

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada BAB ini, penulis akan mengulas perbedaan antara BAB II dan III mengenai Asuhan Keperawatan pada Ny. S yang mengalami Stroke Non Hemoragik di RSUD DR R. Soedjati Soemodiardjo Purwodadi. Pembahasan akan mencakup tahapan dalam keperawatan, yaitu Pengkajian, Diagnosis Keperawatan, Rencana Keperawatan, Catatan Keperawatan, serta Catatan Perkembangan. Aktivitas ini dilaksanakan pada tanggal 03-05 April 2025 dan akan diuraikan secara mendetail di bawah ini:

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah catatan pengkajian berisi informasi pasien, data dasar, serta respons kesehatan pasien. Pengkajian keperawatan, yang didasarkan pada data subjektif dan objektif, merupakan tahapan awal yang paling dinamis, sistematis, dan penting dari seluruh proses keperawatan. Pengkajian ini harus mencakup pendekatan holistik, yang menilai kondisi pasien tidak hanya dari aspek biologis maupun fisik saja, melainkan juga aspek psikologis sosial, kultural dan spiritual (*bio-psiko-sosio-spiritual*) (Manuel et al., 2023).

Setelah melakukan beberapa pengkajian berdasarkan keluhan klien, dapat ditetapkan beberapa masalah keperawatan yang relevan dengan kondisi klien saat ini. Adapun masalah keperawatan yang berhasil diidentifikasi dari hasil pengkajian tersebut adalah sebagai berikut

1. Gangguan Mobilitas Fisik

Beberapa tanda gangguan mobilitas fisik secara subjektif termasuk keluhan tentang kesulitan menggerakkan anggota tubuh, rasa sakit saat bergerak, kurangnya keinginan bergerak, serta rasa cemas saat bergerak. Penurunan kekuatan dan rentang gerak otot, tampilan kaku pada sendi, gerakan yang tidak teratur, terbatas, dan kondisi fisik yang buruk adalah semua contoh yang dapat dilihat.(PPNI, 2016).

Berdasarkan evaluasi data, hasil penilaian pada tanggal Jumat, 03 April 2026 ditemukan permasalahan keperawatan terkait dengan gangguan mobilitas fisik. Ditemukan informasi dari pasien yang menyatakan kesulitan untuk menggerakkan anggota tubuh bagian kanan, kekuatan otot pada ekstremitas kanan berkisar di angka 3, serta rentang gerak (ROM) mengalami penurunan.

Dari batasan karakteristik di atas yang serupa dengan pengamatan adalah pengeluhan kesulitan dalam menggerakkan anggota tubuh, penurunan kekuatan otot, penurunan rentang gerak, yang mana diagnosis sudah bisa ditetapkan karena $\geq 80\%$ dari tanda dan gejala utama (PPNI, 2016).

2. Nyeri Akut

Batasan ciri dari rasa sakit akut secara subjektif mencakup mengungkapkan ketidaknyamanan. Sedangkan secara objektif terlihat dengan gejala seperti meringis, menunjukkan perilaku defensif, tampak gelisah, tingkat frekuensi denyut Nadi, kesulitan tidur, peningkatan Tekanan darah, pola pernapasan yang berubah, perubahan nafsu makan, gangguan dalam proses berpikir, menarik diri

dari lingkungan, berfokus pada diri sendiri, serta berkeringat berlebih (PPNI, 2016).

Berdasarkan pemeriksaan yang dilakukan pada Jumat, 03 April 2026, teridentifikasi adanya masalah keperawatan terkait nyeri akut. Menurut data yang dikumpulkan dari pasien, dia mengalami nyeri di area kepala. Menurut deskripsinya, nyeri ini seperti ditusuk-tusuk, dan diduga disebabkan oleh infark cerebri frontal sn. Pasien mengalami nyeri pada sisi kiri depan kepala dengan tingkat nyeri 6, yang datang dan pergi. Terlihat bahwa pasien meringis karena kesakitan, sering kali memegang kepalanya, serta menunjukkan tanda-tanda kegelisahan.

Dari ciri-ciri yang telah disebutkan, yang sejalan dengan penilaian adalah mengeluh kesakitan, menunjukkan ekspresi wajah meringis, merasa cemas, berperilaku defensif, dan mengalami kesulitan saat tidur, di mana diagnosis sudah dapat diambil karena $\geq 80\%$ dari indikator dan gejala utama (PPNI, 2016).

3. Gangguan Pola Tidur

Batasan dari karakteristik gangguan pola tidur dapat dijelaskan secara subjektif dengan adanya keluhan sulit untuk tidur, sering kali terbangun, merasa tidak puas terhadap tidur yang didapat, perubahan dalam pola tidur, serta merasa kurangnya waktu istirahat yang berdampak pada penurunan kemampuan dalam beraktivitas. Secara objektif, tidak ada informasi yang tersedia (PPNI, 2016).

Berdasarkan pemeriksaan yang dilakukan pada Jumat, 03 April 2026, teridentifikasi adanya masalah keperawatan terkait gangguan pola tidur. Data yang diperoleh dari pasien menunjukkan bahwa selama sakit sulit untuk tidur karena

merasa nyeri di kepala bagian depan, pasien merasa gelisah. Pasien tidur siang 1 jam, tidur malam 3 jam dengan waktu tidur tersebut pasien sering terbangun karena nyeri kepalanya. Mata pasien tampak sayu dan terlihat kehitaman disekitar kelopak mata, pasien tampak lemas dan pasien sering menguap pada siang hari. Pasien mengatakan tidak puas dan istirahatnya tidak cukup.

Dari kriteria karakteristik di atas yang serupa dengan evaluasi adalah mengeluhkan kesulitan untuk tidur, mengeluhkan perubahan dalam pola tidur, merasa tidak puas setelah tidur, dan menyatakan bahwa waktu istirahat tidak mencukupi, di mana diagnosis sudah dapat ditentukan karena $\geq 80\%$ dari tanda dan gejala utama (PPNI, 2016).

4. Risiko Perfusi Cerebral Tidak Efektif

Berdasarkan karakteristik Risiko Perfusi Cerebral Tidak Efektif, perfusi darah ke otak terjadi tanpa data subjektif dan objektif. (PPNI, 2016). Berdasarkan pemeriksaan yang dilakukan pada hari Jum'at, 03 April 2026, teridentifikasi adanya masalah keperawatan Risiko Perfusi Cerebral Tidak Efektif. Data dikumpulkan oleh pasien menunjukkan bahwa pasien mengalami nyeri kepala dan kesulitan untuk menggerakkan tangan dan kaki kanan. Dia juga menyatakan bahwa dia pernah dirawat di rumah sakit dua kali pada tahun sebelumnya karena menderita hipertensi. Data menunjukkan bahwa pasien gelisah, memegang kepalanya, dan mengalami kelemahan pada tangan dan kaki kanan. Hasil CT Scan menunjukkan lesi hipodens pada parietal dx-sn dan infark cerebri parietal dx-sn, bersama dengan tanda-tanda vital lainnya: Tekanan darah 150/80 mmHg,

frekuensi pernapasan 20 kali per menit, nadi 81 kali per menit, suhu 36,5°C, dan Spo2 98 %.

Pasien tampak gelisah, memegang kepalanya, mengeluh nyeri kepala, dan mengalami kelemahan pada tangan serta kaki kanan, menurut kriteria karakteristik di atas yang serupa dengan evaluasi. Hasil CT Scan menunjukkan lesi hipodens pada parietal dx-sn dan infark cerebri parietal dx-sn, serta tanda-tanda vital lainnya: Tekanan darah adalah 150/80 mmHg, Respirasi 20 kali per menit, nadi 81 kali per menit, suhu 36,5 °C, dan Spo2 98 persen. Diagnosis sudah dapat ditentukan karena $\geq 80\%$ dari gejala dan tanda utama. (PPNI, 2016).

B. Diagnosa Keperawatan

Setelah melakukan pengkajian terhadap Ny. S, penulis telah mengumpulkan sejumlah informasi yang telah dianalisis dan diteliti sehingga penulis dapat menetapkan 3 diagnosa sebagai berikut:

1. Gangguan Mobilitas Fisik b.d Gangguan Neuromuskuler (D. 0054)

Gangguan dalam mobilitas fisik adalah salah satu tantangan yang dihadapi oleh pasien yang menderita stroke, di mana individu tersebut mungkin mengalami hemiparesis serta kelemahan pada salah satu sisi tubuh serta hemiplegia yang berarti kelumpuhan. Berdasarkan pedoman diagnosis keperawatan yang diterbitkan oleh Indonesia pada tahun 2016, gangguan mobilitas fisik mencerminkan adanya batasan dalam melakukan aktivitas gerakan fisik secara mandiri pada satu atau lebih bagian tubuh. Penyebab kondisi ini berasal dari gangguan pada neuron motorik, yang diwujudkan oleh kesulitan dalam menggerakkan otot, pengurangan kekuatan otot, terbatasnya

rentang gerak, kekakuan sendi, gerakan yang tidak teratur, serta kelemahan fisik secara umum (Mayastuti, 2025).

Faktor pendukung diagnosa gangguan mobilitas fisik yaitu pada saat pengkajian hari Jumat, 03 April 2025, pasien mengatakan sulit menggerakkan ekstremitas kanan, kekuatan otot ekstremitas kanan 3, ROM menurun. Pada faktor tersebut penulis mengangkat sebagai diagnosa pertama pada kasus stroke non hemoragik. Penyebab kondisi ini berasal dari gangguan pada neuron motorik.

Stroke merupakan suatu keadaan medis yang sangat serius dan dapat menyebabkan masalah pada saraf kranial. Masalah pada saraf kranial ini dapat menimbulkan berbagai gejala klinis yang penting, tergantung lokasi penyumbatan pada pembuluh darah. Ketika penyumbatan terjadi di arteri serebri media, hal ini dapat menyebabkan kerusakan pada nervus kranial XI aksesorius, yang dapat mengakibatkan pasien mengalami kelumpuhan atau kelemahan pada anggota badan secara mendadak, sehingga mengganggu kemampuan gerak fisik (Anisah Makkiyah, 2024).

Penulis menyoroti gangguan dalam mobilitas fisik sebagai diagnosis utama karena hal ini berkaitan dengan masalah kebutuhan fisiologis yang harus diutamakan dibandingkan dengan kebutuhan fundamental lainnya bagi manusia (Maslow, 1943). Pasien yang mengalami penurunan kekuatan dan sudah beranjak usia tua, berisiko tinggi untuk mengalami penurunan massa otot serta kelemahan yang bersifat persisten. Ketidalcukupan mobilitas fisik selama perawatan di rumah sakit telah diketahui menimbulkan berbagai

komplikasi, yang meliputi kelemahan, insiden jatuh, hingga kematian, meskipun telah mengendalikan tingkat keparahan penyakit (Fitria Kudadiri, 2024).

2. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis (Iskemia) (D. 0077)

Ketika kerusakan jaringan terjadi, nyeri yakni pengalaman bukan menyenangkan secara sensorik serta emosional. Menurut Keputusan Menteri Kesehatan (KMK) No. HK.01.07- MENKES-425, masalah nyeri dapat dibagi menjadi dua kategori: nyeri akut dan nyeri kronis. Nyeri akut yakni perasaan fisik atau emosional disebabkan oleh kerusakan jaringan yang nyata atau fungsional. Itu muncul secara tiba-tiba atau perlahan, mulai dari yang ringan hingga yang berat, dan berlangsung tidak lebih dari tiga bulan.. Faktor pendukung diagnosa nyeri akut yaitu pada saat pengkajian hari Jumat, 03 April 2026, pasien mengatakan nyeri pada kepala, nyeri karena *Infark cerebri frontal sn*, seperti di tusuk-tusuk, di kepala bagian kiri depan, skala nyeri 6, nyeri hilang-timbul, tampak meringis kesakitan, memegangi kepalanya, gelisah dan tampak pucat(PPNI, 2016).

Nyeri yang terjadi pada stroke non-hemoragik muncul akibat penyumbatan dan kekurangan aliran darah ke arteri secara tiba-tiba, dapat dipicu oleh trombosis atau emboli. Ini berakibat pada penurunan aliran darah dan mengaktifkan sinyal nyeri dari struktur pembuluh darah. Selain itu, kerusakan pada sel-sel otak yang diakibatkan oleh kekurangan pasokan darah juga bisa menyebabkan pelepasan zat peradangan yang berujung pada inflamasi dan rasa sakit. Pembatasan aliran darah dapat menyebabkan

penggumpalan sel darah merah, kehilangan komponen plasma, serta terjadinya pembengkakan yang dapat meningkatkan tekanan di dalam kepala dan memberikan tekanan pada otak dan saraf, sehingga menimbulkan rasa sakit (Dewi & Fitraneti, 2024).

Penulis menetapkan nyeri akut sebagai diagnosa keperawatan kedua karena berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan rasa aman serta nyaman. Menurut hierarki Maslow (1943), Kebutuhan dasar manusia menjadi hal yang paling penting, diikuti oleh keinginan akan rasa aman dan nyaman. Ketidaknyamanan yang disebabkan oleh nyeri mendalam bisa mengganggu perasaan aman dan nyaman pasien, sehingga penanganan terhadap hal ini sangat krusial setelah kebutuhan dasar dipenuhi.

3. Gangguan Pola Tidur b.d Kurang Kontrol Tidur (D.0055)

Gangguan pola tidur merupakan gangguan yang terjadi pada kualitas dan kuantitas waktu tidur seseorang akibat faktor eksternal. Faktor pendukung diagnosa ini adalah saat pengkajian pada hari Jumat, 16 April 2026, pasien mengatakan selama sakit sulit untuk tidur karena merasa nyeri di kepala bagian depan, pasien merasa gelisah. Pasien tidur siang 1 jam, tidur malam 3 jam dengan waktu tidur tersebut pasien sering terbangun karena nyeri kepalanya. Mata pasien tampak sayu dan terlihat kehitaman disekitar kelopak mata, pasien tampak lemas dan pasien sering menguap pada siang hari. Pasien mengatakan tidak puas dan istirahatnya tidak cukup (PPNI, 2018).

Mekanisme neuroanatomi dan neurofisiologi seperti hipotalamus,

serotonin, dan melatonin bertanggung jawab atas gangguan tidur dan sakit kepala. Neurotransmitter kortikal seperti epinefrin, dopamin, dan asetilkolin membantu kita tetap waspada saat kita terjaga melalui aktivasi sistem retikularis yang meningkat (ARAS) di batang otak. Neuron-neuron GABA di basal forebrain memengaruhi tidur pada fase gerakan cepat mata (NREM). Saat ini, di area tegmentum pontin dorsolateral terdapat generator fase rapid eye movement (REM). Neuron-neuron pontin yang mengaktifkan pelepasan asetilkolin memulai fase gerakan mata yang cepat.

Penulis menempatkan diagnosis gangguan tidur sebagai prioritas ketiga karena definisi dari kelainan tidur ini dapat menyebabkan penurunan kualitas tidur yang berdampak buruk pada kesehatan dan keselamatan individu yang mengalaminya. Gangguan tidur pada pasien sering kali dipicu oleh rasa nyeri, sehingga penulis memilih untuk menangani nyeri akut terlebih dahulu sebagai cara untuk mengatasi masalah tidur tersebut. Munculnya diagnosis gangguan tidur dapat dikenali ketika klien merasa mengantuk di siang hari serta mengalami kesulitan untuk tidur pada malam hari.

Meskipun gangguan mobilitas fisik dan gangguan pola tidur sama-sama berada pada tingkat kebutuhan fisiologis dasar dalam hierarki Maslow, gangguan mobilitas fisik menjadi prioritas utama karena memiliki risiko komplikasi klinis yang jauh lebih cepat dan masif, seperti ulkus dekubitus, kontraktur, hingga masalah pernapasan. Selain itu, dalam logika asuhan keperawatan, gangguan mobilitas sering kali menjadi akar penyebab dari

gangguan pola tidur itu sendiri, di mana ketidakmampuan pasien untuk mengubah posisi memicu pegal atau nyeri yang membuat mereka sulit terlelap. Dengan memprioritaskan pemulihan mobilitas untuk mencegah kecacatan dan mengembalikan kemandirian pasien dalam aktivitas sehari-hari (ADL), penulis tidak hanya mencegah kerusakan organ yang lebih fatal, tetapi juga secara tidak langsung turut mengatasi ketidaknyamanan yang menjadi sumber dari gangguan tidur tersebut (Romadoni, 2022).

4. Risiko Perfusi Cerebral Tidak Efektif d.d Hipertensi (D.0017)

Risiko Perfusi Cerebral Tidak Efektif adalah kondisi di mana darah masuk ke otak tanpa data subjektif atau objektif. Berdasarkan pemeriksaan yang dilakukan pada hari Jum'at, 03 April 2026, teridentifikasi adanya masalah keperawatan Risiko Perfusi Cerebral Tidak Efektif. Data didapatkan dari pasien mengatakan nyeri kepala, sulit menggerakkan tangan kanan dan kaki kanan, pasien mengatakan pernah dirawat di rumah sakit 2x pada satu tahun lalu dengan diagnosa hipertensi. Data didapat pasien mengalami kelemahan pada tangan kanan serta kaki kanan, pasien tampak gelisah dan memegang kepalanya, mengeluh nyeri kepala. Data hasil CT Scan didapatkan tampak lesi *hipodens* pada parietal dx-sn dan *infark cerebri parietal dx-sn*, dengan hasil tanda-tanda vital : Tekanan darah : 150/80 mmHg, Respiratory rate : 20x/menit, Nadi : 81 x/menit, Suhu : 36,5 °C, Spo2 : 98 % (PPNI, 2016).

Risiko perfusi cerebral tidak efektif yakni kerentanan terhadap penurunan sirkulasi darah ke otak dapat mengganggu metabolisme jaringan.

Kondisi ini dilatarbelakangi oleh berbagai gangguan vaskular dan sistemik, seperti hipertensi, stroke, cedera kepala (trauma), serta tumor otak. Jika tidak ditangani segera, hal ini dapat memicu iskemia, kerusakan sel otak permanen, hingga kematian.

Penulis menempatkan diagnosis risiko perfusi cerebral tidak efektif sebagai diagnosa risiko yang keempat karena definisi dari risiko perfusi cerebral tidak efektif ini didapat dari penurunan sirkulasi ke otak yang mengganggu metabolisme jaringan dimana kondisi ini dilatarbelakangi oleh penyakit stroke non hemoragik yang diderita pasien yang dikarenakan hipertensi dimana yang harus ditangani terlebih dahulu gangguan mobilitas fisik dan juga nyeri akut sesuai dengan teori hierarki Maslow.

Adapun diagnosa keperawatan yang tidak muncul pada pasien terdapat 6 diantaranya yakni:

a. Gangguan persepsi sensorik

Gangguan persepsi sensorik tidak diangkat karena di dalam pengkajian pasien tidak mengalami mati rasa total, tidak merespon rangsangan nyeri, atau mengalami disorientasi ruang (PPNI, 2016).

b. Gangguan menelan

Gangguan menelan tidak diangkat karena refleks menelan pasien masih bagus, mampu mengunyah dengan baik, dan porsi makan selalu habis tanpa ada keluhan tersedak, maka diagnosis gangguan menelan otomatis gugur karena tidak ada data pendukung yang valid (PPNI, 2016).

c. Gangguan komunikasi verbal

Gangguan komunikasi verbal tidak ditegakan karena pasien bisa menjawab pertanyaan dengan jelas, artikulasinya mudah dipahami, dan komunikasinya dua arah berjalan lancar, maka diagnosis ini tidak perlu ditegakkan (PPNI, 2016).

d. Defisit perawatan diri

Diagnosa keperawatan yang dikenal sebagai defisit perawatan diri mencakup gejala serta tanda utama seperti menolak melakukan perawatan diri. Karena pasien Ny. S tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri, pasien tetap ingin melaksanakan perawatan diri dengan bantuan keluarga dan memiliki minat dalam perawatan diri. Karena kriteria pasien tidak memenuhi atau kurang dari 80%, penulis tidak mengangkat diagnosa ini (PPNI, 2016).

e. Penurunan kapasitas intrakranial

Penurunan kapasitas intrakranial ditegakan karena kemungkinan besar pasien sudah dalam kondisi hemodinamik yang stabil atau masuk ke fase pemulihan. Tanda-tanda kritis seperti penurunan kesadaran, muntah proyektil atau Tekanan darah yang melonjak ekstrem tidak ditemukan pada pasien ini (PPNI, 2016).

f. Resiko defisit nutrisi

Stroke iskemik tidak selalu merusak syaraf *kranial* yang mengatur fungsi menelan (seperti *nervus Glossopharyngeus* dan *vagus*). Jika refleks menelan pasien masih bagus, mampu mengunyah dengan baik, dan porsi

makan selalu habis tanpa keluhan tersedak, maka resiko defisit nutrisi tidak ada data pendukung yang valid (PPNI, 2016).

C. Intervensi Keperawatan

1. Gangguan Mobilitas Fisik

Untuk menyelesaikan isu perawatan yang berkaitan dengan gangguan mobilitas fisik, sebelum menyusun rencana keperawatan, perawat akan terlebih dahulu menentukan hasil yang diharapkan. Hasil tersebut terbagi menjadi dua kategori yaitu hasil yang positif (yang harus ditingkatkan) dan hasil yang negatif (yang harus dikurangi). Untuk pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik, hasil diinginkan yakni peningkatan mobilitas fisik sesuai kriteria hasil, pergerakan ekstremitas yang lebih baik, kekuatan dan rentang otot yang lebih besar, pengurangan nyeri, kecemasan, kekakuan sendi, pengurangan gerakan yang tidak terkoordinasi, pengurangan keterbatasan gerakan, dan penurunan kelemahan.

Luaran yang telah disusun oleh penulis berdasarkan kasus yang dialami oleh pasien adalah mobilitas fisik dengan hasil yang sesuai, termasuk peningkatan rentang gerak, kekuatan otot, dan pergerakan ekstremitas. Alasan mengapa kriteria hasil lainnya tidak ditampilkan adalah karena kondisi luaran pasien tidak sejalan dengan tanda serta gejala gangguan mobilitas fisik yang saat ini dialami oleh pasien.

Penulis memanfaatkan waktu 3x24 jam demi peningkatan mobilitas fisik pada pasien yang mengalami kesulitan bergerak, di mana dibutuhkan durasi yang memadai agar hasil yang diinginkan dapat terwujud. Suatu cara

menangani kesulitan mobilitas fisik adalah dengan menerapkan terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT). Melalui terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT) yang dijalani 3 hari, pasien telah menunjukkan tanda-tanda peningkatan pada kekuatan otot di bagian ekstremitas atas. Semakin lama dan teratur terapi ini dilaksanakan, semakin jelas pula perkembangan kekuatan otot, yang pada akhirnya akan mendorong peningkatan mobilitas fisik (Mayastuti, 2025).

Intervensi yang dirancang untuk meningkatkan mobilitas fisik pasien mencakup dukungan dalam berjalan dengan kode intervensi I. 06171, untuk observasi yang mencakup penilaian ada rasa sakit. Langkah diambil dalam menilai apakah adanya keluhan nyeri yang menghambat mobilitas pasien. Mengidentifikasi toleransi fisik saat berjalan bertujuan untuk menentukan kemampuan pasien dalam melaksanakan ambulasi. Memantau detak jantung serta tekanan darah sebelum ambulasi dilakukan menganalisis detak jantung serta tekanan darah dalam kondisi aman atau stabil bagi pasien untuk melakukan ambulasi. Memantau kondisi umum saat berjalan bertujuan untuk mengevaluasi toleransi pasien dalam melaksanakan ambulasi.

Intervensi terapeutik yang disusun peningkatkan mobilitas pasien meliputi memfasilitasi kegiatan berjalan oleh alat bantu seperti tongkat atau kruk, yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan berjalan pasien. Memfasilitasi mobilisasi fisik, jika diperlukan, bertujuan untuk meningkatkan tingkat mobilitas pasien. Melibatkan keluarga mendukung pasien meningkatkan kemampuan berjalan, bertujuan memberdayakan keluarga agar

dapat membantu tanpa bergantung pada perawat.

Intervensi edukasi yang direncanakan untuk pasien termasuk menjelaskan tujuan dan langkah-langkah ambulasi, agar pasien memahami tujuan dan prosesnya. Mendorong pasien untuk melakukan ambulasi lebih awal bertujuan agar mereka dapat memulai berjalan tanpa rasa takut. Mengajarkan teknik berjalan sederhana yang harus dilakukan bertujuan agar pasien dapat memulai proses ambulasi dengan bertahap.

Intervensi yang direncanakan untuk mendukung peningkatan mobilitas fisik pasien kedua adalah metode latihan penguatan otot dengan kode I. 05184. Intervensi observasi mencakup pemantauan efektivitas latihan, yang bertujuan untuk mengetahui seberapa efektif terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT).

Intervensi terapeutik yang utama adalah melakukan latihan sesuai dengan program yang telah ditetapkan. Dalam latihan ini, penulis menerapkan terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT) untuk meningkatkan kekuatan otot pasien, yang pada gilirannya juga dapat meningkatkan mobilitas fisik pasien. Latihan terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT) berfungsi untuk merangsang kembali kekuatan motorik pada ekstremitas atas serta mencegah terjadinya atrofi otot. Penerapan intervensi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT) yang difokuskan pada aktivitas menggenggam gelas dan mengarahkannya ke mulut selama 30 menit per sesi, secara rasional dan fisiologis diklasifikasikan sebagai intervensi Latihan Penguatan Otot (Tedla et al., 2022). Secara biomekanis, aktivitas fungsional ini memicu

kontraksi isometrik pada fleksor jari saat menggenggam dan kontraksi isotonik pada lengan atas saat ditekuk untuk melawan tahanan berupa berat benda serta gaya gravitasi. Pelaksanaan gerakan yang repetitif dan berorientasi tugas (task-oriented) selama durasi 30 menit secara konsisten tersebut memberikan stresor mekanis yang adekuat guna memaksimalkan aliran darah, sehingga sangat efektif dalam mencegah atrofi dan merangsang hipertrofi serat otot ekstremitas atas. Selain adaptasi otot, stimulasi yang panjang dan intens ini secara bersamaan memfasilitasi proses neuroplastisitas, di mana korteks motorik dipaksa untuk mereorganisasi sinapsis guna mengembalikan kontrol saraf terhadap area lengan yang mengalami paresis. Mengingat seluruh mekanisme pemulihan ini secara eksklusif menitikberatkan pada peningkatan tegangan, ketahanan, dan koordinasi saraf-otot pada ekstremitas atas tanpa melibatkan pembebanan berat badan pada tungkai bawah (weight-bearing) atau adaptasi siklus melangkah (gait cycle) maka intervensi ini secara mutlak memenuhi kriteria penguatan otot lokal dan terlepas sepenuhnya dari prinsip mekanis dukungan ambulasi (J. Liu et al., 2025).

Selain intervensi utama, penulis juga merancang intervensi terapeutik lainnya, yaitu membantu penentuan tujuan jangka pendek dan panjang yang realistis untuk menyusun rencana latihan, guna membuat terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT) pasien lebih terstruktur. Bantuan dalam menciptakan program latihan yang sesuai dengan kondisi kebugaran otot, keterbatasan muskuloskeletal, tujuan kesehatan fungsional, dan ketersediaan peralatan olahraga serta dukungan sosial bertujuan agar pasien dapat

meningkatkan latihan *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT) seiring perkembangan kemampuannya.

Untuk intervensi edukasi, penulis merencanakan untuk mengajarkan tanda-tanda serta gejala intoleransi yang dapat muncul selama atau setelah sesi latihan (misalnya, kelemahan, kelelahan berlebihan, angina, palpitasi), dengan harapan pasien dapat memahami batas kemampuan latihan mereka agar terhindar dari risiko negatif akibat latihan yang berlebihan. Selain itu, dalam intervensi kolaborasi, penulis akan bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya (misalnya, terapis aktivitas, ahli fisiologi olahraga, terapis okupasi, terapis rekreasi, terapis fisik) dalam menyusun, mengajarkan, dan memantau program latihan otot, supaya program latihan yang diberikan kepada pasien dapat sejalan dengan pendekatan tim kesehatan lainnya dan mencegah latihan yang berlebihan atau kesamaan dalam merancang program.

Terdapat 19 jenis intervensi dalam teori, di mana 16 di antaranya difokuskan pada pasien. Intervensi tersebut dirancang berdasarkan kondisi pasien, sumber daya yang tersedia di rumah sakit yang merawat pasien, dan menurut penulis, intervensi ini sudah memadai untuk menangani permasalahan yang ada, karena telah didukung oleh alasan yang terkandung dalam setiap intervensi dan dapat berkontribusi dalam mengatasi isu keperawatan berkaitan dengan gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan masalah neuromuskuler (PPNI, 2016).

Intervensi yang tidak dirancang untuk pasien mencakup identifikasi risiko latihan karena terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT) termasuk

terapi yang memiliki risiko yang rendah. Sediakan panduan tertulis mengenai petunjuk dan jenis gerakan untuk setiap otot, tidak tersedia karena terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT) bersifat dasar, sehingga tidak memerlukan panduan tertulis. Sarankan untuk tidak melakukan latihan di Suhu yang sangat tinggi atau rendah, tidak disiapkan sebab pasien tidak menunjukkan peningkatan Suhu.

Intervensi perawatan yang dibuat oleh penulis telah dirancang sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditentukan, menggunakan metode SMART ((*spesifik, measurable, achievable, reality and time*)) yang memastikan bahwa intervensi tersebut dapat diukur dan diatasi dengan tindakan keperawatan yang dirumuskan serta timeline yang telah diatur oleh penulis. Tujuan dari diagnosis ini sifatnya sudah jelas dan terfokus, di mana target yang ditetapkan sesuai dengan diagnosis yang menunjukkan peningkatan mobilitas fisik, dengan kriteria hasil mencakup penguatan otot yang lebih baik, peningkatan gerakan ekstremitas, dan peningkatan rentang gerak. Intervensi yang diterapkan telah sesuai dengan tujuan serta kriteria hasil yang telah ditetapkan

2. Nyeri Akut

Untuk menangani permasalahan nyeri akut dalam keperawatan, perawat harus terlebih dahulu menetapkan hasil yang diinginkan sebelum menyusun rencana perawatan. Hasil ini terbagi menjadi dua kategori, yaitu hasil positif yang perlu ditingkatkan dan hasil negatif yang harus dikurangi. Hasil yang diharapkan untuk pasien yang mengalami nyeri akut mencakup penurunan tingkat nyeri sesuai dengan kriteria tertentu, pengurangan keluhan nyeri dari

klien, pengurangan ekspresi meringis, penurunan sikap protektif, pengurangan kecemasan, peningkatan kualitas tidur, serta perbaikan frekuensi nadi(Kitae et al., 2024).

Tujuan dan kriteria hasil yang telah disusun oleh penulis berdasarkan pengalaman pasien diharapkan dapat menghasilkan penurunan pada tingkat nyeri yang dialami oleh pasien. Kriteria yang telah ditetapkan oleh penulis mencakup: pengurangan keluhan nyeri, penurunan frekuensi meringis, serta penurunan tingkat kegelisahan.

Penulis memanfaatkan waktu 3 x 24 jam karena diharapkan pasien yang merasakan nyeri dapat merasakan penurunan. Apabila terapi dilakukan dalam sehari dan diagnosis masih belum terselesaikan, maka perlu adanya intervensi pada waktu yang sesuai serta pemeriksaan ulang hingga rasa nyeri yang dialami pasien berkurang.

Intervensi yang dirancang bagi pasien untuk mengurangi rasa sakit yang dirasakan akibat faktor penyebab cedera fisiologis (iskemia) yakni Penentuan tempat, sifat, waktu, jumlah, sifat, dan tingkat rasa sakit. Proses ini dilaksanakan untuk memahami ciri-ciri rasa sakit yang dialami pasien, lokasi dari rasa sakit tersebut, lamanya, serta level nyeri yang saat ini sedang dialami oleh pasien.

Identifikasi tingkat nyeri, langkah ini dilakukan untuk mengetahui seberapa parah rasa nyeri yang dialami pasien dan untuk menentukan perawatan yang tepat bagi mereka. Identifikasi nyeri yang tidak terucap, bertujuan untuk melihat apakah ada tanda-tanda nyeri yang tidak diungkapkan,

seperti ekspresi wajah yang kesakitan atau perilaku gelisah. Identifikasi faktor-faktor yang memperburuk atau meringankan nyeri, sehingga bisa dilakukan untuk mendukung penanganan yang akan dilaksanakan oleh perawat serta membantu mengurangi rasa nyeri yang dialami. Memantau reaksi samping dari penggunaan analgesik untuk mengetahui apakah pasien merasakan efek samping saat menerima obat analgesik, sehingga dapat ditindaklanjuti pada program terapi berikutnya(PPNI, 2016).

Rencana intervensi terapi yang disusun untuk pasien dalam rangka mengurangi nyeri termasuk penerapan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, bertujuan untuk memberikan alternatif pengurangan nyeri selain menggunakan obat analgetik yang dapat dilakukan kapan saja. Mengontrol lingkungan yang dapat memperburuk nyeri, bertujuan agar pengalaman nyeri pasien tidak semakin intens akibat pengaruh lingkungan yang memperburuknya. Memfasilitasi waktu tidur yang memadai, agar nyeri tidak bertambah parah. Dalam memilih strategi untuk meredakan nyeri, harus dipertimbangkan jenis dan sumber nyeri, bertujuan agar strategi yang diterapkan menjadi lebih efektif. Selain rencana tindakan terapeutik, terdapat rencana perawatan untuk memberikan pendidikan kepada pasien mengenai penyebab, durasi, dan pemicu timbulnya nyeri, bertujuan agar pasien dapat memahami penyebab dari nyeri yang dirasakan saat ini. Menjelaskan strategi untuk meredakan nyeri, pendidikan ini diharapkan memungkinkan pasien untuk memilih strategi yang dapat mereka terapkan secara mandiri, serta diajarkan terapi nonfarmakologis yang dapat mereka lakukan tanpa

menggunakan obat. Selain memberikan edukasi, penulis juga merumuskan rencana kolaborasi perawatan, di mana intervensi kolaboratif mencakup pemberian obat analgesik jika diperlukan atau pasien mengalami rasa nyeri yang sedang hingga parah.

Terdapat 19 tindakan dalam teori tersebut, tindakan yang dilakukan pada pasien terdapat 13 intervensi keperawatan, semuanya ditujukan untuk pasien. Tindakan tersebut disusun berdasarkan kondisi, fasilitas yang tersedia di rumah sakit yang merawat pasien, dan menurut penulis, tindakan ini sudah memadai untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi oleh pasien. Hal ini karena setiap tindakan didukung oleh alasan yang jelas dan dapat membantu menangani isu keperawatan nyeri akut yang terkait dengan faktor penyebab fisiologis.

Intervensi keperawatan yang dibuat oleh penulis mengacu pada kriteria hasil yang telah dirumuskan, dengan menerapkan metode SMART (*spesifik, measurable, achievable, reality and time*) sehingga dapat diukur dan dikelola melalui tindakan keperawatan yang telah dipersiapkan dan dijadwalkan oleh penulis. Tujuan dari diagnosa ini sudah terdefinisi dengan baik, dimana target yang ditetapkan selaras dengan diagnosa, yaitu menunjukkan penurunan tingkat nyeri yang dirasakan, dengan kriteria hasil berupa pengurangan keluhan nyeri, pengurangan rintihan, dan pengurangan kecemasan. Intervensi yang diterapkan telah sesuai dengan tujuan serta kriteria hasil yang telah ditentukan.

3. Gangguan Pola Tidur

Untuk mengatasi isu keperawatan berkaitan dengan gangguan pola tidur, sebelum menyusun rencana keperawatan, perawat harus terlebih dahulu menetapkan hasil yang diinginkan. Hasil ini dibagi menjadi dua kategori, yaitu hasil yang menunjukkan peningkatan atau penurunan. Hasil yang diharapkan untuk klien yang mengalami gangguan pola tidur adalah perbaikan pola tidur dengan kriteria hasil yang menunjukkan penurunan keluhan sulit tidur, sering terbangun, ketidakpuasan terhadap tidur, dan perubahan pola tidur.(PPNI, 2016).

Berikut kriteria hasil yang telah disusun oleh penulis berdasarkan kondisi yang dialami pasien, yaitu diharapkan pola tidur pasien mengalami perbaikan dengan indikator yang telah ditetapkan, yaitu: Keluhan seperti sering terjaga, tidak puas dengan tidur, perubahan pola tidur, dan kurangnya istirahat juga berkurang. Kriteria hasil lainnya tidak dimasukkan karena pada pasien, hasil tersebut tidak relevan dengan tanda dan gejala gangguan pola tidur yang sedang dialami saat ini. Penulis menggunakan waktu selama 3x24 jam karena untuk pasien yang mengalami keluhan sulit tidur, diharapkan kondisinya dapat membaik sesegera mungkin.

Dari total 11 intervensi dalam teori yang dilakukan pada pasien 7 intervensi, terdapat lima intervensi yang tidak dapat diimplementasikan, yakni identifikasi makanan dan minuman yang bisa mengganggu tidur, karena rasa nyeri yang dirasakan pasien menjadi faktor dominan. Penyesuaian waktu pemberian obat tidak dilaksanakan karena jadwal yang sudah ada dianggap

sesuai dan tidak mengganggu waktu tidur pasien. Penjelasan tentang pentingnya mendapatkan tidur yang cukup saat sakit juga tidak dilakukan karena pasien sudah menyadari hal tersebut. Rekomendasi untuk menghindari makanan atau minuman yang bisa mengganggu tidur juga tidak diberikan mengingat kondisi nyeri pasien. Pendidikan terkait faktor-faktor yang berpengaruh pada gangguan tidur pun tidak disusun karena pola tidur pasien sudah jelas berkaitan dengan nyeri yang dialami.

Intervensi yang diterapkan disesuaikan dengan kondisi pasien, fasilitas yang tersedia di rumah sakit, dan pertimbangan penulis bahwa intervensi tersebut sudah memadai untuk menangani masalah yang dialami pasien. Ini terbukti dengan alasan yang menjadi dasar dari setiap intervensi dan kemampuan mereka dalam membantu mengatasi gangguan pola tidur yang terkait dengan keluhan nyeri. Pilihan intervensi keperawatan oleh penulis mengikuti kriteria hasil yang telah disusun menggunakan metode SMART (*spesifik, measurable, achievable, reality and time*), yaitu tindakan keperawatan yang jelas, bisa diukur, dapat diimplementasikan, realistis, dan memiliki jangka waktu pelaksanaan yang sudah ditentukan. Tujuan dari diagnosis ini bersifat spesifik, yaitu menunjukkan adanya perbaikan dalam pola tidur klien, dengan kriteria hasil meliputi penurunan keluhan kesulitan tidur, frekuensi bangun di malam hari, ketidakpuasan terhadap kualitas tidur, perubahan pola tidur, dan kurangnya istirahat. Intervensi yang diimplementasikan selaras dengan tujuan serta kriteria hasil yang diharapkan (Tarianti, 2024).

4. Risiko Perfusi Cerebral Tidak Efektif

Untuk mengatasi isu keperawatan berkaitan dengan Risiko Perfusi Cerebral Tidak Efektif sebelum menyusun rencana keperawatan, perawat harus terlebih dahulu menetapkan hasil yang diinginkan. Hasil ini dibagi menjadi dua kategori, yaitu hasil positif (yang perlu ditingkatkan) dan hasil negatif (yang perlu dikurangi). Hasil yang diharapkan untuk klien yang mengalami Risiko Perfusi Cerebral Tidak Efektif adalah menurunkan tekanan intrakranial, sakit kepala, gelisah, dan tekanan darah rata-rata (Oktavia & Prihatiningsih, 2025).

Berikut kriteria hasil yang telah disusun oleh penulis berdasarkan kondisi yang dialami pasien, yaitu diharapkan pola tidur pasien mengalami perbaikan dengan indikator yang telah ditetapkan, adalah menurunkan tekanan intrakranial, sakit kepala, gelisah, dan nilai tekanan darah rata-rata. Kriteria hasil lainnya tidak dimasukkan karena pada pasien, hasil tersebut tidak relevan dengan tanda dan gejala Risiko Perfusi Cerebral Tidak Efektif yang sedang dialami saat ini (PPNI, 2016).

Penulis menggunakan waktu selama 3x24 jam karena untuk pasien yang mengalami Risiko Perfusi Cerebral Tidak Efektif, diharapkan kondisinya dapat membaik sesegera mungkin. Dari teori yang telah ditetapkan terdapat 20 intervensi, namun intervensi yang diterapkan 5 intervensi yaitu monitor penyebab peningkatan TIK, memantau peningkatan tekanan darah, menjaga posisi kepala dan leher netral, menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, dan memberi tahu jika perlu hasilnya.

Pilihan intervensi keperawatan oleh penulis mengikuti kriteria hasil yang telah disusun menggunakan metode SMART (*spesifik, measurable, achievable, reality and time*). Tujuan dari diagnosis ini bersifat spesifik, yaitu menunjukkan adanya perbaikan dalam perfusi cerebral, dengan kriteria hasil termasuk penurunan tekanan intranial, tingkat sakit kepala, gelisah, dan tekanan darah rata-rata yang lebih baik. Intervensi yang diimplementasikan selaras dengan tujuan serta kriteria hasil yang diharapkan.

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yakni tindakan dilaksanakan perawat merawat klien mengatasi masalah kesehatan mereka hingga kondisi kesehatan mereka mencapai standar hasil diinginkan.(Jeanifer, 2023).

1. Gangguan Mobilitas Fisik

Untuk menangani isu terkait gangguan mobilitas fisik pasien, penulis telah menyediakan 10 dari 16 intervensi yang telah dipersiapkan untuk pasien tersebut. Pelaksanaan untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik pasien dilaksanakan selama 3 kali 24 jam.

Pada hari Jumat 03 April 2026 pukul 15.30 WIB dilakukan mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Hasil pengkajian didapatkan pasien mengatakan jika untuk bergerak tidak ada nyeri di kaki maupun tangan, hanya nyeri kepala, pasien tampak meringis, gelisah, ekspresi menahhan nyeri dan memegang kepala. Pada pukul 15.40 dilakukan identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi dimana pasien mengatakan sulit memggerakkan tangan kanan dan kaki kanan dengan ROM ekstermitas

kanan menurun dan kekuatan otot ekstermitas kanan menurun skala 3. Pada pukul 15.50 dilakukan terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT) pasien mengatakan tangan terasa lebih kuat, akan melakukan rutin 3 jam 30 menit dalam sehari, pasien tampak bisa melakukan gerakan terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT) dengan mandiri walaupun kekuatan otot masih lemah dan dilakukan secara bertahap (pelan-pelan). Pada pukul 17.05 dilakukan terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT) pasien mengatakan tangan terasa lebih kuat, akan melakukan rutin 3 jam 30 menit dalam sehari, pasien tampak bisa melakukan gerakan terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT) dengan mandiri walaupun kekuatan otot masih lemah dan dilakukan secara bertahap (pelan-pelan). Pada pukul 18.05 dilakukan terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT) pasien mengatakan tangan terasa lebih kuat, akan melakukan rutin 3 jam 30 menit dalam sehari, pasien tampak bisa melakukan gerakan terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT) dengan mandiri walaupun kekuatan otot masih lemah dan dilakukan secara bertahap (pelan-pelan). Pada pukul 18.25 menjelaskan tujuan prosedur ambulasi, pasien mengatakan siap diberikan penjelasan tentang prosedur ambulasi dan tujuannya, pasien tampak memahami dan mengerti tujuan dilakukannya ambulasi. 18.30 memberikan fasilitas aktivitas ambulasi dengan alat bantu kursi roda, pasien nyaman dengan memakai kursi roda dan tampak bisa menggunakan kursi roda. Pada pukul 18.35 mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (dari tempat tidur ke kursi roda), pasien dapat melakukan meskipun pelan-pelan dan

tampak bisa berpindah ke tempat tidur meskipun masih dengan dibantu sebagian. Pada pukul 18.40 dilakukan terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT) pasien mengatakan tangan kanan terasa lebih kuat dan pasien tampak melakukan terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT). Pada pukul 19.25 dilakukan terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT) pasien mengatakan tangan kanan terasa lebih kuat dan pasien tampak melakukan terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT). Pada pukul 20.05 terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT) pasien mengatakan tangan kanan terasa lebih kuat dan pasien tampak melakukan terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT). Pada pukul 20.35 dilakukan keterlibatan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi, keluarga pasien tampak membantu pasien ketika ke kamar mandi dan pindah ke tempat duduk. Pada pukul 21.00 dilakukan terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT) pasien mengatakan tangan kanan terasa lebih kuat dan pasien tampak melakukan terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT). Pada pukul 21.30 memonitor efektivitas latihan terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT) pasien mengatakan masih sulit menggerakkan tangan kanan dan kaki kanan namun saat dilakukan terapi ada perubahan sedikit. Pasien mengatakan masih dibantu keluarga jika berpindah, masih sulit menggerakkan ekstermitas kanan, ROM ekstermitas kanan menurun dan kekuatan otot menurun dengan skala 3.

Pada hari Sabtu, 04 April 2026 pukul 05.00 WIB mengukur frekuensi jantung dan Tekanan darah sebelum memulai ambulasi, pasien mengatakan

bersedia dilakukan pengukuran tekanan darah dengan hasil tekanan darah : 145/80 mmHg, Respiratory rate : 20 x/menit, Nadi: 79 x/menit, Suhu : 36,5 °C , Spo2 : 99 %. Pukul 08.00 dilakukan terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT) pasien mengatakan tangan kanan terasa lebih kuat, dan pasien tampak melakukan terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT). Pukul 09.00 mengajarkan mobilisasi fisik dengan ROM, pasien mengatakan sudah bisa melakukan ROM aktif secara pelan-pelan dan pasien tampak melakukan ROM secara mandiri dengan pelan-pelan. Pukul 09.30 terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT) pasien mengatakan tangan kanan terasa lebih kuat, dan pasien tampak melakukan terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT). Pukul 10.00 memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi, pasien mengatakan masih dibantu keluarga jika berpindah, sudah dapat menggerakkan ekstermitas kanan secara pelan-pelan, dan pasien tampak masih lemah, ROM ekstermitas kanan sudah ada peningkatan. Pukul 11.00 memonitor efektivitas latihan terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT) pasien mengatakan tangan kanan terasa lebih kuat dan kekuatan otot terasa meningkat dengan kekuatan ROM ekstermitas kanan sedikit meningkat dan kekuatan otot meningkat dengan skala 3. Pada pukul 11.05 dilakukan latihan terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT), pasien mengatakan tangan kanan terasa lebih kuat, pasien tampak melakukan terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT). Pukul 12.30 memberikan fasilitas aktivitas ambulasi dengan alat bantu kursi roda, pasien nyaman dengan memakai kursi roda dan tampak bisa

menggunakan kursi roda. Pada pukul 12.45 mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (dari tempat tidur ke kursi roda), pasien dapat melakukan meskipun pelan-pelan dan tampak bisa berpindah ke tempat tidur meskipun masih dengan dibantu sebagian. Pada pukul 15.00 dilakukan terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMIT) pasien mengatakan tangan kanan terasa lebih kuat dan pasien tampak melakukan terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMIT). Pukul 16.10 memonitor kondusi umum selama melakukan ambulasi pasien mengatakan saat berpindah masih dibantu dengan keluarga dan ekstermitas kanan sudah dapat digerakkan namun pelan-pelan dan pasien tampak sudah dapat menggerakkan tanganya namun pelan-pelan, ROM ekstermitas kanan sedikit meningkat. Pada pukul 17.10 dilakukan terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMIT), pasien mengatakan tangan kanan terasa lebih kuat, pasien tampak melakukan terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMIT). Pukul 19.55 memonitor efektivitas latihan terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMIT) pasien mengatakan kekuatan otot sedikit bertambah, dengan ROM ekstermitas kanan bertambah dan kekuatan otot bertambah sedikit dengan skala 3. Pada pukul 20.30 dilakukan terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMIT), pasien mengatakan tangan kanan terasa lebih kuat, pasien tampak melakukan terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMIT).

Pada hari Minggu, 05 April 2026 pukul 05.00 WIB mengukur frekuensi jantung dan Tekanan darah sebelum memulai ambulasi, pasien mengatakan bersedia dilakukan pengukuran Tekanan darah dengan hasil Tekanan darah:

140/75 mmHG, Respiratory rate: 20 x/menit, Nadi: 82x/menit, Suhu: 36,5 °C.

Pukul 08.00 WIB dilakukan latihan terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT) , pasien mengatakan tangan lebih terasa kuat, akan melakukan rutin 3 jam 30 menit dalam sehari dan pasien tampak bisa melakukan gerakan terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT) dengan mandiri walaupun kekuatan otot masih lemah dan dilakukan secara bertahap (pelan-pelan). Pukul 10.10 dilakukan latihan terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT) pasien mengatakan tangan lebih terasa kuat, akan melakukan rutin 3 jam 30 menit dalam sehari dan pasien tampak bisa melakukan gerakan terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT) dengan mandiri walaupun kekuatan otot masih lemah dan dilakukan secara bertahap (pelan-pelan). Pukul 13.00 memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi, pasien mengatakan saat berpindah masih dibantu dengan keluarga dan ekstremitas kanan sudah dapat digerakkan namun pelan-pelan dan pasien tampak sudah dapat menggerakkan tangannya namun pelan-pelan, ROM ekstremitas kiri sedikit meningkat. Pukul 11.30 memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi, pasien mengatakan saat berpindah masih dibantu dengan keluarga dan ekstremitas kanan sudah dapat digerakkan namun pelan-pelan dan pasien tampak sudah dapat menggerakkan tangannya namun pelan-pelan, ROM ekstremitas kiri sedikit meningkat. Pukul 13.00 monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi, pasien mengatakan saat berpindah masih dibantu dengan keluarga dan ekstremitas kanan sudah dapat digerakkan namun pelan-pelan, pasien tampak sudah dapat menggerakkan

tangannya namun pelan-pelan, ROM ekstermitas kanan sudah meningkat. Pukul 14.10 dilakukan latihan terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT), pasien mengatakan tangan kanannya sudah terasa kuat saat memegang barang, pasien tampak melakukan terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT), terlihat tangan kanan pasien kekuatan ototnya bertambah. Pukul 16.10 dilakukan latihan terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT), pasien mengatakan tangan kanannya sudah terasa kuat saat memegang barang, pasien tampak melakukan terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT), terlihat tangan kanan pasien kekuatan ototnya bertambah. Pukul 18.00 memonitor efektivitas latihan *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT) pasien mengatakan tangan kanan terasa kuat dan kekutan otot terasa meningkat, dengan ROM ekstermitas kanan atas meningkat dan kekuatan otot kanan atas meningkat dengan skala 4. Pukul 18.10 dilakukan latihan terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT) , pasien mengatakan tangan kanannya sudah terasa kuat saat memegang barang , pasien tampak melakukan terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT), terlihat tangan kanan pasien kekuatan ototnya bertambah. Pukul 20.10 menganjurkan untuk latihan ambulasi saat dirumah, pasien mengatakan saat dirumah akan rutin latihan ambulasi saat dirumah dan pasien tampak dapat mengulangi penjelasan yang disampaikan. Pukul 20.30 dilakukam latihan terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT) pasien mengatakan saat dirumah akan rutin latihan terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT) saat dirumah akan dilakukan selama 3 jam 30

menit dalam sehari dan pasien tampak dapat mengulangi penjelasan yang disampaikan. Pukul 21.00 menganjurkan untuk latihan mobilisasi dengan ROM saat dirumah, pasien mengatakan saat dirumah akan rutin latihan ROM saat dirumah dan pasien tampak dapat mengulangi penjelasan yang disampaikan.

2. Nyeri Akut

Untuk mengatasi masalah nyeri akut pasien, intervensi yang dilakukan penulis terdapat 5 dari 13 yang telah disiapkan kepada pasien. Implementasi untuk mengatasi nyeri akut pasien dilakukan selama 3 x 24 jam. Pada hari Jumat, 03 April 2026 pukul 16.30 dilakukan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Pasien mengatakan nyeri kepala dan mengatakan susah tidur P: *Infark cerebri frontal sn*, Q: Di tusuk-tusuk, R: Kepala kiri depan, S: Skala 6, T: Hilang Timbul dan pasien tampak meringis kesakitan, gelisah, selalu memegang kepalanya, tampak pucat. Pukul 17.00 diberikan obat sesuai advice Pasien mengatakan tidak merasa gatal-gatal, sesak napas maupun tanda-tanda alergi lainnya dan obat telah masuk tidak ada reaksi alergi maupun hipersensitivitas. Pukul 18.15 diajarkan teknik nafas dalam pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala 5 dan pasien tampak dapat melakukan teknik nafas dalam secara mandiri dan pasien tampak sedikit rileks. Pukul 18.15 memberikan kompres hangat untuk mengurangi nyeri, pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala 5 dan pasien tampak nyaman saat di kompres di area kepala. Pukul 19.40 memberikan terapi obat sesuai advice dokter, pasien mengatakan tidak merasa gatal-gatal, sesak napas

maupun tanda-tanda alergi lainnya dan obat telah masuk tidak ada reaksi alergi maupun hipersensitivitas. Pukul 22.00 mengajarkan teknik nonfarmakol Pasien mengatakan nyeri berkurang dan pasien tampak masih meringis kesakitan, terdapat gelisah, tidak memegangi kepala. Pukul 22.10 dilakukan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Pasien mengatakan nyeri kepala dan mengatakan susah tidur P: *Infark cerebri frontal sn*, Q: Di tusuk-tusuk, R: Kepala kiri depan, S: Skala 5, T: Hilang Timbul dan pasien tampak meringis kesakitan, gelisah, selalu memegangi kepalanya, tampak pucat.

Pada hari Sabtu 04 April 2026 pukul 07.00 WIB diberikan terapi obat sesuai advice dokter ,pasien mengatakan tidak merasa gatal-gatal, sesak napas maupun tanda-tanda alergi lainnya dan obat telah masuk tidak ada reaksi alergi maupun hipersensitivitas. Pukul 11.30 diberikan kompres hangat untuk mengurangi nyeri, pasien mengatakan nyeri berkurang dan pasien tampak nyaman saat dikompres di area kepala. Pukul 19.30 dilakukan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Pasien mengatakan masih merasakan nyeri kepala P: *Infark cerebri frontal sn*, Q: Di tusuk-tusuk, R: Kepala kiri depan, S: Skala 4, T: Hilang Timbul dan pasien tampak sedikit meringis karena nyeri kepala bagian depan. Pukul 19.40 mengidentifikasi respon nyeri non verbal pasien tampak masih gelisah, sering memegangi kepalanya, menangis kesakitan. Pukul 20.00 diberikan terapi obat sesuai advice dokter, pasien mengatakan tidak merasa gatal-gatal, sesak napas maupun tanda-tanda alergi lainnya dan obat telah masuk tidak ada reaksi

alergi maupun hipersensitivitas.

Pada hari Minggu 05 April 2026 pukul 07.00 diberikan terapi obat sesuai advice dokter ,pasien mengatakan tidak merasa gatal-gatal, sesak napas maupun tanda-tanda alergi lainnya dan obat telah masuk tidak ada reaksi alergi maupun hipersensitivitas. Pukul 09.00 mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi distraksi) pasien mengatakan nyeri berkurang dan sudah tidak meringis kesakitan, tidak gelisah dan tidak, memegang kepala. Pukul 14.00 identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Pasien mengatakan merasakan sudah tidak merasakan nyeri atau pusing P: *Infark cerebri frontal sn*, Q: -, R: Kepala kiri depan, S: Skala 2, T: - dan meringis tidak ada, gelisah tidak ada, tidak bersikap protektif terhadap nyerinya. Pukul 16.00 mengidentifikasi respon nyeri non verbalpasien mengatakan sudah tidak merasakan nyeri, meringis tidak ada, gelisah tidak ada, tidak bersikap protektif terhadap nyerinya. Pukul 20.00 diberikan terapi obat sesuai advice dokter pasien mengatakan tidak merasa gatal-gatal, sesak napas maupun tanda-tanda alergi lainnya dan obat telah masuk tidak ada reaksi alergi maupun hipersensitivitas.

3. Gangguan Pola Tidur

Untuk mengatasi masalah gangguan pola tidur pasien, intervensi yang dilakukan penulis terdapat 3 dari 7 yang telah disiapkan kepada pasien. Implementasi untuk mengatasi gangguan pola tidur pasien dilakukan selama 3 x 24 jam. Pada hari Jumat, 03 April 2026 pukul 17.40 mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur pasien mengatakan selama sakit sulit untuk tidur,

tidak puas tidur dan merasa gelisah. Pasien tidur siang 1 jam, tidur malam 3 jam sering terbangun karena nyeri kepalanya. Pasien mengatakan tidak puas dan istirahatnya tidak cukup, dan mata pasien tampak sayu dan terlihat kehitaman disekitar bola mata, pasien tampak lemas dan pasien menguap pada siang hari. Pukul 20.40 memodifikasi lingkungan dengan mematikan sebagian lampu ruangan dan meminta pengunjung lain untuk tenang, pasien mengatakan nyaman untuk tidur dan pasien tampak bersiap untuk siap-siap tidur. Pukul 22.20 mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, pasien mengatakan masih selama sakit sulit untuk tidur, tidak puas tidur dan merasa gelisah. Pasien tidur siang 1 jam, pasien mengatakan tidur siang 1 jam, pasien mengatakan tidak puas dan istirahatnya tidak cukup dan mata pasien tampak sayu dan terlihat kehitaman disekitar bola mata.

Pada hari Sabtu, 04 April 2026 pukul 13.00 membatasi tidur siang, pasien mengatakan bersedia untuk tidur siang selama 30 menit, dan pasien tampak akan tidur siang selama 30 menit. Pukul 19.50 mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, pasien mengatakan tadi tidur siang 1 jam, dan sekarang mau tidur malam tetapi masih susah tidur karena nyeri kepala dan pasien tampak masih gelisah dan berusaha untuk tidur. Pukul 20.20 memodifikasi lingkungan (mematikan subagian lampu di ruangan), pasien tampak lebih nyaman jika gelap, pasien tampak lebih nyaman untuk tidur. Pukul 21.00 mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, pasien mengatakan sudah mulai bisa tidur, pasien sudah merasa sedikit puas tidur dan sudah tidak gelisah. Pasien mengatakan sudah tidak sering terbangun saat malam. Pasien

mengatakan sedikit puas dan istirahatnya lumayan cukup dan mata pasien tampak sudah tidak sayu dan kehitaman dibawah mata sudah mulai hilang, pasien tampak sudah tidak lemas dan pasien sudah tidak menguap pada malam hari.

Pada hari Minggu, 05 April 2026 pukul 11.00 membatasi waktu tidur siang, pasien mengatakan tidur siang selama 30 menit, pasien tampak tidur siang selama 30 menit. Pukul 17.00 mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, pasien mengatakan semalam tidur 7 jam, pasien puas dengan tidurnya, mengatakan istirahatnya cukup, dan pasien tampak lebih segar, mata tidak sayu, tidak tampak kehitaman disekitar mata.

4. Resiko Pefusi Cerebral Tidak Efektif

Untuk mengatasi masalah gangguan pola tidur pasien, intervensi yang dilakukan penulis terdapat 4 dari 5 yang telah disiapkan kepada pasien. Implementasi untuk mengatasi gangguan pola tidur pasien dilakukan selama 3 x 24 jam. Pada hari Jumat, 03 April 2026 pukul 16.40 megobservasi penyebab peningkatan TIK, pasien mengatakan mengatakan nyeri kepala, sulit menggerakkan tangan kanan dan kaki kanan pernah dirawat di rumah sakit pada satu tahun lalu dengan diagnosa hipertensi. Pasien mengalami kelemahan pada tangan kanan dan kaki kanan, tampak gelisah dan memegangi kepalanya, tampak pasien mengeluh nyeri kepala, tampak lesi hipodens pada parietal dx-sn dan infark cerebri parietal dx-sn, Tekanan darah: 150/80 mmHg, Respiratory rate: 20x/menit, Nadi: 81 x/menit, Suhu : 36,5 °C, Spo2 : 98 %. Pukul 18.15 memonitor peningkatan Tekanan darah,

pasien mengatakan kepala masih nyeri namun sudah menurun, Tekanan darah: 148 mmHg, Respiratory rate: 20x/menit, Nadi: 82 x/menit, Suhu: 36,5 °C, Spo2 : 99%. Pada pukul 20.20 mempertahankan posisi kepala dan leher netral (memposisikan kepala head up 30 °), pasien mengatakan bersedia diposisikan head up 30 °, tampak nyaman setelah diberikan posisi head up 30 °, tampak masih gelisah karena nyeri. Pada pukul 22.30 mengobservasi penyebab peningkatan TIK , Pasien mengatakan masih nyeri kepala, sulit menggerakkan tangan kanan dan kaki kanan, tampak pasien mengalami kelemahan pada tangan kanan dan kaki kanan, tampak gelisah dan memegangi kepalanya, tampak pasien mengeluh nyeri kepala, Tekanan darah : 147/85 mmHg, Respiratory rate : 20x/menit, naadi : 86 x/menit, Suhu : 36,5 °C , Spo2 : 99 %.

Pada hari Sabtu, 04 April 2026 pukul 05.00 menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, pasien mengatakan bahwa masih terasa nyeri namun berkurang, pasien mengatakan sedikit gelisah, pasien siapdilakukan pemantuan keadaan secara berkala, pasien terlihat masih gelisah, pasien tampak masih memegangi kepala. Pukul 16.10 memonitor peningkatan Tekanan darah, pasien mengatakan siap dilakukan cek tanda-tanda vital, tekanan darah: 143/80 mmHg, Respiratory rate: 20x/menit, Nadi: 84x/menit, Suhu : 36,5 °C, Spo2 : 99 %, pada pukul 20.00 mempertahankan posisi kepala dan leher netral (memposisikan kepala head up 30 °), pasien mengatakan siap diberikan posisi head up 30 °, posisi pasien sudah benar, pasien terasa nyaman saat diberikan posisi head up 30 °. Pada pukul 21.00

memonitor peningkatan Tekanan darah, pasien mengatakan nyeri kepala berkurang, terasa nyaman, tingkat gelisah menurun, Tekanan darah 142/85 mmHg, Respiratory rate 20x/menit, Nadi : 85x/menit, Suhu : 36,5 °C, Spo2 : 98 %.

Pada hari Minggu, 05 April 2026 pukul 10.50 mempertahankan posisi kepala dan leher netral (memposisikan kepala head up 30 °), pasien mengatakan siap diberikan posisi head up 30 °, pasien terlihat nyaman dan posisi sudah head up 30 °C. Pukul 21.00 memonitor peningkatan Tekanan darah, Pasien mengatakansudah tidak merasakan nyeri, terasa nyaman dan rileks, tampak sudah tidak gelisah,dapat menggerakkan tangan kanan dan kaki kanan dengan kekuatan otot 4, Tekanan darah : 137/80 mmHg, Respiratory rate : 20x/menit, Nadi : 86 x/menit, Suhu : 36,5 °C,Spo2 : 98 %.

E. Evaluasi Keperawatan

Dalam keperawatan, evaluasi yakni proses mengevaluasi perbuatan tdilakukan agar memastikan pemeasan yang optimal serta menaksir hasil proses.(Jeanifer, 2023).

1. Gangguan Mobilitas Fisik

Pada evaluasi keperawatan yang pertama dilakukan pada hari Jumat, 03 April 2026 jam 22.30 WIB didapatkan hasil setelah dilakukan intervensi terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT) dan intervensi lainnya pasien mengatakan masih dibantu keluarga jika berpindah, masih sulit menggerakkan tangan kanan dan kaki kanan, namun saat dilakukan terapi ada perubahan sedikit. Pasien mengatakan masih dibantu keluarga jika

berpindah, masih sulit menggerakkan ekstermitas kanan, ROM ekstremitas kanan belum meningkat, kekuatan otot ekstremitas kanan 3, ekstremitas kiri 5. Berdasarkan data tersebut dapat di analisa bahwa luaran yang sudah ditetapkan belum tercapai sehingga masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi.

Pada evaluasi keperawatan yang kedua dilakukan pada hari Sabtu, 04 April 2026 jam 21.00 WIB didapatkan hasil setelah dilakukan intervensi terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT) dan intervensi lainnya , pasien mengatakan kekuatan otot sedikit bertambah, ROM ekstremitas kanan belum meningkat, kekuatan otot ekstremitas kanan 3, ekstremitas kiri 5. Berdasarkan data tersebut dapat di analisa bahwa luaran yang sudah ditetapkan belum tercapai sehingga masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi.

Pada evaluasi keperawatan yang kedua dilakukan pada hari Minggu, 05 April 2026 jam 21.00 WIB didapatkan hasil setelah dilakukan intervensi terapi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT) dan intervensi lainnya , pasien mengatakan tangan kanan terasa lebih kuat dan kekuatan otot meningkat, ROM ekstermitas kanan meningkat, kekuatan otot meningkat dengan eksterimtas kanan atas 4, dan ekstermitas krii 5. Berdasarkan data tersebut dapat di analisa bahwa luaran yang sudah ditetapkan tercapai sehingga masalah gangguan mobilitas fisik teratasi. Namun intervensi *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT) dan ROM dilanjutkan dengan menganjurkan dilakukan dirumah secara mandiri.

2. Nyeri Akut

Pada evaluasi keperawatan yang pertama dilakukan pada hari Jumat, 03 April 2026 jam 22.35 WIB didapatkan hasil setelah dilakukan intervensi selama 24 jam untuk mengatasi nyeri akut pasien, didapatkan hasil, pasien mengatakan nyeri kepala dan mengatakan susah tidur, P : *Infark cerebri frontal sn*, Q: Ditusuk-tusuk, R: kepala kiri depan, S: skala 5, T : hilang timbul, pasien tampak meringis kesakitan, gelisah, selalu memegang kepalanya, tampak pucat. Berdasarkan data tersebut dapat di analisa bahwa luaran yang sudah ditetapkan belum tercapai sehingga masalah nyeri akut belum teratasi.

Pada evaluasi keperawatan yang pertama dilakukan pada hari Sabtu, 04 April 2026 jam 21.05 WIB didapatkan hasil setelah dilakukan intervensi selama 24 jam untuk mengatasi nyeri akut pasien, didapatkan hasil, pasien mengatakan nyeri kepala, P : *Infark cerebri frontal sn*, Q: Ditusuk-tusuk, R: kepala kiri depan, S: skala 4, T : hilang timbul, pasien tampak sedikit meringis karena nyeri kepala bagian depan. Berdasarkan data tersebut dapat di analisa bahwa luaran yang sudah ditetapkan belum tercapai sehingga masalah nyeri akut belum teratasi.

Pada evaluasi keperawatan yang pertama dilakukan pada hari Minggu, 05 April 2026 jam 21.05 WIB didapatkan hasil setelah dilakukan intervensi selama 24 jam untuk mengatasi nyeri akut pasien, didapatkan hasil, pasien mengatakan kepala sudah tidak merasakan nyeri atau pusing P : *Infark cerebri frontal sn*, Q: -, R: kepala kiri depan, S: skala 1, T : -, meringis tidak

ada, gelisah tidak ada, tidak bersikap protektif terhadap nyeri. Berdasarkan data tersebut dapat di analisa bahwa luaran yang sudah ditetapkan tercapai sehingga masalah nyeri akut teratasi.

3. Gangguan Pola Tidur

Pada evaluasi keperawatan yang pertama dilakukan pada hari Jumat, 03 April 2026 jam 22.40 WIB, setelah dilakukan intervensi selama 24 jam untuk mengatasi gangguan pola tidur pasien didapatkan hasil, Pasien mengatakan masih selama sakit sulit tidur, tidak puas tidur dan merasa gelisah. Pasien tidur siang 1 jam, pasien mengatakan tidak puas dan istirahatnya tidak cukup. Mata pasien tampak sayu, dan terlihat kehitaman disekitar bola mata. Berdasarkan data tersebut dapat di analisa bahwa luaran yang sudah ditetapkan belum tercapai sehingga masalah gangguan pola tidur belum teratasi.

Pada evaluasi keperawatan yang pertama dilakukan pada hari Sabtu, 04 April 2026 jam 21.10 WIB, setelah dilakukan intervensi selama 24 jam untuk mengatasi gangguan pola tidur pasien didapatkan hasil, Pasien mengatakn sudah mulai bisa tidur, pasien sudah merasa sedikit puas tidur dan sudah tidak gelisah. Pasien mengatakan sedikit puas dan istirahatnya lumayan cukup. Mata pasien tampak sudah tidak sayu dan kehitaman dibawah mata sudah mulai hilang, pasien tampak sudah tidak lemas, dan pasien sudah tidak menguap pada malam hari. Berdasarkan data tersebut dapat di analisa bahwa luaran yang sudah ditetapkan belum tercapai sehingga masalah gangguan pola tidur belum teratasi.

Pada evaluasi keperawatan yang pertama dilakukan pada hari Minggu, 05 April 2026 jam 21.10 WIB, setelah dilakukan intervensi selama 24 jam untuk mengatasi gangguan pola tidur pasien didapatkan hasil, pasien mengatakan semalam tidur 7 jam, pasien puas dengan tidurnya, mengatakan istirahatnya cukup. Pasien tampak lebih segar, mata tidak sayu, tidak tampak kehitaman disekitar mata. Berdasarkan data tersebut dapat di analisa bahwa luaran yang sudah ditetapkan tercapai sehingga masalah gangguan pola tidur teratasi.

4. Risiko Perfusi Cerebral Tidak Efektif

Pada evaluasi keperawatan yang pertama dilakukan pada hari Jumat, 03 April 2026 jam 22.45 WIB, setelah dilakukan intervensi selama 24 jam untuk mengatasi Risiko Perfusi Cerebral Tidak Efektif didapatkan hasil Pasien mengatakan masih nyeri kepala, sulit menggerakkan tangan kanan dan kaki kanan. Tampak pasien mengalami kelemahan pada tangan kanan dan kaki kanan, Pasien tampak gelisah dan memegangi kepalanya, Tampak pasien mengeluh nyeri kepala Hasil tanda-tanda vital :Tekanan darah : 147/85 mmHg, Respiratory rate : 20x/menit, Nadi : 86 x/menit, Suhu : 36,5 °C, Spo2 : 99 %. Berdasarkan data tersebut dapat di analisa bahwa luaran yang sudah ditetapkan belum tercapai sehingga masalah Risiko Perfusi Cerebral Tidak Efektif belum teratasi.

Pada evaluasi keperawatan yang pertama dilakukan pada hari Sabtu, 04 April 2026 jam 21.15 WIB, setelah dilakukan intervensi selama 24 jam untuk mengatasi Risiko Perfusi Cerebral Tidak Efektif didapatkan hasil Pasien

mengatakan nyeri kepala berkurang, Pasien sudah terasa nyaman, tingkat gelisah menurun, Hasil tanda-tanda vital : Tekanan darah : 142/85 mmHg, Respiratory rate : 20x/menit, Nadi : 85 x/menit, Suhu : 36,5 °C, Spo2 : 98 %. Berdasarkan data tersebut dapat di analisa bahwa luaran yang sudah ditetapkan belum tercapai sehingga masalah Risiko Perfusi Cerebral Tidak Efektif belum teratasi. Pada evaluasi keperawatan yang pertama dilakukan pada hari Minggu, 05 April 2026 jam 21.15 WIB, setelah dilakukan intervensi selama 24 jam untuk mengatasi Risiko Perfusi Cerebral Tidak Efektif didapatkan hasil Pasien mengatakansudah tidak merasakan nyeri, pasien sudah terasa nyaman dan rileks ,pasien tampak sudah tidak gelisah, pasien sudah dapat menggerakkan tangan kanan dan kaki kanan dengan kekuatan otot 4, Hasil tanda-tanda vital : Tekanan darah : 137/80 mmHg, Respiratory rate : 20x/menit, Nadi : 86 x/menit, Suhu : 36,5 ° C, Spo2 : 98 %. Berdasarkan data tersebut dapat di analisa bahwa luaran yang sudah ditetapkan tercapai sehingga masalah resiko perfusi serebral tidak efektif tidak teratasi, karena pasien dinyatakan boleh pulang pada hari senin, 06 April 2026 pada pukul 08.30 WIB intervensi dilakukan secara mandiri di rumah Ny.S. Intervensi anjuran minum obat amplodipine 1x10 mg sesuai advice dokter dan head up 30 °C dilakukan secara mandiri di rumah.