenit
S : 36°C
RR : 20 kali permenit
SPO : 99%

Tabel 6 Rumusan Diagnosis Keperawatan Pada Pasien Cerebrovascular Accident (CVA) Non Hemoragik di RSI Surabaya A. Yani

No.	Tn.S	Tn. B
1.	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan Kekuatan Otot d.d Rentang Gerak Terbatas	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan Kekuatan Otot d.d Rentang Gerak Terbatas
2.	Gangguan Komunikasi Verbal b.d Gangguan Muskuloskeletal d.d bicara pelo, butuh waktu lama untuk menjawab pertanyaan	Gangguan Komunikasi Verbal b.d Gangguan Muskuloskeletal d.d bicara pelo, butuh waktu lama untuk menjawab pertanyaan

Intervensi Keperawatan

Tabel 7 Intervensi Keperawatan Pada Pasien Cerebrovascular Accident (CVA) Non Hemoragik di RSI Surabaya A. Yani

Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) b.d penurunan kekuatan otot d.d rentang gerak terbatas.	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x7 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>Kelemahan fisik menurun, pasien dapat melakukan mobilisasi sederhana (miring kanan-kiri) dengan bantuan kekuatan otot meningkat</p> <p style="text-align: center;">5 5 5 5</p> <p>rentang gerak atau <i>Range of Motion</i> (ROM) meningkat, pasien mampu melakukan latihan rentang gerak dengan bantuan Tanda-tanda vital dalam rentang nilai normal (tekanan darah : 90/60 mmHg-140/90 mmHg, nadi : 60-100 kali permenit, RR : 12-20 kali permenit)</p>	<p>Dukungan (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Kaji kemampuan fungsional dan kerusakan motorik Amati warna, odeme atau tanda-tanda lain dari sirkulasi yang terganggu dan bagian tubuh yang mengalami gangguan Inspeksi area kulit secara teratur, terutama diatas benjolan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Ubah posisi setidaknya 2 jam sekali Mulai ROM aktif atau pasif kesemua ekstremitas siediakan tempat tidur, sesuai tindakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Dorong pasien untuk memulai gerakan dan Latihan menggunakan ekstremitas yang tidak terpengaruh untuk menopang dan menggerakkan sisi yang lebih lemah <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Konsultasikan dengan ahli terapi fisik mengenai latihan dan ambulasi pasien 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi kekuatan dan kekurangan motorik, serta dapat memberi info mengenai pemulihan Jaringan odeme lebih mudah terkena trauma dan waktu penyembuhan lebih lama Titik-titik tekanan diatas penonjolan tulang paling beresiko terhadap kerusakan kulit <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengurnagi resiko iskemia jaringan dan cedera Meminimalkan atrofi otot, meningkatkan sirkulasi darah dan membantu mencegah kontraktur Mempromoskan pemerataan berat badan, mengurangi tekanan pada kulit dan mencegah kerusakan kulit <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Sisi yang lebih lemah membutuhkan dorongan dan latihan aktif <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Program individual dapat dikembangkan untuk memenuhi kebutuhan tertentu dan mengatasi defisit keseimbangan
Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) b.d penurunan kekuatan otot	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x7 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :	<p>Dukungan (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Kaji kemampuan fungsional 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi kekuatan dan kekurangan motorik,

d.d rentang gerak terbatas.	Kelemahan fisik menurun, pasien dapat melakukan mobilisasi sederhana (miring kanan-kiri) dengan bantuan kekuatan otot meningkat <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">15</td></tr><tr><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">5</td></tr></table> rentang gerak atau <i>Range of Motion</i> (ROM) meningkat, pasien mampu melakukan Latihan rentang gerak dengan bantuan tanda-tanda vital dalam rentang nilai normal (tekanan darah : 90/60 mmHg-140/90 mmHg, nadi : 60-100 kali permenit, RR : 12-20 kali permenit)	5	15	5	5	<p>2. Amati warna, odeme atau tanda-tanda lain dari sirkulasi yang terganggu dan bagian tubuh yang mengalami gangguan</p> <p>3. Inspeksi area kulit secara teratur, terutama diatas benjolan</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Ubah posisi setidaknya 2 jam sekali Mulai ROM aktif atau pasif kesemua ekstremitas sediakan tempat tidur, sesuai Tindakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Dorong pasien untuk memulai gerakan dan Latihan menggunakan ekstremitas yang tidak terpengaruh untuk menopang dan menggerakkan sisi yang lebih lemah <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Konsultasikan dengan ahli terapi fisik mengenai latihan dan ambulasi pasien 	<p>2. kerusakan motorik</p> <p>2. Jaringan odeme lebih mudah terkena trauma dan waktu penyembuhan lebih lama</p> <p>3. Titik-titik tekanan diatas penonjolan tulang paling beresiko terhadap kerusakan kulit</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengurnagi resiko iskemia jaringan dan cedera Meminimalkan atrofi otot, meningkatkan sirkulasi darah dan membantu mencegah kontraktur Mempromoskan pemerataan berat badan, mengurangi tekanan pada kulit dan mencegah kerusakan kulit <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Sisi yang lebih lemah membutuhkan dorongan dan pelatihan aktif <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Program individual dapat dikembangkan untuk memenuhi kebutuhan tertentu dan mengatasi defisit keseimbangan
5	15						
5	5						

Pasien 1 (Tn. S), laki-laki 57 tahun, dirawat di RSI Surabaya A. Yani pada 2 Juni 2025 dengan keluhan kelemahan akut pada ekstremitas kiri yang muncul saat aktivitas pagi. Pasien didiagnosis cerebral infarction. Pengkajian menunjukkan penurunan kekuatan otot ekstremitas kiri (MMT 3/5) yang menyebabkan keterbatasan dalam aktivitas sehari-hari dan ketergantungan pada bantuan keluarga. Kesadaran pasien compos mentis (GCS E4V5M6) dengan tanda vital relatif stabil. Pemeriksaan sistem respirasi dan kardiovaskular dalam batas normal. Riwayat penyakit meliputi hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, dan kardiomegali. Eliminasi urin adekuat tanpa pemasangan kateter. Pasien 2 (Tn. B), laki-laki 60 tahun, masuk rumah sakit pada 10 Juni 2025 dengan keluhan kelemahan mendadak pada ekstremitas kanan dan didiagnosis CVA non hemoragik. Pengkajian menunjukkan gangguan mobilitas fisik yang berdampak pada ketidakmampuan melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri. Pasien sadar penuh (GCS E4V5M6) dengan tekanan darah meningkat dan fungsi respirasi stabil. Pasien memiliki kebiasaan merokok dan tidak rutin menjalani pemeriksaan kesehatan. Eliminasi urin dibantu dengan kateter Foley, dengan produksi urin dalam batas normal tanpa komplikasi.

Jenis kelamin dan usia merupakan faktor risiko penting terjadinya stroke Muhammad et al., (2022). Laki-laki memiliki risiko lebih tinggi dibandingkan perempuan, terutama akibat perbedaan gaya hidup seperti kebiasaan merokok dan konsumsi alkohol (Maelani et al., (2022). Selain itu, peningkatan usia, khususnya pada rentang $\geq 35-85$ tahun, berkontribusi terhadap meningkatnya risiko stroke akibat penurunan elastisitas pembuluh darah yang memicu aterosklerosis (Rachmawati dkk., 2022). Temuan ini sejalan dengan karakteristik kedua pasien dalam studi kasus, sehingga tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kondisi klinis. Secara klinis, pasien dengan CVA non-hemoragik umumnya mengalami kelemahan ekstremitas dan gangguan bicara. Pada pasien pertama ditemukan hemiparesis sinistra disertai gangguan bicara dan asimetri wajah, sedangkan pasien kedua mengalami hemiparesis dekstra dengan gangguan bicara meskipun wajah tampak simetris. Hasil pengkajian tersebut konsisten dengan konsep teoretis CVA non-hemoragik. Hasil pengkajian menunjukkan kedua pasien memiliki riwayat keluarga dengan hipertensi, namun tidak ada riwayat stroke sebelumnya. Riwayat

stroke non-hemoragik dalam keluarga dapat menunjukkan keterkaitan genetik dengan gangguan fungsi dinding arteri koroner, yang berpotensi memicu aterosklerosis dan meningkatkan risiko stroke (Ummaroh, 2020). Selain itu, keberadaan hipertensi pada anggota keluarga dapat mempertinggi risiko individu mengalami hipertensi, karena faktor genetik meningkatkan kerentanan vascular.

Pengkajian menunjukkan pasien 1 memiliki riwayat hipertensi, PJK, dan stroke sebelumnya, sedangkan pasien 2 ditemukan hipertensi berdasarkan hasil pemeriksaan tekanan darah. Kondisi tersebut sesuai dengan teori yang menyatakan hipertensi dan PJK meningkatkan risiko stroke melalui proses aterosklerosis, sehingga tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus. Menurut (Siringo-ringo & Simbolon, 2022) hipertensi dapat memicu terbentuknya plak pada pembuluh darah besar, yang dikenal sebagai aterosklerosis. Adanya plak ini dapat menyebabkan penyempitan lumen atau diameter pembuluh darah. Pemeriksaan pernapasan pada kedua pasien berada dalam batas normal, berbeda dengan teori yang menyebutkan kemungkinan gangguan pernapasan pada pasien hipertensi, sehingga terdapat kesenjangan. Pemeriksaan kardiovaskular menunjukkan peningkatan tekanan darah pada pasien 2 sesuai karakteristik CVA non-hemoragik, dengan tanda perfusi perifer normal pada kedua pasien, sehingga tidak terdapat kesenjangan. Pemeriksaan neurologis menunjukkan kedua pasien compos mentis (GCS 15) dengan defisit neurologis berupa kelemahan ekstremitas dan gangguan bicara, sesuai dengan karakteristik CVA non-hemoragik. Menurut (Jamaluddin dkk., 2020) pada pasien *Cerebrovascular* (CVA) Non Hemoragik karena adanya lesi atau penyumbatan pembuluh darah menyebabkan penurunan kesadaran, defisit neurologis dan fokus yang terganggu. Kedua pasien mengalami kelemahan pada satu sisi tubuh. Pasien 1 (Tn. S) mengalami kelemahan ekstremitas kiri, sedangkan pasien 2 (Tn. B) pada ekstremitas kanan. Tidak ditemukan fraktur, dislokasi, luka, maupun gangguan perfusi dan integumen. Penurunan kekuatan otot dan keterbatasan rentang gerak menyebabkan kedua pasien membutuhkan bantuan dalam aktivitas sehari-hari, sehingga ditegakkan masalah gangguan mobilitas fisik. Temuan klinis ini sesuai dengan teori bahwa stroke menyebabkan hemiparesis akibat lesi pada sisi otak yang berlawanan (Setiawan, 2021), sehingga tidak ditemukan kesenjangan teori dan kasus. Pemeriksaan CT-scan pada kedua pasien menunjukkan lesi hipodens sesuai lokasi infark (Marianto & Nanang, 2022).

Pada kedua pasien, yaitu Tn. S dan Tn. B, ditegakkan diagnosa keperawatan utama berupa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Kondisi ini ditandai dengan kelemahan pada ekstremitas satu sisi, penurunan kekuatan otot, keterbatasan rentang gerak, serta ketergantungan terhadap bantuan keluarga dalam memenuhi aktivitas sehari-hari. Temuan tersebut sejalan dengan karakteristik klinis pasien *Cerebrovascular Accident* (CVA) non-hemoragik, di mana kerusakan jaringan otak akibat iskemia menyebabkan gangguan fungsi neuromuskular. Literatur keperawatan menyebutkan bahwa gangguan mobilitas fisik merupakan salah satu masalah keperawatan yang paling sering muncul pada pasien CVA non-hemoragik sebagai dampak dari defisit neurologis. Dengan demikian, hasil pengkajian pada kedua pasien menunjukkan kesesuaian antara teori dan kondisi klinis yang ditemukan, sehingga tidak terdapat kesenjangan antara konsep teoritis dan praktik kasus.

Intervensi keperawatan pada kedua pasien difokuskan pada penanganan gangguan mobilitas fisik akibat *Cerebrovascular Accident* (CVA) non-hemoragik. Gangguan mobilitas fisik merupakan masalah keperawatan utama yang sering ditemukan pada pasien stroke karena adanya kerusakan jaringan otak yang mengakibatkan penurunan kontrol motorik dan kelemahan ekstremitas satu sisi (hemiparesis) (Todhunter-Brown dkk., 2014). Oleh karena itu, intervensi yang diberikan diarahkan untuk meningkatkan kekuatan otot, mempertahankan rentang gerak, serta mencegah komplikasi immobilisasi. Intervensi keperawatan yang diterapkan meliputi pengkajian kemampuan fungsional dan status motorik, perubahan posisi secara berkala, serta latihan rentang gerak (Range of Motion/ROM) aktif dan pasif. Latihan ROM terbukti efektif dalam mencegah atrofi otot, kontraktur sendi, serta meningkatkan sirkulasi darah pada pasien stroke (Bernhardt dkk., 2015).. Selain itu, mobilisasi dini dengan dukungan yang adekuat dapat mempercepat pemulihan fungsi dan meningkatkan kemandirian pasien dalam aktivitas sehari-hari .

Edukasi kepada pasien dan keluarga juga menjadi bagian penting dalam intervensi, khususnya dalam mendorong penggunaan ekstremitas yang tidak terdampak untuk membantu sisi yang lemah. Keterlibatan keluarga berperan signifikan dalam keberhasilan rehabilitasi pasien stroke, terutama dalam mendukung latihan fisik secara berkelanjutan. Kolaborasi dengan fisioterapis dilakukan untuk memastikan latihan mobilisasi dan ambulasi sesuai dengan kondisi pasien dan prinsip rehabilitasi stroke (Winstein dkk., 2016).

Implementasi keperawatan pada kedua pasien CVA non-hemoragik difokuskan pada latihan rentang gerak (Range of Motion/ROM) pasif-aktif selama tiga hari berturut-turut. Intervensi ini dipilih karena gangguan mobilitas fisik merupakan masalah utama akibat kelemahan ekstremitas satu sisi. Latihan ROM terbukti efektif meningkatkan kekuatan otot, mempertahankan fleksibilitas sendi, serta mencegah atrofi dan kontraktur pada pasien stroke.

Evaluasi hari ketiga menunjukkan perbedaan respons. Pada pasien Tn. S terjadi peningkatan mobilitas, ditandai dengan kemampuan miring kanan–kiri secara mandiri dan perbaikan kekuatan otot, sehingga tujuan keperawatan tercapai sebagian. Sebaliknya, pada pasien Tn. B belum tampak peningkatan mobilitas mandiri, sehingga tujuan keperawatan belum tercapai. Perbedaan ini dipengaruhi oleh kondisi klinis awal dan tingkat kelemahan motorik pasien. Secara keseluruhan, implementasi dan evaluasi keperawatan telah sesuai dengan teori dan pedoman praktik keperawatan stroke, serta tidak ditemukan kesenjangan antara konsep dan praktik klinis (Huang dkk., 2025).

KESIMPULAN DAN SARAN

Pasien CVA non-hemoragik menunjukkan gangguan mobilitas fisik akibat kelemahan ekstremitas satu sisi, sesuai dengan karakteristik klinis dan teori stroke iskemik. Diagnosa keperawatan prioritas adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Intervensi keperawatan yang diterapkan, meliputi pengkajian fungsional dan motorik, perubahan posisi berkala, latihan rentang gerak aktif-pasif, mobilisasi dini, edukasi pasien dan keluarga, serta kolaborasi dengan fisioterapis, terbukti mendukung peningkatan kekuatan otot dan kemandirian pasien. Evaluasi menunjukkan perbedaan respons: pasien pertama mengalami perbaikan sebagian, sedangkan pasien kedua belum mencapai tujuan keperawatan. Temuan ini menegaskan pentingnya asuhan keperawatan medikal bedah yang berkelanjutan, individual, dan berbasis bukti untuk meningkatkan mobilitas fisik pasien CVA non-hemoragik.

Acknowledgment

Kami mengucapkan terima kasih kepada pihak Rumah Sakit Islam Surabaya A. Yani atas izin dan kerja samanya dalam pelaksanaan pengkajian serta asuhan keperawatan pasien CVA non-hemoragik. Ucapan terima kasih juga kami sampaikan kepada pasien dan keluarga yang bersedia berpartisipasi, serta seluruh tim medis dan fisioterapis yang telah memberikan dukungan dan bimbingan selama proses pengumpulan data.

References

- Agustin, T., Susanti, I., & Sumarni, T. (2022). Implementasi Penggunaan Range Of Motion(ROM) terhadap Kekuatan Otot Klien Stroke Non Hemoragik. *Journal Of Management Nursing*, 1(4), 140–142.
- Assyakurrohim, D., Ikhram, D., Sirodj, R., & Afgani, W. (2023). Metode Studi Kasus Dalam Penelitian Kualitatif. *Jurnal Pendidikan Sains dan Komputer*, 3, 2–3.
- Bernhardt, J., English, C., Johnson, L., & Cumming, T. B. (2015). Early Mobilization After Stroke. *Stroke*, 46(4), 1141–1146. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.114.007434>
- Connie, Aaron, & Virani, S. (2022). Statistik Penyakit Jantung dan Stroke-Pembaruan 2022: Laporan dari American Heart Association. *AHA ASA Journal*, 21–27.

- Darmawan, I., Wahyuni, E., & Anugrahwati, R. (2023). STUDI KASUS: ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN STROKE NON HEMORAGIK DI RUMAH SAKIT HERMINA BEKASI. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Altruistik (JIKA)*, 6(1), 26–27.
- Fransiska, A. (2021). Efektifitas Perilaku Cerdik Dan Patuh Untuk Mencegah Stroke Berulang. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 10(1).
- Handri, W. (2022). *Profil Tingkat Kepatuhan inum Obat Pada Pasien dengan Cerebrovaskuler Accident (CVA) dengan Atau Tanpa Aplikasi Digital di Poli Internis Rawat Jalan*. Akademi Farmasi Surabaya.
- Huang, Q., Wang, L., Huang, H., Tang, H., Liu, J., & Chen, C. (2025). Transformational leadership, psychological empowerment, work engagement and intensive care nurses' job performance: a cross-sectional study using structural equation modeling. *BMC Nursing*, 24(1), 1025. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03685-7>
- Jamaluddin, M., Widyaningsih, W., & Nadhifah, Z. (2020). Peningkatan Fleksibilitas Sendi pada Pasien Stroke dengan Terapi Tali Temali. *Journal Of Health Science (Jurnal Ilmu Kesehatan)*, 5(2), 74–78. <https://doi.org/10.24929/jik.v5i2.1076>
- Kementrian Kesehatan RI. (2024). *Hasil Riset Kesehatan Dasar 2022* Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan RI.
- Listiana. (2021). Pengaruh Latihan Range Of Motion (ROM) Dan Kompres Hangat Terhadap Kekuatan Otot Ekstremitas Pada Pasien Post Stroke. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Pencerah*, 10(2).
- Maelani, Fitriyah, Camelia, & Roni. (2022). Penerapan Intervensi Range Of Motion (Rom) Pasif Ekstermitas Kiri Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dalam Mengatasi Masalah Gangguan Mobilitas Fisik. *Journal Well Being*, 7(2), 48–54.
- Marianto, & Nanang. (2022). Asuhan Keperawatan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif pada Tn. S dengan Diagnosa Medis CVA Infark di Ruang Perawatan Intensif RSU UMM.
- Mauliddiyah, D., Ulfah, M., & Siwi, A. (2022). Asuhan Keperawatan dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien Stroke Non Hemoragik (SNH). *Journal Of Management Nursing*, 2(1), 168–170.
- Muhammad, M., Darmawan, E., & Anggraeni, N. (2022). Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Stroke Pada Usia Produktif. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 7(1).
- Nggebu. (2020). Asuhan keperawatan pada ny p dengan stroke non hemoragik di ruang cempaka rsud prof.dr.wz johannes kupang. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 8(9), 9.
- Rachmawati, A., Sholihatin, Y., Badrudin, U., & Yunita, A. (2022). PENERAPAN POSISI HEAD UP 30° TERHADAP NILAI SATURASI OKSIGEN PADA PASIEN STROKE. *Journal of Nursing Practice and Science*, 01(01), 9–10.
- RISKESDAS. (2024). *Riset Kesehatan Dasar 2023*.
- Rusmeni, Dewi, & Suryantoro. (2022). Kombinasi Terapi Cermin dan Menggenggam Bola Karet Terhadap Kekuatan Otot Ekstremitas Atas Pada Pasien Pasca Stroke: Tinjauan Sistematik. *Jurnal Keperawatan*, 14, 807–820.
- Sarosa, S. (2021). *Analisis Data Penelitian Kualitatif* (F. Maharani, Ed.). PT KANISIUS.
- Setiawan, P. (2021). Diagnosis dan Tatalaksana Stroke Hemoragik. *Jurnal Medika Hutama*, 03(01), 1660–1661.
- Siringo-ringo, & Simbolon. (2022). Faktor Merokok Dengan Kejadian Stroke. *Jurnal Kesehatan Manarang*, 4(1), 18–25.
- Syaripudin, A., Rahmatullah Hidayat, L., & Rahayu Okta Institut Teknologi dan Kesehatan Mahardika, I. (2024). Studi Kasus Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif pada Pasien Intracerebral Hemorrhage (ICH) RSUD Gunung Jati. *Jurnal Global Ilmiah*, 1(9). <https://arl.ridwaninstitute.co.id/index.php/arl>
- Todhunter-Brown, A., Baer, G., Campbell, P., Choo, P. L., Forster, A., Morris, J., Pomeroy, V. M., & Langhorne, P. (2014). Physical rehabilitation approaches for the recovery of function and mobility following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2023(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001920.pub3>



Ummaroh. (2020). Asuhan keperawatan pasien cva (cerebro vaskuler accident) dengan gangguan komunikasi verbal di ruang aster rsud dr. harjono. *Jurnal Universitas Muhammadiyah Ponogoro*, 2–67.

Winstein, C. J., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L. R., Cramer, S. C., Deruyter, F., Eng, J. J., Fisher, B., Harvey, R. L., Lang, C. E., MacKay-Lyons, M., Ottenbacher, K. J., Pugh, S., Reeves, M. J., Richards, L. G., Stiers, W., & Zorowitz, R. D. (2016). Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. *Stroke*, 47(6). <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000098>

World Stroke Organization. (2022). *Global Stroke Fact Sheet 2022 Purpose: Data Purpose World Organization* .