LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE DENGAN MENERAPKAN MOBILISASI PROGRESIF LEVEL 1 UNTUK MEMEBANTU MENINGKATKAN VENTILASI PARU DIRUMAH SAKIT HARAPAN DAN DOA KOTA BENGKULU TAHUN 2026

NAMA:AYU LESTARI
NIM: 202301082

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI
TAHUN 2026

LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE DENGAN MENERAPKAN MOBILISASI PROGRESIF LEVEL 1 UNTUK MEMEBANTU MENINGKATKAN VENTILASI PARU DIRUMAH SAKIT HARAPAN DAN DOA KOTA BENGKULU TAHUN 2026

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan
Program pendidikan DIII keperawatan

NAMA:AYU LESTARI
NIM: 202301082

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI
TAHUN 2026

HALAMAN PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir Oleh Ayu lestari NIM 202301082 dengan judul "**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE DENGAN MENERAPKAN MOBILISASI PROGRESIF LEVEL 1 UNTUK MEMEBANTU MENINGKATKAN VENTILASI PARU DIRUMAHSAKIT HARAPAN DAN DOA KOTA BENGKULU TAHUN 2026** telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Bengkulu ,29 Agustus 2026
Pembimbing



Ns. Indaryani M.Kep
NUPTK :8442760661230290

Mengetahui,
Ka.progam studi DIII keperawatan
Sekolah tinggi ilmu kesehatan sapta bakti



Ns. Sutri yani M.A.N
NUPTK:7834763664230390

HALAMAN PENGESAHAN

LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE DENGAN MENERAPKAN MOBILISASI PROGRESIF LEVEL 1 UNTUK MEMBANTU MENINGKATKAN VENTILASI PARU DI RUMAH SAKIT HARAPAN DAN DOA KOTA BENGKULU

AYU LESTARI
202301082

Telah Diuji dan Dipertahankan di Hadapan Tim Penguji Pada
Tanggal 10 September 2026 dan Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat
Untuk Diterima

Panitia Penguji

Ketua Penguji

Djusmalinar, SKM. M.Kes
NIK. 2008.002 .....

Anggota Penguji

1. Ns. Maritta Sari, M.A.N
   NUPTK. 9641765666230272 .....
2. Ns. Indaryani, S. Kep M.Kep
   NIPTK. 8442760661230293 .....

Mengetahui,
Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti

Djusmalinar, SKM. M.Kes
NIK. 2008.002

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :Ayu lestari

NIM :202301082

Program Studi :DIII Keperawatan

Institusi :Sekolah Tinggi Kesehatan Sapta Bakti

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Tugas Akhir yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya tulis sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat di buktikan Laporan Tugas Akhir ini hasil jiblakan,Maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Bengkulu, 10 September 2026

Pembimbing

Ns. Indaryani M.Kep
NUPTK : 8442760661230290



(AYU LESTARI)

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE DENGAN MENERAPKAN MOBILISASI PROGRESIF LEVEL 1 UNTUK MEMEBANTU MENINGKATKAN VENTILASI PARU DIRUMAH SAKIT HARAPAN DAN DOA KOTA BENGKULU TAHUN 2026

ABSTRAK

XVI Halaman awal+106 Halaman inti
Ayu Lestari, Indaryani

Penyakit Stroke merupakan gangguan neurologis yang dapat menyebabkan penurunan kesadaran dan berbagai komplikasi, salah satunya gangguan oksigenasi. Pasien stroke dengan penurunan kesadaran berisiko mengalami gangguan pertukaran gas akibat ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. Salah satu tindakan keperawatan yang dapat dilakukan adalah mobilisasi progresif level 1 yang meliputi perubahan posisi, posisi head-up 15–30°, ROM pasif, serta pemantauan saturasi oksigen dan tanda-tanda vital. Penelitian ini bertujuan untuk meningkatkan ventilasi paru dan perfusi jaringan,setelah ventilasi paru meningkat spo2 membaik dari 89% menjadi 98% RR 29x/menit menjadi 22x/menit dan kesadran menjadi composmentis GCS 14 penelitian ini menggunakan Metode yang digunakan adalah deskriptif dengan pendekatan studi kasus melalui proses keperawatan yang meliputi pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Penerapan mobilisasi progresif level 1 dilakukan selama 3 hari, meliputi posisi head-up 15–30°, reposisi, ROM pasif, dan pemantauan saturasi oksigen sebelum dan sesudah tindakan. Hasil menunjukan penerapan menunjukkan adanya peningkatan ventilasi paru setelah dilakukan mobilisasi progresif level 1 selama 3 hari dengan frekuensi 3 kali sehari, saturasi oksigen dari 89% menjadi 98%,frekuensi nafas dari 29x/menit menjadi 22x/menit kesadaran GCS 13 menjadi GCS 14. Latihan mobilisasi progresif level 1 sangat disarankan untuk dilakukan pada pasien tirah baring dengan gangguan pertukaran gas.

Kata kunci: Stroke, mobilisasi progresif, saturasi oksigen.
Daftar pustaka: 2020–2026.

NURSING CARE FOR STROKE PATIENTS USING PROGRESSIVE MOBILIZATION LEVEL 1 TO HELP IMPROVE PULMONARY VENTILATION AT HARAPAN DAN DOA HOSPITAL, BENGKULU CITY, 2026

ABSTRACT

XVI Preliminary Pages + 106 Main Pages
Ayu Lestari, Indaryani

Disease: Stroke is a neurological disorder that can cause decreased consciousness and various complications, one of which is impaired oxygenation. Stroke patients with decreased consciousness are at risk of impaired gas exchange due to ventilation-perfusion imbalance. One of the nursing interventions that can be performed is progressive mobilization level 1, which includes position changes, head-up positioning at 15–30°, passive ROM, as well as monitoring oxygen saturation and vital signs.This study aimed to improve pulmonary ventilation and tissue perfusion. After pulmonary ventilation improved, oxygen saturation improved from 89% to 98%, respiratory rate decreased from 29 breaths/minute to 22 breaths/minute, and consciousness improved to compos mentis with a GCS score of 14. The study used a descriptive method with a case study approach through the nursing process, which included assessment, determination of nursing diagnoses, intervention, implementation, and evaluation.The application of progressive mobilization level 1 was carried out for 3 days, including head-up positioning at 15–30°, repositioning, passive ROM, and monitoring oxygen saturation before and after the intervention.The results showed that the application of progressive mobilization level 1 for 3 days, with a frequency of 3 times a day, resulted in an improvement in pulmonary ventilation. Oxygen saturation increased from 89% to 98%, respiratory rate decreased from 29 breaths/minute to 22 breaths/minute, and consciousness improved from GCS 13 to GCS 14. Progressive mobilization level 1 exercises are highly recommended for bedridden patients with impaired gas exchange.

Keywords: *Stroke, progressive mobilization, oxygen saturation.*
References*:2020–2026.*

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir (LTA) ini. Penulisan LTA ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti. Laporan Tugas Akhir ini terwujud atas bimbingan dan pengarahan dari Ibu Ns. Indaryani, M.Kep selaku pembimbing serta bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu. Penulis pada kesempatan ini menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Ibu Djusmalinar, SKM, M.Kes selaku Ketua STIKes Sapta Bakti sekaligus sebagai ketua penguji.
2. Ibu Ns. Novi Lasmadasari, M.Kep selaku Wakil Ketua I STIKes Sapta Bakti
3. Ibu Ns. Sutri Yani, M.A.N sebagai Ketua Program Studi DIII Keperawatan STIKes Sapta bakti.
4. Ibu Ns. Maritta sari M.A.N selaku penguji 1
5. Secara khusus, penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada kedua orang tua tercinta yang selalu menjadi sumber kekuatan, yang tidak pernah berhenti memberikan doa, kasih sayang, perhatian, semangat, dukungan, serta pengorbanan baik moril maupun materil selama penulis menempuh pendidikan hingga dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
6. Terima kasih penulis sampaikan kepada adik tercinta selvi,faiz,veline yang selalu memberikan semangat, perhatian, dukungan, dan keceriaan kepada penulis selama menjalani proses pendidikan hingga penyusunan Laporan Tugas Akhir ini. Kehadiran dan dukungan yang diberikan menjadi salah satu sumber motivasi bagi penulis untuk terus menyelesaikan setiap proses yang telah dijalani.
7. Terima kasih juga penulis sampaikan kepada teman-teman seperjuangan ginna wizahniarti,yosika elpira,disti agustia,ririn erlina wulandari,Yolanda dwi safitri, yang telah menemani setiap proses selama masa perkuliahan, memberikan bantuan, semangat, motivasi, serta menjadi tempat berbagi suka dan duka selama penyusunan Laporan Tugas Akhir ini. Terima kasih atas kebersamaan, dukungan, dan kenangan yang telah diberikan. Semoga segala kebaikan dan bantuan yang telah diberikan kepada penulis mendapatkan balasan terbaik dari Tuhan Yang Maha Esa.
8. Terima kasih juga penulis sampaikan kepada nenek,datuk dan keluarga besar yang telah memberikan dukungan kepada penulis baik secara moril

dan materil dan selalu memberikan semangat dalam menyelesaikan kuliah penulis selama 3 tahun

9. Terima kasih juga kepada teman masa SMA penulis yaitu indatul aini,dina ramadhani,lara kusuma yang telah menemani penulis dan memberikan semangat dari zaman SMA sampai sekarang penulis bisa menyelesaikan laporan tugas akhir.

Akhir kata, penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala dukungan dan kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Tugas Akhir ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Bengkulu, Agustus 2026



Ayu lestari

DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN ..... **iii**
HALAMAN PENGESAHAN ..... Error! Bookmark not defined.
ABSTRAK ..... **vi**
ABSTRACT ..... Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR ..... **viii**
DAFTAR ISI ..... **x**
DAFTAR TABEL ..... **xii**
DAFTAR BAGAN ..... **xiii**
DAFTAR GRAFIK ..... **xii**
DAFTAR GAMBAR ..... **xiv**
DAFTAR SINGKATAN ..... **xvi**
DAFTAR ISTILAH ..... **xvii**
DAFTAR LAMPIRAN ..... **xviii**
BAB 1PENDAHULUAN **1**
A. Latar belakang 1
B. Rumusan Masalah 5
C. Tujuan penelitian 6
D. Manfaat penelitian 6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA **7**
A. Konsep stroke 7
B. Konsep gangguan pertukaran gas 19
C. Konsep penerapan mobilisasi progresif level 1 22
D. Konsep asuhan keperawatan 28
BAB III METODE PENELITIAN **39**
A. Desain penilitian 39
B. Subjek penelitian 39
C. Definisi operasional 40
D. Lokasi dan waktu penelitian 40
E. Tahap penelitian 41
F. Jenis Data, Tehnik dan Instrumen Pengumpulan Data 42
G. Analisa data 44

H. Etika penelitian 45
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN 47
A. HASIL PENELITIAN 48
B. PEMBAHASAN 67
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN 91
A. KESIMPULAN 91
B. SARAN 92
DAFTAR PUSTAKA 94
LAMPIRAN 98

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 SOP 26
Tabel 2. 2 State of the Art 27
Tabel 2. 3 Pengkajian anamnesa 28
Tabel 2. 4 pola aktifitas sehari-hari 30
Tabel 2. 5 Pemeriksaan fisik 31
Tabel 2. 6 Pemeriksaan diangostik 33
Tabel 2. 7 Penatalaksanaan Terapi 33
Tabel 2. 8 analisa data 34
Tabel 2. 9 intervensi keperawatan 36
Tabel 3. 1definisi operasional 40
Tabel 4. 1 Hasil anamnesis 50
Tabel 4. 2 Hasil aktfitas sehari-hari pasien 50
Tabel 4. 3 Hasil pemeriksaan fisik 51
Tabel 4. 4 Hasil pemeriksaan diagnostik 52
Tabel 4. 5 Penatalaksanaan terapi klien 53
Tabel 4. 6 analisa data 54
Tabel 4. 7 Intervensi keperawatan 56
Tabel 4. 8 Implementasi keperawatan 59
Tabel 4. 9 evaluasi keperawatan 72

DAFTAR BAGAN

Bagan 2. 1 way of the cause 15
Bagan 3. 1 tahap penelitian 41

DAFTAR GRAFIK

Grafik 4. 1 Perubahan Saturasi Oksigen (SpO_2) 83
Grafik 4. 2 Perubahan Frekuensi Pernapasan (RR) 85
Grafik 4. 3 Status Kesadaran ..... **Error! Bookmark not defined.**

DAFTAR GAMBAR

GAMBAR 2. 1 ANATOMI OTAK.....8

DAFTAR SINGKATAN

Singkatan	Kepanjangan
AGD	:Analisis Gas Darah
APD	: Alat Pelindung Diri
ATP	:Adenosin Trifosfat
BAB	:Buang Air Besar
BAK	:Buang Air Kecil
CRT	: Capillary Refill Time
CT-Scan	: Computed Tomography Scan
DVT	: Deep Vein Thrombosis
EKG	:Elektrokardiografi
GCS	:Glasgow Coma Scale
Hb	:Hemoglobin
ICU	: Intensive Care Unit
IV	:Intravena
MRI	:Magnetic Resonance Imaging
NGT	: Nasogastric Tube
$PaCO_2$	:Tekanan Parsial Karbon Dioksida
PaO_2	: Tekanan Parsial Oksigen
PPNI	: Persatuan Perawat Nasional Indonesia
ROM	: Range of Motion
RR	: Respiratory Rate
SDKI	: Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia |
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Luaran Keperawatan Indonesia
SOP	:Standar Operasional Prosedur
SpO_2	: Saturasi Oksigen Perifer
TD	: Tekanan Darah
TIA	: Transient Ischemic Attack
TIK	: Tekanan Intrakranial
V/Q	: Ventilasi-Perfusi
WHO	: World Health Organization
WOC	:Web of Causation

DAFTAR ISTILAH

Istilah	Pengertian
Afasia	Gangguan kemampuan berbicara atau memahami bahasa akibat kerusakan otak
Atelektasis	Kondisi kolapsnya sebagian alveoli paru sehingga pertukaran gas terganggu
Disartria	Gangguan bicara akibat kelemahan otot bicara
Disfagia	Gangguan menelan
Edema serebral	Pembengkakan jaringan otak akibat penumpukan cairan
Embolus	Material seperti bekuan darah yang menyumbat pembuluh darah
Eksitotoksisitas	Kerusakan sel saraf akibat pelepasan glutamat berlebihan
Glutamat	Neurotransmiter eksitatori utama di otak
Hemiparesis	Kelemahan pada satu sisi tubuh
Hemiplegia	Kelumpuhan pada satu sisi tubuh
Hiperkapnia	Peningkatan kadar karbon dioksida dalam darah
Hipoksemia	Penurunan kadar oksigen dalam darah
Hipoksia	Kekurangan oksigen pada jaringan tubuh
Hipoperfusi	Penurunan aliran darah ke jaringan
Infark serebral	Kematian jaringan otak akibat kurangnya suplai darah
Iskemia	Kondisi berkurangnya aliran darah ke jaringan
Nekrosis	Kematian sel atau jaringan secara patologis
Penumbra iskemik	Area sekitar inti infark yang masih dapat diselamatkan
Perfusi	Proses aliran darah ke jaringan tubuh
Pneumonia	Infeksi pada jaringan paru-paru
Reperfusi	Pemulihan kembali aliran darah ke jaringan
Ronchi	Bunyi napas tambahan akibat sekret di jalan napas
Trombus	Bekuan darah yang terbentuk di dalam pembuluh darah
Ventilasi alveoli	Proses keluar masuk udara pada alveoli paru
Ventilasi-perfusi (V/Q)	Keseimbangan antara ventilasi paru dan aliran darah paru

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran. 1 Surat Keterangan Penyelesian Penelitian
Lampiran 2. Pemilihan responden
Lampiran 3. Imformed consent
Lampiran 4. SOP
Lampiran 5. Rekapitulasi hasil berdasarkan kriteria hasil
Lampiran 6. Pematauan saturasi oksigen
Lampiran 7. Lembar observasi

BAB 1
PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Stroke merupakan salah satu penyebab utama kematian dan disabilitas. Data dari World Health Organization menunjukkan bahwa stroke termasuk penyebab kematian tertinggi di dunia, dengan jutaan kasus baru terjadi setiap tahun dan angka kematian yang sangat tinggi akibat komplikasi stroke. (WHO, 2020; World Stroke Organization, 2022).

Menurut World Health Organization (2025), pada tahun 2021 stroke menjadi penyebab kematian dan kecacatan terbesar ketiga secara global, dengan sekitar 93,8 juta kasus stroke di seluruh dunia dan 11,9 juta kasus baru setiap tahun. Sekitar 65% kasus stroke merupakan stroke non-hemoragik (stroke iskemik), yaitu stroke akibat sumbatan pembuluh darah otak, bukan karena perdarahan. Beban stroke global juga terus meningkat seiring pertambahan usia penduduk dan tingginya faktor risiko seperti hipertensi, diabetes, obesitas, dan kurang aktivitas fisik. Fenomena yang banyak dilaporkan dalam beberapa tahun terakhir adalah meningkatnya kejadian stroke pada usia produktif (<55 tahun) (World Health Organization (WHO), *Stroke Fact Sheet*, 2025).

Berdasarkan data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, prevalensi stroke pada tahun 2023 mencapai 8,3 per 1.000 penduduk, dan penyakit ini termasuk dalam kategori penyakit katastropik dengan pembiayaan kesehatan yang sangat besar. Selain itu, data Riskesdas sebelumnya juga menunjukkan adanya peningkatan prevalensi stroke dari 7 per 1.000 penduduk pada tahun 2013 menjadi 10,9 per 1.000 penduduk pada tahun 2018, yang menandakan bahwa stroke merupakan masalah kesehatan yang terus meningkat di Indonesia (Kemenkes RI, 2018; 2023). prevalensi stroke di Provinsi Bengkulu sebesar 9,54 per 1000 penduduk, yang menunjukkan bahwa penyakit stroke merupakan salah satu masalah kesehatan yang cukup serius. Selain itu, data dari Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu tahun 2021 menunjukkan terdapat 3.845 kasus stroke dengan 213 kasus kematian, dan Kota Bengkulu menjadi daerah dengan jumlah kasus tertinggi yaitu 1.296 kasus stroke, data tersebut menunjukkan bahwa stroke

masih menjadi masalah kesehatan yang signifikan di Kota Bengkulu sehingga diperlukan upaya pencegahan dan penanganan yang optimal termasuk melalui intervensi keperawatan pada pasien stroke yang dirawat di rumah sakit (Kemenkes RI & Dinkes Bengkulu, 2021).

Berdasarkan hasil survey peneliti pada hari kamis tanggal 16 April 2026 data Medical Record Rumah sakit harapan dan doa kota Bengkulu menunjukkan bahwa jumlah pasien rawat inap untuk kasus stroke pada tahun 2023-2025 sebanyak 177 orang dan data menunjukkan dalam tiga tahun terakhir tersebut mengalami peningkatan, dimana penderita stroke pada tahun 2023 sebanyak 41 orang, pada tahun 2024 sebanyak 63 orang dan pada tahun 2025 sebanyak 73 orang. Dari data pada tahun 2023-2025 terdapat sebanyak 36 orang pasien yang meninggal dunia dan 141 mengalami gangguan mobilitas fisik (Rekam Medis Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu, 2026).

Stroke adalah kondisi gangguan neurologis yang terjadi akibat terhentinya atau berkurangnya aliran darah ke otak karena adanya sumbatan pembuluh darah oleh trombus atau embolus. Akibatnya, jaringan otak tidak mendapatkan suplai oksigen dan nutrisi yang cukup sehingga terjadi kematian sel otak. (Ferdinand & Roffe, 2016); Muhtarom, 2022)

Proses dimulai dari adanya faktor risiko seperti aterosklerosis, hipertensi, diabetes, atau gangguan jantung yang menyebabkan terbentuknya plak atau emboli. Sumbatan ini menghambat aliran darah ke arteri serebral sehingga terjadi penurunan perfusi otak. Kondisi ini menyebabkan terbentuknya area inti infark (*core infarct*) yang mengalami kerusakan permanen serta area penumbra yang masih dapat diselamatkan jika aliran darah segera dipulihkan (Wu et al, 2023); Ferdinand & Roffe, 2016).

Terhambatnya aliran darah menyebabkan terjadinya hipoksia pada jaringan otak karena suplai oksigen berkurang. Kekurangan oksigen ini mengganggu metabolisme sel karena proses respirasi aerob tidak dapat berlangsung optimal, sehingga produksi ATP menurun. Akibatnya terjadi kegagalan pompa ion, edema sel, peningkatan glutamat, hingga kematian neuron melalui proses ischemic cascade. Kondisi ini memperburuk kerusakan jaringan otak secara progresif (Ferdinand & Roffe, 2016); Wu et al, 2023).

Dampak penurunan saturasi oksigen pada pasien stroke tidak hanya dirasakan oleh individu, tetapi juga keluarga, masyarakat, dan pelayanan kesehatan. Pada individu, hipoksia dapat memperberat kerusakan neurologis, memperpanjang masa perawatan, dan menurunkan kualitas hidup. Pada keluarga, kondisi tersebut meningkatkan beban psikologis dan ekonomi akibat kebutuhan perawatan jangka panjang. Sedangkan, bagi pelayanan kesehatan, komplikasi akibat gangguan oksigenasi dapat meningkatkan lama rawat inap, kebutuhan ventilasi mekanik, serta biaya perawatan intensif yang lebih besar. Oleh karena itu, upaya mempertahankan oksigenasi yang adekuat merupakan bagian penting dalam manajemen pasien stroke akut (Kassar et al., 2025).

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa salah satu faktor yang memengaruhi status oksigenasi pada pasien stroke adalah tingkat mobilitas pasien selama menjalani perawatan. Imobilisasi yang berkepanjangan dapat menyebabkan penurunan ekspansi paru, berkurangnya ventilasi alveoli, peningkatan risiko atelektasis, serta penumpukan sekret pada saluran napas. Kondisi tersebut berkontribusi terhadap terjadinya gangguan pertukaran gas dan penurunan saturasi oksigen(Rahmat Hidayat & Julianti, 2022).

Salah satu terapi yang dapat dilakukan adalah terapi oksigen untuk meningkatkan kadar oksigen dalam darah sehingga membantu memperbaiki saturasi oksigen pada pasien stroke yang mengalami gangguan pernapasan,Pemberian oksigen dapat dilakukan melalui nasal kanul atau masker oksigen sesuai dengan kondisi pasien. Terapi ini bertujuan untuk memastikan kebutuhan oksigen jaringan tetap terpenuhi sebelum pasien dilakukan mobilisasi agar tidak terjadi penurunan saturasi oksigen selama tindakan mobilisasi (Hinkle & Cheever, 2022).

Selain itu,mobilisasi progresif level I dikembangkan sebagai intervensi keperawatan yang meliputi positioning head up 30°, perubahan posisi secara berkala, serta latihan Range of Motion (ROM) pasif untuk meningkatkan ventilasi paru dan perfusi jaringan (Karokaro & Sitepu, 2024).

Mobilisasi progresif terdiri atas empat tingkatan, yaitu Level 1 (mobilisasi pasif) yang meliputi reposisi setiap 2 jam, elevasi kepala tempat tidur 15–30°, dan latihan *Range of Motion* (ROM) pasif pada pasien dengan penurunan kesadaran**;** Level 2 (mobilisasi aktif terbantu) berupa latihan gerak dengan

bantuan dan duduk di tempat tidur**;** Level 3 (mobilisasi aktif) yang mencakup duduk di tepi tempat tidur, berdiri, berpindah ke kursi, dan latihan berjalan dengan bantuan; serta Level 4 (mobilisasi lanjutan) berupa berjalan mandiri, latihan keseimbangan, dan aktivitas sehari-hari. Pada pasien stroke dengan penurunan kesadaran yang dirawat di ICU, Mobilisasi Progresif Level 1 merupakan intervensi yang paling sesuai karena bertujuan meningkatkan ventilasi dan perfusi paru, meningkatkan saturasi oksigen, serta mencegah komplikasi seperti dekubitus, kontraktur, atelektasis, dan trombosis vena dalam akibat tirah baring berkepanjangan (Schaller et al., 2020; Bernhardt et al., 2021; Hodgson et al., 2022; Hinkle & Cheever, 2022).

Prosedur mobilisasi progresif level 1 dimulai dengan melakukan pengkajian kondisi pasien terlebih dahulu seperti tingkat kesadaran, tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi napas, dan saturasi oksigen untuk memastikan pasien dalam kondisi stabil, Waktu yang baik untuk melakukan mobilisasi biasanya setelah kondisi hemodinamik pasien stabil dan tidak sedang dilakukan tindakan medis lain, serta dapat dilakukan 1–2 kali dalam sehari sesuai toleransi pasien,Selanjutnya pasien diposisikan dengan head of bed sekitar 30° untuk membantu ekspansi paru,Setelah itu dilakukan perubahan posisi miring kanan dan kiri secara bergantian setiap 2 jam untuk mencegah komplikasi tirah baring Kemudian dilakukan latihan gerak pasif pada ekstremitas atas dan bawah secara perlahan.,Durasi tindakan mobilisasi progresif level 1 biasanya dilakukan sekitar 10–15 menit setiap sesi, dengan pemantauan ketat terhadap tanda-tanda vital dan saturasi oksigen pasien selama tindakan berlangsung,Apabila terjadi penurunan saturasi oksigen, peningkatan frekuensi napas, atau perubahan hemodinamik, maka tindakan mobilisasi harus segera dihentikan (Hinkle & Cheever, 2022).

Hasil penelitian terdahulu menunjukkan bahwa mobilisasi progresif level I memberikan dampak positif terhadap peningkatan saturasi oksigen dan stabilitas hemodinamik pasien kritis. Penelitian Ma'rifah et al. (2025) menemukan adanya peningkatan nilai saturasi oksigen setelah penerapan mobilisasi progresif pada pasien ICU. Penelitian Hully (2025) juga menunjukkan bahwa mobilisasi progresif level I mampu menstabilkan saturasi oksigen pada pasien stroke non hemoragik dengan penurunan kesadaran.

Sementara itu, penelitian Setyaningrum et al. (2017) membuktikan bahwa mobilisasi dini dapat memperbaiki fungsi oksigenasi paru pada pasien stroke. Meskipun demikian, sebagian besar penelitian sebelumnya dilakukan pada populasi pasien kritis secara umum atau hanya menilai efek mobilisasi terhadap parameter hemodinamik. Penelitian yang secara khusus mengkaji penerapan mobilisasi progresif level I terhadap saturasi oksigen pada pasien stroke non hemoragik dengan penurunan kesadaran di ruang ICU masih terbatas. Kondisi ini menunjukkan adanya *research gap* yang perlu diteliti lebih lanjut.

Selain itu, hasil wawancara dengan perawat ICU menunjukkan bahwa tindakan yang rutin dilakukan masih terbatas pada pemberian posisi head up serta perubahan posisi miring kanan dan kiri, sedangkan penerapan mobilisasi progresif level I secara lengkap belum dilakukan secara optimal. (Rekam Medis RS Harapan dan Doa Kota Bengkulu,2026).terdapat kesenjangan antara tingginya angka kejadian stroke dan komplikasi gangguan oksigenasi dengan belum optimalnya penerapan mobilisasi progresif level I sebagai intervensi keperawatan yang berpotensi meningkatkan saturasi oksigen pasien.

Kelebihan mobilisasi progresif level 1 antara lain tindakan ini relatif aman dilakukan pada pasien dengan kondisi kritis karena dilakukan secara bertahap dan sesuai toleransi pasien. Selain itu, tindakan ini tidak memerlukan alat yang kompleks, dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan secara rutin, serta terbukti dapat membantu meningkatkan fungsi respirasi dan sirkulasi pada pasien yang mengalami imobilisasi dalam waktu lama (Potter & Perry, 2021).

Berdasarkan uraian tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai "Penerapan Mobilisasi Progresif Level I dalam Meningkatkan Saturasi Oksigen pada Pasien Stroke dengan Penurunan Kesadaran di Ruang ICU Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu" penting untuk dilakukan.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke dengan Menerapkan Mobilisasi Progresif dalam Meningkatkan Saturasi Oksigen di ruang ICU Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu?.

C. Tujuan penelitian

1. Tujuan Umum

   Diketahui Gambaran Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke dengan Menerapkan Mobilisasi Progresif level 1 dalam Meningkatkan Saturasi Oksigen di ruang ICU Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu?.

2. Tujuan Khusus

   a. Dilaksanankan pengkajian asuhan keperawatan pada pasien stroke?
   b. Dirumuskan diagnosa asuhan keperawatan pada pasien stroke?
   c. Disusun intervensi keperawatan pada pasien stroke?
   d. Dilaksanakan implementasi keperawatan pada pasien stroke?
   e. Dilaksanakan evaluasi keperawatan pada pasie stroke?

D. Manfaat penelitian

1. Bagi Tempat Penelitian (Rumah Sakit)

   Hasil ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi pihak rumah sakit, khususnya ruang ICU, dalam meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan pada pasien stroke dengan penurunan kesadaran. Selain itu, penerapan mobilisasi progresif level 1 dapat dijadikan sebagai salah satu intervensi standar dalam upaya meningkatkan saturasi oksigen pasien, sehingga dapat mempercepat proses pemulihan dan mengurangi risiko komplikasi.

2. Bagi Institusi Pendidikan

   Penelitian ini diharapkan dapat menambah referensi ilmiah dan bahan pembelajaran bagi institusi pendidikan, khususnya di bidang keperawatan. Hasil penelitian ini juga dapat digunakan sebagai sumber informasi dalam pengembangan ilmu keperawatan kritis serta menjadi bahan kajian dalam proses pembelajaran terkait intervensi keperawatan pada pasien stroke di ruang intensif.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

   Penelitian ini diharapkan dapat menjadi dasar atau referensi bagi peneliti selanjutnya yang ingin mengkaji lebih lanjut tentang mobilisasi progresif maupun intervensi lain dalam meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke. Selain itu, penelitian ini dapat dikembangkan dengan metode, variabel, maupun sampel yang lebih luas untuk memperoleh hasil yang lebih komprehensif.

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep stroke

1. Definisi stroke

Stroke adalah kondisi gangguan fungsi otak yang terjadi secara mendadak akibat gangguan aliran darah ke otak, baik karena sumbatan (iskemik) maupun pecahnya pembuluh darah (hemoragik), yang menyebabkan kerusakan jaringan otak dan menimbulkan defisit neurologis sesuai area yang terkena. Kondisi ini merupakan kegawatdaruratan medis yang memerlukan penanganan segera untuk mencegah kecacatan permanen atau kematian (World Health Organization, 2023).

Menurut Centers for Disease Control and Prevention, stroke adalah kondisi ketika aliran darah ke bagian otak terganggu atau berkurang sehingga jaringan otak tidak mendapatkan oksigen dan nutrisi yang cukup, yang dalam hitungan menit dapat menyebabkan sel-sel otak mulai mati (CDC, 2022).Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, stroke merupakan penyakit tidak menular yang terjadi akibat gangguan peredaran darah otak secara mendadak, yang ditandai dengan gejala neurologis fokal maupun global, berlangsung lebih dari 24 jam atau menyebabkan kematian (Kemenkes RI, 2022).

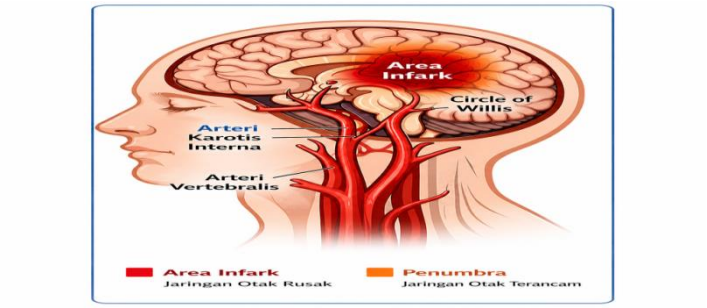
Menurut National Institute of Neurological Disorders and Stroke, stroke adalah gangguan fungsi otak yang terjadi ketika suplai darah ke otak terhenti atau terganggu, sehingga menyebabkan kerusakan jaringan otak dan hilangnya fungsi tubuh yang dikendalikan oleh bagian otak tersebut (NINDS, 2021).Menurut World Stroke Organization, stroke merupakan kondisi klinis yang ditandai oleh timbulnya gejala gangguan fungsi otak secara cepat, yang berlangsung lebih dari 24 jam atau menyebabkan kematian, tanpa penyebab lain selain gangguan vaskular (WSO, 2022)

Dari definisi diatas penulis menyimpulkan,stroke adalah kondisi kegawatdaruratan medis yang terjadi secara tiba-tiba akibat terganggunya aliran darah ke otak, baik karena penyumbatan maupun perdarahan, yang menyebabkan kerusakan jaringan otak sehingga menimbulkan gangguan

fungsi tubuh seperti kelemahan, gangguan bicara, hingga penurunan kesadaran.

2. Anatomi fisiologi stroke

a. Anatomi Otak



Gambar 2. 1 anatomi otak Janice L. Hinkle & Kerry H. Cheever (2021).

Otak merupakan organ vital yang berfungsi sebagai pusat pengendali seluruh aktivitas tubuh, termasuk fungsi motorik, sensorik, kognitif, dan otonom. Secara anatomi, otak terdiri dari beberapa bagian utama yaitu serebrum, serebelum, dan batang otak. Serebrum terbagi menjadi dua hemisfer (kanan dan kiri) yang masing-masing memiliki lobus frontal, parietal, temporal, dan oksipital dengan fungsi spesifik, seperti pengaturan gerakan, sensasi, bahasa, dan penglihatan. Serebelum berperan dalam koordinasi gerakan dan keseimbangan, sedangkan batang otak mengatur fungsi vital seperti pernapasan dan denyut jantung (Snell, 2021).

Otak mendapatkan suplai darah dari dua sistem arteri utama, yaitu arteri karotis interna dan arteri vertebrobasilar. Kedua sistem ini saling berhubungan membentuk sirkulus Willis, yang berfungsi sebagai jalur kolateral untuk menjaga aliran darah otak. Gangguan pada sistem pembuluh darah ini dapat menyebabkan berkurangnya suplai oksigen dan nutrisi ke jaringan otak sehingga memicu terjadinya stroke (Moore et al., 2020).

b. Fisiologi Aliran Darah Otak

Otak membutuhkan sekitar 15–20% dari total curah jantung untuk mempertahankan fungsi normalnya. Aliran darah otak harus tetap stabil melalui mekanisme autoregulasi, yaitu kemampuan pembuluh darah otak untuk mempertahankan aliran darah yang konstan meskipun terjadi perubahan tekanan darah sistemik. Autoregulasi ini sangat penting untuk

menjaga suplai oksigen dan glukosa yang dibutuhkan oleh sel saraf (neuron) (Guyton & Hall, 2021).

Jika aliran darah ke otak menurun, misalnya akibat sumbatan atau pecahnya pembuluh darah, maka suplai oksigen dan glukosa akan terganggu. Kondisi ini menyebabkan gangguan metabolisme sel saraf yang dapat berujung pada kerusakan atau kematian sel (nekrosis). Area inti kerusakan disebut sebagai core infarct, sedangkan area di sekitarnya disebut penumbra yang masih dapat diselamatkan jika penanganan cepat dilakukan (Powers et al., 2020).

c. Fisiologi Terjadinya Stroke

Stroke terjadi akibat gangguan sirkulasi darah otak yang dapat berupa stroke iskemik (karena sumbatan pembuluh darah) atau stroke hemoragik (karena pecahnya pembuluh darah). Pada stroke iskemik, penyumbatan biasanya disebabkan oleh trombus atau embolus yang menghambat aliran darah ke jaringan otak. Hal ini menyebabkan hipoksia dan kegagalan produksi energi (ATP), sehingga terjadi gangguan fungsi pompa ion dan edema sel (Hinkle & Cheever, 2022).

Pada stroke hemoragik, pecahnya pembuluh darah menyebabkan perdarahan ke jaringan otak atau ruang sekitarnya, yang meningkatkan tekanan intrakranial dan merusak jaringan otak secara langsung. Selain itu, darah yang keluar dapat menimbulkan reaksi inflamasi yang memperparah kerusakan jaringan otak (Feigin et al., 2021).

d. Hubungan dengan Saturasi Oksigen

Gangguan aliran darah otak pada stroke berdampak langsung terhadap penurunan suplai oksigen ke jaringan otak. Penurunan saturasi oksigen akan memperparah kondisi hipoksia jaringan dan memperluas area kerusakan otak. Oleh karena itu, intervensi seperti mobilisasi progresif level 1 pada pasien stroke dengan penurunan kesadaran sangat penting untuk membantu meningkatkan ventilasi, memperbaiki perfusi, dan mempertahankan saturasi oksigen dalam batas normal (Widodo et al., 2020).

3. Etiologi stroke

Stroke non hemoragik atau stroke iskemik terjadi akibat tersumbatnya pembuluh darah otak sehingga suplai darah, oksigen, dan nutrisi ke jaringan otak terganggu. Penyumbatan ini menyebabkan terjadinya iskemia hingga infark serebral apabila tidak segera ditangani (Stephen L. Hauser 2022).

Faktor risiko stroke non hemoragik dibedakan menjadi faktor yang dapat dimodifikasi dan faktor yang tidak dapat dimodifikasi. Faktor yang tidak dapat dimodifikasi meliputi usia lanjut, jenis kelamin, riwayat keluarga, dan riwayat stroke sebelumnya. Sedangkan faktor yang dapat dimodifikasi berkaitan dengan gaya hidup dan penyakit tertentu yang dapat dikontrol untuk menurunkan risiko stroke (World Health Organization, 2023).

a. Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor risiko utama stroke non hemoragik. Tekanan darah yang tinggi secara terus-menerus menyebabkan kerusakan dinding pembuluh darah arteri sehingga pembuluh darah menjadi kaku, menyempit, dan mudah mengalami aterosklerosis. Kondisi ini meningkatkan risiko terbentuknya trombus yang dapat menyumbat pembuluh darah otak. Hipertensi yang tidak terkontrol dapat meningkatkan risiko stroke hingga beberapa kali lipat dibandingkan individu dengan tekanan darah normal (World Health Organization, 2023).

b. Diabetes Melitus

Diabetes melitus menyebabkan kadar glukosa darah meningkat sehingga merusak lapisan endotel pembuluh darah. Kerusakan ini mempercepat proses aterosklerosis dan menyebabkan penyempitan pembuluh darah. Selain itu, diabetes juga meningkatkan kekentalan darah sehingga mempermudah terbentuknya bekuan darah yang dapat menyumbat arteri serebral (American Diabetes Association, 2022).

c. Dislipidemia

Dislipidemia adalah kondisi meningkatnya kadar kolesterol total, LDL (Low Density Lipoprotein), dan trigliserida dalam darah. Kadar lemak yang tinggi menyebabkan penumpukan plak pada dinding arteri sehingga aliran darah menuju otak terganggu. Semakin tinggi kadar

kolesterol LDL, maka semakin besar risiko terjadinya aterosklerosis dan stroke iskemik (Hinkle & Cheever, 2021).

d. Merokok

Merokok dapat merusak lapisan pembuluh darah, meningkatkan tekanan darah, dan mempercepat pembentukan plak aterosklerosis. Nikotin dan karbon monoksida dalam rokok juga menyebabkan penyempitan pembuluh darah serta menurunkan kadar oksigen dalam darah. Akibatnya, risiko terjadinya sumbatan pembuluh darah otak menjadi lebih tinggi (World Health Organization, 2023).

e. Obesitas

Obesitas berhubungan erat dengan hipertensi, diabetes melitus, dan dislipidemia yang semuanya merupakan faktor risiko stroke. Penumpukan lemak berlebih dalam tubuh menyebabkan gangguan metabolisme dan meningkatkan kerja jantung sehingga mempercepat kerusakan pembuluh darah (Centers for Disease Control and Prevention, 2023).

f. Kurang Aktivitas Fisik

Kurangnya aktivitas fisik menyebabkan metabolisme tubuh menurun sehingga meningkatkan risiko obesitas, hipertensi, dan penyakit kardiovaskular. Aktivitas fisik yang rendah juga menyebabkan sirkulasi darah kurang optimal dan meningkatkan risiko pembentukan plak pada pembuluh darah (World Health Organization, 2023).

g. Penyakit Jantung

Penyakit jantung seperti fibrilasi atrium, gagal jantung, dan penyakit katup jantung dapat menyebabkan terbentuknya emboli yang kemudian terbawa ke otak melalui aliran darah. Emboli tersebut dapat menyumbat arteri serebral dan menyebabkan stroke non hemoragik secara tiba-tiba (Ignatavicius et al., 2021).

4. Klasifikasi stroke non hemoragik

Klasifikasi penyakit stroke secara umum dibagi menjadi dua kelompok besar, yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik. Pembagian ini didasarkan pada penyebab utama gangguan aliran darah ke otak, apakah karena sumbatan atau perdarahan (Powers et al., 2019).

a. Stroke Iskemik (Non-hemoragik)

Stroke iskemik terjadi akibat adanya sumbatan pada pembuluh darah otak yang menyebabkan berkurangnya aliran darah dan oksigen ke jaringan otak. Stroke ini merupakan jenis yang paling sering terjadi, sekitar 80–85% dari seluruh kasus stroke. Stroke iskemik dapat diklasifikasikan lagi menjadi trombotik (terjadi akibat pembentukan trombus di pembuluh darah otak) dan embolik (terjadi akibat sumbatan yang berasal dari bagian tubuh lain, seperti jantung) (Campbell & Khatri, 2020).

b. Stroke hemoragik

Stroke hemoragik terjadi akibat pecahnya pembuluh darah di otak sehingga menyebabkan perdarahan. Perdarahan ini dapat menekan jaringan otak dan mengganggu fungsi normalnya. Stroke hemoragik dibagi menjadi dua jenis utama, yaitu perdarahan intraserebral (terjadi di dalam jaringan otak) dan perdarahan subaraknoid (terjadi di ruang antara otak dan lapisan pelindungnya). Faktor risiko utama meliputi hipertensi, aneurisma, dan kelainan pembuluh darah (Greenberg et al., 2022).

c. Transient Ischemic Attack (TIA)

TIA atau serangan iskemik sementara merupakan gangguan neurologis sementara akibat berkurangnya aliran darah ke otak yang berlangsung kurang dari 24 jam dan tidak menyebabkan kerusakan permanen. TIA sering disebut sebagai “warning sign” atau tanda peringatan sebelum terjadinya stroke yang lebih berat (Sharon L. Lewis et al2020).

5. Manifestasi klinis

Manifestasi klinis stroke sangat bervariasi tergantung pada lokasi dan luas area otak yang mengalami kerusakan. Gejala biasanya muncul secara mendadak dan dapat berkembang dengan cepat dalam hitungan menit hingga jam (Stephen L. 2022)

a. Gangguan Motorik

Pasien stroke sering mengalami kelemahan atau kelumpuhan pada satu sisi tubuh (hemiparesis atau hemiplegia). Kondisi ini biasanya

mengenai wajah, lengan, dan tungkai pada sisi tubuh yang berlawanan dengan lokasi lesi di otak (Janice L. Hinkle & Kerry H. Cheever 2021).

b. Penurunan Kesadaran

Penurunan perfusi serebral menyebabkan fungsi otak terganggu sehingga pasien dapat mengalami penurunan kesadaran mulai dari somnolen, stupor, hingga koma. Kondisi ini terjadi akibat hipoksia jaringan otak dan gangguan pusat kesadaran (Stephen L. Hauser, 2022).

Penurunan kesadaran menyebabkan refleks batuk dan refleks menelan menurun sehingga sekret menumpuk pada jalan napas. Kondisi ini dapat menimbulkan suara napas tambahan seperti ronchi, batuk tidak efektif, dan peningkatan risiko aspirasi (Ignatavicius et al., 2021).

c. Gangguan Pernapasan

Gangguan pusat pernapasan pada otak dapat menyebabkan hipoventilasi sehingga terjadi ketidakseimbangan ventilasi dan perfusi paru. Akibatnya pasien mengalami hipoksemia yang ditandai dengan penurunan saturasi oksigen, sesak napas, takipnea, penggunaan otot bantu napas, dan sianosis (Hinkle & Cheever, 2021).

d. Edema Serebral

Kerusakan jaringan otak akibat iskemia dapat menyebabkan peningkatan permeabilitas pembuluh darah sehingga cairan masuk ke jaringan otak dan menimbulkan edema serebral. Kondisi ini dapat memperberat peningkatan tekanan intrakranial dan memperburuk kondisi neurologis pasien (Stephen L. Hauser, 2022).

6. Patofiologi

Stroke terjadi akibat gangguan aliran darah ke otak yang menyebabkan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen serta glukosa pada jaringan otak. Kondisi ini memicu serangkaian proses biokimia dan seluler yang berujung pada kerusakan hingga kematian sel saraf (Stephen L. Hauser 2022).

a. Terjadinya Sumbatan Pembuluh Darah

Patofisiologi stroke non hemoragik dimulai dari adanya sumbatan pada arteri serebral akibat trombus atau embolus. Trombus biasanya terbentuk pada pembuluh darah yang mengalami aterosklerosis,

sedangkan embolus sering berasal dari jantung atau pembuluh darah besar lainnya (Allan H. Ropper & Martin A. Samuels 2019).

b. Penurunan Perfusi Otak

Sumbatan pembuluh darah menyebabkan aliran darah ke jaringan otak menurun sehingga terjadi hipoperfusi dan iskemia. Akibatnya, otak mengalami kekurangan oksigen dan glukosa yang diperlukan untuk metabolisme sel (Sharon L. Lewis et al. 2020).

c. Gangguan Produksi Energi (ATP)

Kekurangan oksigen menyebabkan sel saraf tidak mampu menghasilkan ATP dalam jumlah cukup. Hal ini mengakibatkan kegagalan pompa natrium-kalium (Na^+/K^+ ATPase) sehingga natrium dan air masuk ke dalam sel dan menyebabkan edema seluler (Janice L. Hinkle & Kerry H. 2021).

d. Eksitotoksisitas

Kerusakan metabolisme menyebabkan pelepasan glutamat secara berlebihan. Glutamat meningkatkan masuknya ion kalsium ke dalam neuron yang memicu aktivasi enzim destruktif dan kerusakan struktur sel saraf (Joyce M. Black & Jane Hokanson Hawks 2019).

e. Stres Oksidatif dan Inflamasi

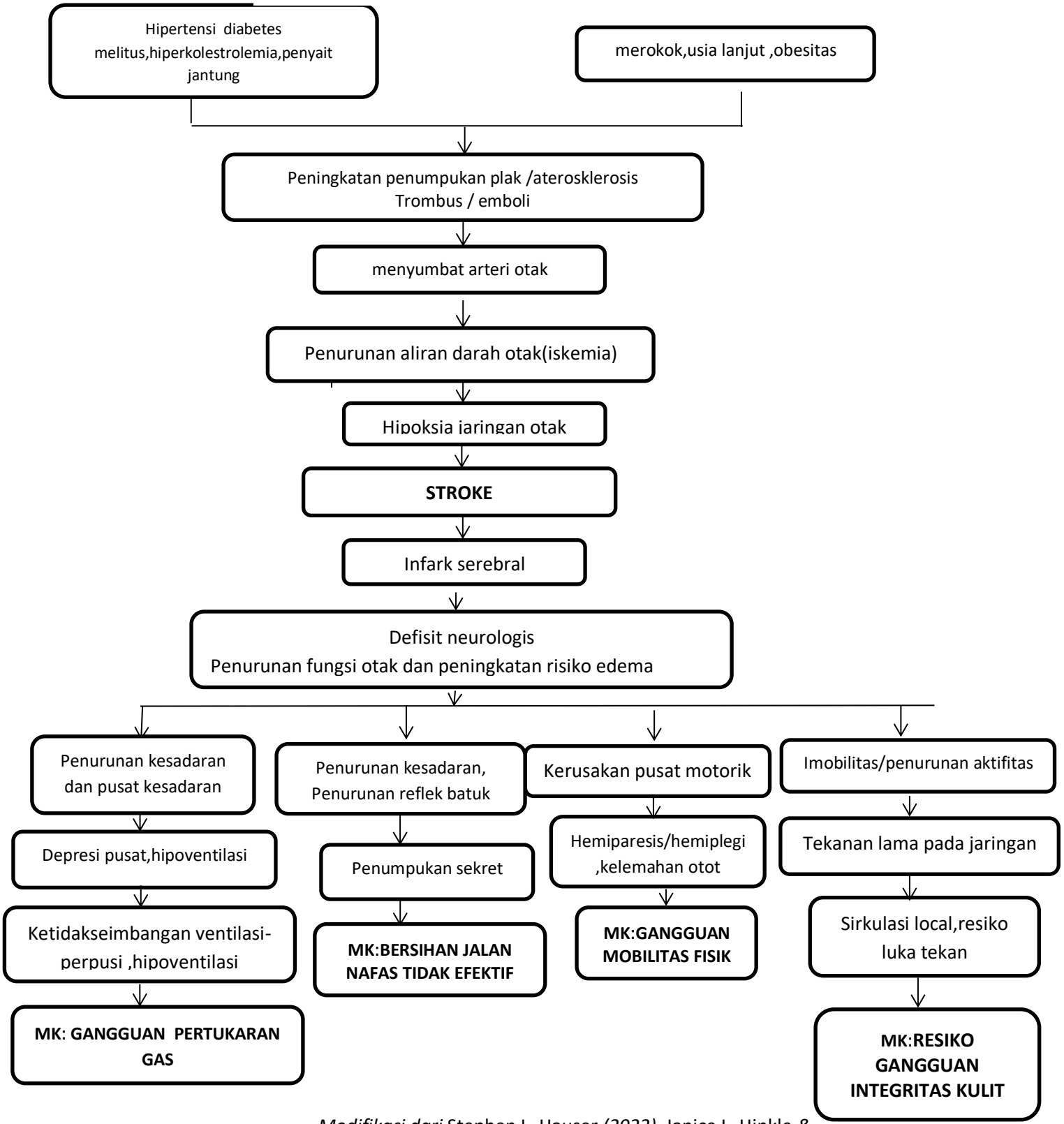
Proses iskemia memicu pembentukan radikal bebas yang merusak membran sel, protein, dan DNA. Selain itu, respon inflamasi menyebabkan pelepasan mediator inflamasi yang memperburuk kerusakan jaringan otak (Stephen L. Hauser, 2022).

f. Infark dan Kematian Sel Otak

Jika iskemia berlangsung terus-menerus, maka sel-sel otak akan mengalami nekrosis dan apoptosis sehingga terbentuk area infark serebral. Area inti infark merupakan jaringan otak yang telah mengalami kerusakan permanen, sedangkan area di sekitarnya disebut penumbra iskemik yang masih dapat diselamatkan apabila reperfusi dilakukan secara cepat dan tepat. Kematian sel otak ini menyebabkan hilangnya fungsi neurologis sesuai area otak yang terkena (Stephen L. Hauser 2022).

7. (way of cause) WOC

Bagan 2. 1 way of the cause



Modifikasi dari Stephen L. Hauser *(2022),* Janice L. Hinkle *&* Kerry H. Cheever *(2021), serta SDKI PPNI (2018).*

8. Pencegahan

Pencegahan stroke dibagi menjadi pencegahan primer dan sekunder. Pencegahan primer bertujuan mencegah terjadinya stroke pada individu yang belum pernah mengalami stroke, sedangkan pencegahan sekunder bertujuan mencegah kekambuhan pada pasien yang sudah pernah mengalami stroke (Feigin et al., 2021).

Pencegahan primer dilakukan dengan mengendalikan faktor risiko seperti hipertensi, diabetes melitus, dislipidemia, merokok, obesitas, dan kurang aktivitas fisik. Perubahan gaya hidup seperti diet sehat (rendah garam dan lemak), olahraga teratur, serta menghindari konsumsi alkohol berlebihan sangat dianjurkan untuk menurunkan risiko stroke (O'Donnell et al., 2020).

Pencegahan sekunder pada pasien stroke meliputi penggunaan terapi farmakologis seperti antiplatelet (misalnya aspirin), antikoagulan pada pasien dengan fibrilasi atrium, serta pengendalian tekanan darah dan kadar gula darah. Selain itu, rehabilitasi dan edukasi pasien juga penting untuk mencegah serangan ulang (Kleindorfer et al., 2021).

9. Pemeriksaan Penunjang Stroke

Pemeriksaan penunjang pada pasien stroke bertujuan untuk menegakkan diagnosis, menentukan jenis stroke, serta menentukan penatalaksanaan yang tepat (Powers et al., 2019).

Pemeriksaan pencitraan otak merupakan pemeriksaan utama, seperti CT Scan kepala yang digunakan untuk membedakan stroke iskemik dan hemoragik secara cepat. MRI otak lebih sensitif dalam mendeteksi kerusakan jaringan otak terutama pada fase awal stroke iskemik (Campbell & Khatri, 2020).

Pemeriksaan laboratorium juga penting, meliputi pemeriksaan darah lengkap, kadar glukosa darah, profil lipid, fungsi ginjal, serta pemeriksaan koagulasi untuk mengetahui faktor risiko dan kondisi penyerta pasien stroke (Greenberg et al., 2022).

Pemeriksaan penunjang lain seperti elektrokardiografi (EKG) digunakan untuk mendeteksi gangguan irama jantung seperti fibrilasi atrium yang dapat menyebabkan stroke embolik. Selain itu, pemeriksaan Doppler karotis atau

angiografi digunakan untuk menilai adanya penyempitan atau sumbatan pada pembuluh darah otak (Kernan et al., 2020).

10. Penatalaksanaan pada Pasien Stroke

a. Farmakologi

Penatalaksanaan farmakologis pada stroke non hemoragik bertujuan untuk mengembalikan aliran darah ke otak, mencegah perluasan infark, serta mencegah kekambuhan.

1) Trombolitik

Obat utama adalah Alteplase (rt-PA) yang digunakan untuk melarutkan bekuan darah. Diberikan dalam waktu ≤4,5 jam sejak onset gejala dan harus memenuhi kriteria tertentu.

2) Antiplatelet

Seperti Aspirin dan Clopidogrel untuk mencegah agregasi trombosit dan pembentukan trombus baru.

3) Antikoagulan

Seperti Heparin atau Warfarin digunakan pada kondisi tertentu, misalnya stroke akibat emboli dari jantung (fibrilasi atrium).

4) Statin

Seperti Simvastatin atau Atorvastatin untuk menurunkan kadar kolesterol dan mencegah aterosklerosis lebih lanjut.

5) Antihipertensi

Digunakan secara hati-hati, misalnya Captopril atau Amlodipine untuk mengontrol tekanan darah.

(Powers et al., 2020; Hinkle & Cheever, 2022)

6) Terapi Pendukung

Selain terapi utama, diberikan juga terapi suportif seperti:

a) Oksigenasi (jika saturasi <94%)
b) Kontrol gula darah
c) Terapi cairan intravena

d) Antipiretik jika demam *Guyton & Hall, 2021; WHO Stroke Guidelines, 2020)*

b. Terapi non farmakologi

1) Terapi Oksigen

Pemberian oksigen dilakukan untuk mempertahankan saturasi oksigen dan mencegah hipoksia jaringan otak (menurut Stephen L. Hauser, 2022).

2) Fisioterapi dan Rehabilitasi

Fisioterapi membantu meningkatkan kekuatan otot, keseimbangan, koordinasi, dan kemampuan aktivitas sehari-hari pasien (menurut World Stroke Organization, 2022).

3) Terapi Wicara

Dilakukan pada pasien dengan afasia atau disfagia untuk membantu memperbaiki kemampuan bicara dan menelan.

4) Pengaturan Nutrisi

Pasien stroke memerlukan nutrisi yang adekuat untuk mempercepat pemulihan. Pada pasien disfagia dapat diberikan makanan lunak atau melalui selang nasogastrik (NGT).

5) Pencegahan Komplikasi

Meliputi:

a) Perubahan posisi tiap 2 jam
b) Latihan ROM (Range of Motion)
c) Pencegahan aspirasi
d) Perawatan kulit

(menurut Sharon L. Lewis et al., 2020)

6) Mobilisasi progresif level 1

Mobilisasi progresif level 1 merupakan intervensi awal yang diberikan pada pasien stroke dengan kondisi kritis atau penurunan kesadaran. Terapi ini dilakukan secara bertahap dan hati-hati dengan tujuan untuk meningkatkan fungsi respirasi, memperbaiki sirkulasi

darah, serta mencegah komplikasi akibat imobilisasi. Bentuk tindakan mobilisasi progresif level 1 meliputi:

a) Perubahan posisi (miring kanan/kiri) setiap 2 jam
b) Elevasi kepala tempat tidur sekitar 15–30°
c) Latihan rentang gerak pasif (passive range of motion)
d) Latihan pernapasan pasif atau stimulasi respirasi

Mobilisasi ini membantu meningkatkan ekspansi paru dan ventilasi alveoli sehingga dapat meningkatkan saturasi oksigen (SpO_2). Selain itu, mobilisasi dini juga berperan dalam mencegah komplikasi seperti pneumonia, atelektasis, dan penurunan kapasitas paru (Bernhardt et al., 2022; Septianingrum et al., 2024).

Penerapan mobilisasi progresif level 1 terbukti dapat meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke, terutama yang mengalami penurunan kesadaran. Perubahan posisi dan elevasi kepala membantu memperbaiki ventilasi-perfusi paru, sehingga distribusi oksigen menjadi lebih optimal. Selain itu, latihan gerak pasif dapat meningkatkan aliran darah ke jaringan, termasuk paru-paru, sehingga mendukung proses oksigenasi (Widodo et al., 2023; Sabma et al., 2024).

B. Konsep gangguan pertukaran gas

1. Definisi gangguan pertukaran gas

Gangguan pertukaran gas adalah kondisi dimana terjadi ketidakseimbangan antara oksigen (O_2) yang masuk ke dalam sirkulasi darah dan karbon dioksida (CO_2) yang dikeluarkan dari tubuh, sehingga kebutuhan oksigen jaringan tidak terpenuhi secara adekuat. Kondisi ini terjadi akibat gangguan pada proses ventilasi, perfusi, atau difusi di alveoli paru. Secara klinis, gangguan ini ditandai dengan hipoksemia (penurunan kadar O_2 dalam darah) dan/atau hiperkapnia (peningkatan kadar CO_2 dalam darah), yang dapat berdampak pada fungsi organ vital seperti otak dan jantung (Hinkle & Cheever, 2022).

Gangguan pertukaran gas merupakan masalah serius pada pasien kritis, termasuk pasien stroke dengan penurunan kesadaran, karena dapat memperburuk kondisi neurologis akibat kurangnya suplai oksigen ke jaringan otak (Guyton & Hall, 2021).

2. Penyebab gangguan pertukaran gas

Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia dalam *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*, penyebab atau faktor yang berhubungan dengan Gangguan Pertukaran Gas (D.0003) meliputi**:**

a. Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi
b. Perubahan membran alveolus-kapiler
c. Penurunan kapasitas difusi paru
d. Hipoventilasi
e. Gangguan suplai oksigen
f. Perubahan kadar hemoglobin
g. Ketidakseimbangan oksigen dan karbon dioksida
h. Penurunan ekspansi paru
i. Penumpukan sekret pada jalan napas
j. Gangguan fungsi pusat pernapasan

Pada pasien stroke, gangguan pertukaran gas umumnya terjadi akibat penurunan kesadaran yang menyebabkan hipoventilasi, penurunan refleks batuk, penumpukan sekret, serta ketidakseimbangan ventilasi dan perfusi sehingga terjadi hipoksemia dan penurunan saturasi oksigen (PPNI, 2018).

3. Tanda dan Gejala gangguan pertukaran gas

Tanda dan Gejala Mayor

Subjektif (DS)

Dispnea (sesak napas)

Objektif (DO)

a. PCO_2 meningkat/menurun
b. PO_2 menurun
c. Takikardia
d. pH arteri abnormal

e. Bunyi napas tambahan
f. Sianosis
g. Diaforesis
h. Gelisah
i. Penggunaan otot bantu napas
j. Pola napas abnormal

Tanda dan Gejala Minor

Subjektif (DS)

a. Pusing
b. Penglihatan kabur

Objektif (DO)

a. Napas cuping hidung
b. Produksi sputum meningkat
c. Hipoksemia
d. Hiperkapnia
e. Kesadaran menurun

Pada pasien stroke dengan penurunan kesadaran, tanda mayor yang sering ditemukan yaitu sesak napas, penurunan saturasi oksigen, penggunaan otot bantu napas, pola napas abnormal, dan hipoksemia akibat gangguan ventilasi-perfusi (PPNI, 2018).

4. Patofisiologi gangguan pertukaran gas

Patofisiologi gangguan pertukaran gas melibatkan ketidakseimbangan antara ventilasi (udara yang masuk ke alveoli) dan perfusi (aliran darah ke kapiler paru), yang dikenal sebagai ketidakseimbangan ventilasi-perfusi (V/Q mismatch). Pada kondisi normal, ventilasi dan perfusi berada dalam keseimbangan sehingga pertukaran gas berlangsung optimal.

Ketika terjadi gangguan, misalnya alveoli terisi cairan atau kolaps (atelektasis), maka oksigen tidak dapat berdifusi secara optimal ke dalam darah. Selain itu, penebalan membran alveolus atau berkurangnya luas permukaan alveoli akan memperlambat proses difusi gas. Hal ini menyebabkan penurunan

tekanan parsial oksigen dalam darah (PaO_2) dan peningkatan karbon dioksida ($PaCO_2$) (Guyton & Hall, 2021).

Hipoksemia yang terjadi akan memicu kompensasi tubuh berupa peningkatan frekuensi napas dan denyut jantung. Namun, jika kondisi berlanjut, akan terjadi kegagalan kompensasi yang dapat menyebabkan asidosis respiratorik, kerusakan organ, hingga kematian (West, 2020).

Pada pasien stroke, gangguan perfusi otak akibat hipoksemia dapat memperluas area kerusakan jaringan otak, terutama pada area penumbra yang masih berpotensi untuk diselamatkan (Powers et al., 2020).

5. Cara Mengukur

Penilaian gangguan pertukaran gas dilakukan melalui pemeriksaan klinis dan penunjang. Salah satu metode utama adalah analisis gas darah (AGD) yang memberikan informasi tentang tekanan parsial oksigen (PaO_2), karbon dioksida ($PaCO_2$), pH darah, serta keseimbangan asam-basa.

Selain itu, pulse oximetry digunakan untuk mengukur saturasi oksigen (SpO_2) secara non-invasif. Nilai normal SpO_2 berkisar antara 95–100%, dan penurunan di bawah nilai tersebut menunjukkan adanya gangguan oksigenasi.

Pemeriksaan lain seperti foto rontgen dada, CT-scan, atau pemeriksaan fungsi paru juga dapat dilakukan untuk mengetahui penyebab gangguan pertukaran gas. Pada pasien stroke di ICU, pemantauan saturasi oksigen secara kontinu sangat penting untuk mendeteksi perubahan kondisi secara dini (Smeltzer et al., 2021).

C. Konsep penerapan mobilisasi progresif level 1

1. Definisi mobilisasi progresif level 1

Mobilisasi progresif level 1 merupakan tahap awal dari intervensi mobilisasi dini pada pasien kritis yang dilakukan secara bertahap, sistematis, dan disesuaikan dengan kondisi klinis pasien. Pada level ini, mobilisasi masih bersifat pasif, meliputi perubahan posisi tubuh, elevasi kepala tempat tidur (head up), serta latihan rentang gerak pasif (passive range of motion/ROM). Intervensi ini bertujuan untuk mempertahankan fungsi fisiologis tanpa

memberikan beban berlebih pada pasien, terutama pada pasien dengan penurunan kesadaran (Hodgson et al., 2022).

Mobilisasi progresif level 1 juga diartikan sebagai upaya stimulasi dini terhadap sistem muskuloskeletal, kardiovaskular, dan respirasi melalui aktivitas minimal yang aman. Tindakan ini dilakukan pada pasien yang belum mampu melakukan aktivitas mandiri, dengan tujuan mencegah dampak negatif dari imobilisasi seperti penurunan fungsi paru, kelemahan otot, serta gangguan sirkulasi (Schaller et al., 2020).

Secara klinis, mobilisasi progresif level 1 merupakan bagian dari strategi perawatan intensif (critical care) yang menekankan pentingnya mobilisasi dini untuk meningkatkan outcome pasien. Intervensi ini berfokus pada stabilisasi kondisi pasien sambil tetap memberikan stimulasi fisiologis ringan untuk mendukung fungsi organ, termasuk peningkatan ventilasi paru dan distribusi oksigen ke jaringan (Bernhardt et al., 2021).

Pada pasien stroke dengan penurunan kesadaran, mobilisasi progresif level 1 menjadi intervensi yang sangat penting karena kondisi imobilisasi total dapat memperburuk oksigenasi dan meningkatkan risiko komplikasi seperti atelektasis dan pneumonia. Oleh karena itu, mobilisasi ini tidak hanya berfungsi sebagai tindakan preventif, tetapi juga sebagai terapi suportif untuk membantu meningkatkan saturasi oksigen dan mempercepat proses pemulihan (Hodgson et al., 2022).

2. Jenis Mobilisasi Progresif

Mobilisasi progresif pada pasien kritis umumnya dibagi menjadi beberapa level berdasarkan kemampuan dan kondisi pasien, yaitu:

a. Level 1: Mobilisasi pasif (ROM pasif, reposisi, elevasi kepala tempat tidur)
b. Level 2: Mobilisasi aktif terbantu (duduk di tempat tidur, latihan aktif ringan)
c. Level 3: Mobilisasi aktif (duduk di tepi tempat tidur, berdiri dengan bantuan)
d. Level 4: Mobilisasi lanjut (berjalan dengan atau tanpa alat bantu)

Klasifikasi ini digunakan untuk menyesuaikan intervensi dengan kondisi klinis pasien sehingga aman dan efektif (Schaller et al., 2020).

3. Tujuan

Tujuan mobilisasi progresif level 1 pada pasien stroke dengan penurunan kesadaran meliputi:

a. Meningkatkan saturasi oksigen (SpO_2)
b. Memperbaiki ventilasi dan perfusi paru
c. Mencegah komplikasi imobilisasi seperti atelektasis dan pneumonia
d. Mempertahankan fungsi sendi dan otot
e. Mendukung pemulihan kondisi neurologis pasien

Mobilisasi dini terbukti membantu meningkatkan outcome klinis pasien kritis (Bernhardt et al., 2021).

4. Indikasi

Mobilisasi progresif level 1 diberikan pada:

a. Pasien stroke dengan penurunan kesadaran
b. Pasien di ruang ICU dengan kondisi stabil
c. Pasien yang belum mampu melakukan mobilisasi aktif
d. Pasien dengan tirah baring total

Indikasi ini mempertimbangkan keamanan serta kemampuan pasien dalam mentoleransi tindakan (Hodgson et al., 2022).

5. Manfaat

Manfaat mobilisasi progresif level 1 antara lain:

a. Meningkatkan oksigenasi dan saturasi oksigen
b. Mencegah komplikasi paru (atelektasis, pneumonia)
c. Meningkatkan sirkulasi darah
d. Mencegah dekubitus
e. Mengurangi risiko trombosis vena dalam (DVT)
f. Mempercepat pemulihan pasien

Mobilisasi dini berperan penting dalam meningkatkan kualitas perawatan pasien stroke (Schaller et al., 2020).

6. Mekanisme mobilisasi progresif level 1

Mobilisasi progresif level 1 merupakan tahap awal mobilisasi pada pasien kritis, termasuk pasien stroke dengan penurunan kesadaran, yang dilakukan secara pasif seperti perubahan posisi dan latihan rentang gerak (ROM). Intervensi ini bertujuan untuk mempertahankan fungsi fisiologis dasar, mencegah komplikasi akibat imobilisasi, serta mendukung peningkatan oksigenasi jaringan (Morris et al., 2020).

Perubahan posisi seperti miring kanan/kiri dan semi-Fowler membantu meningkatkan ekspansi paru dengan memungkinkan diafragma bergerak lebih optimal. Kondisi ini akan meningkatkan ventilasi alveoli sehingga pertukaran gas (oksigen dan karbon dioksida) menjadi lebih efektif dan berdampak pada peningkatan saturasi oksigen dalam darah (Hinkle & Cheever, 2022).

Mobilisasi juga berperan dalam meningkatkan perfusi paru melalui redistribusi aliran darah. Pada pasien dengan tirah baring lama, perfusi paru cenderung tidak merata. Dengan perubahan posisi, rasio ventilasi-perfusi (V/Q) menjadi lebih seimbang sehingga meningkatkan efisiensi oksigenasi (Stiller, 2021).

Selain itu, mobilisasi progresif level 1 dapat mencegah terjadinya atelektasis akibat imobilisasi. Perubahan posisi tubuh membantu membuka alveoli yang kolaps melalui perubahan tekanan intratorakal, sehingga meningkatkan luas permukaan pertukaran gas di paru-paru (West, 2020).

Latihan ROM pasif pada ekstremitas juga membantu meningkatkan sirkulasi sistemik dengan memperlancar aliran darah balik vena (venous return) ke jantung. Hal ini akan meningkatkan curah jantung dan distribusi oksigen ke seluruh jaringan tubuh, termasuk otak yang mengalami gangguan perfusi pada pasien stroke (Guyton & Hall, 2021).

Perubahan posisi secara berkala juga membantu mobilisasi sekret pada saluran pernapasan sehingga dapat mencegah penumpukan sekret dan risiko infeksi paru. Dengan jalan napas yang lebih bersih, proses ventilasi menjadi lebih optimal dan saturasi oksigen dapat dipertahankan dalam batas normal (Stiller, 2021).

Peningkatan saturasi oksigen sangat penting pada pasien stroke karena dapat membantu mempertahankan suplai oksigen ke jaringan otak, terutama pada area penumbra yang masih dapat diselamatkan. Dengan demikian, mobilisasi progresif level 1 berperan dalam mencegah perluasan kerusakan jaringan otak dan mendukung proses pemulihan neurologis (Powers et al., 2020).

7. Standar Operasional Prosedur (SOP)

Tabel 2. 1 SOP

Tahap	Tindakan
Persiapan	1. Cuci tangan dan gunakan APD sesuai prosedur
	2. Identifikasi identitas pasien sesuai gelang dan rekam medis
	3. Jelaskan prosedur kepada keluarga pasien
	4. Siapkan alat: bantal, pulse oximeter, tensimeter, sarung tangan
	5. Pastikan kondisi pasien stabil TTV sebelum tindakan
Observasi Awal	1. Monitor tekanan darah, nadi, respirasi, suhu, dan SpO_2di ibu jari kanan 10 menit sebelum melakukan tindakan
Pelaksanaan	1. Atur posisi head up/semi Fowler 15–30°
	2. Lakukan reposisi miring kanan dan kiri setiap 2 jam
	3. Berikan penopang menggunakan bantal pada area tubuh tertentu
	4. Lakukan ROM pasif pada ekstremitas atas dan bawah
	5. Lakukan latihan pernapasan pasif/stimulasi respirasi sesuai toleransi pasien
	6. Observasi respon pasien selama tindakan
	7. Pantau adanya tanda distress seperti sesak, sianosis, atau penurunan SpO_2
Evaluasi	1. Nilai perubahan saturasi oksigen setelah mobilisasi
	2. Monitor kembali tanda vital pasien setelah 10 menit
	3. Hentikan tindakan bila pasien tidak toleran terhadap mobilisasi
Terminasi	1. Rapikan pasien dan posisikan dengan nyaman
	2. Cuci tangan setelah tindakan
Dokumentasi	1. Catat hasil tindakan, respon pasien, dan perubahan SpO_2 pada lembar observasi

Hodgson et al. (2022); Hinkle & Cheever (2021); Schaller et al. (2020).

8. State of the Art (Penelitian Sebelumnya)

Tabel 2. 2 State of the Art

No	Peneliti/Tahun	Judul Penelitian	Metode	Hasil Penelitian
1	Fatin Nurhayati, Eska Dwi Prajayanti, & Sumardi (2023)	Penerapan Mobilisasi Progresif Level I Terhadap Tekanan Darah dan Saturasi Oksigen Pada Pasien Penurunan Kesadaran di ICU RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri	Studi kasus deskriptif pada 2 pasien	Hasil menunjukkan adanya peningkatan saturasi oksigen setelah diberikan mobilisasi progresif level I selama 3 hari. Mobilisasi progresif level I dapat digunakan sebagai intervensi nonfarmakologis pada pasien dengan penurunan kesadaran.
2	Dela Natalia Olin Hully (2025)	Pengaruh Mobilisasi Progresif Level I Terhadap Tekanan Darah dan Saturasi Oksigen Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Penurunan Kesadaran di Ruangan ICU Rumah Sakit Immanuel Bandung	Studi kasus deskriptif	Terdapat pengaruh mobilisasi progresif level I terhadap peningkatan saturasi oksigen dan stabilisasi tekanan darah pada pasien stroke non hemoragik dengan penurunan kesadaran. Mobilisasi yang dilakukan secara rutin membantu memperbaiki oksigenasi pasien.
3	Ghoniatul Ma'rifah, Hermawati, & Neny Utami (2025)	Penerapan Mobilisasi Progresif Level 1 untuk Meningkatkan Saturasi Oksigen pada Pasien Kritis di ICU RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen	Studi kasus	Nilai saturasi oksigen meningkat dari 93% menjadi 97% setelah penerapan mobilisasi progresif level 1. Intervensi yang diberikan meliputi head of bed 30°, ROM pasif, dan Continuous Lateral Rotation Therapy (CLRT).
4	Natalia Ruthanaya Samosir & Yosi Oktarina (2024)	Penerapan Intervensi Mobilisasi Progresif Level I Terhadap Tekanan Darah, Saturasi Oksigen, dan Frekuensi Nadi pada Pasien Kritis di Ruang	Studi penerapan kasus	Mobilisasi progresif level I terbukti meningkatkan saturasi oksigen dan memperbaiki status hemodinamik pasien kritis yang dirawat di

	ICU RSUD Raden Mattaher Kota Jambi	ICU.

D. Konsep asuhan keperawatan

1. Pengkajian

a. Pengkajian anamnesa

Tabel 2. 3 Pengkajian anamnesa

No	Anamnesa	Hasil anamnesa
1.	identitas	Identitas pasien merupakan data dasar yang digunakan untuk mengenali pasien secara tepat dan menghindari kesalahan dalam pemberian asuhan keperawatan. Data yang dikaji meliputi:Nama lengkap pasien, Umur ,Jenis kelamin,Agama,Pendidikan terakhir, Pekerjaan, Status perkawinan,Alamat tempat tinggal ,Nomor rekam medis, Tanggal masuk rumah sakit, Ruangan/perawatan, Diagnosa medis, Identitas pasien penting untuk mendukung proses administrasi, komunikasi antar tenaga kesehatan, serta sebagai dasar dalam perencanaan asuhan keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien (Hinkle & Cheever, 2021).
2.	Keluhan utama	Pasien datang dengan keluhan penurunan kesadaran yang terjadi secara tiba-tiba disertai kelemahan pada salah satu sisi tubuh (hemiparesis). Sebelum tidak sadar, pasien dilaporkan mengalami bicara pelo, pusing, dan sulit menggerakkan anggota tubuh. Saat dilakukan pengkajian, pasien tidak dapat memberikan keluhan secara verbal sehingga data diperoleh dari keluarga (Hinkle & Cheever, 2021).
3.	Riwayat penyakit sekarang	Riwayat penyakit sekarang berisi keluhan utama dan kronologi terjadinya stroke hingga pasien dirawat. Pada pasien stroke dengan penurunan kesadaran, biasanya diawali dengan gejala seperti kelemahan mendadak pada salah satu sisi tubuh, bicara pelo (disartria), sakit kepala hebat, pusing, hingga penurunan kesadaran. Perlu dikaji waktu onset (kapan gejala mulai muncul), progresivitas gejala, serta tindakan yang sudah dilakukan sebelum masuk rumah sakit. Informasi ini penting untuk menentukan jenis stroke dan penatalaksanaan yang tepat (Hinkle & Cheever, 2021).
4.	Riwayat penyakit dahulu	Riwayat penyakit dahulu meliputi penyakit-penyakit yang menjadi faktor risiko stroke, seperti hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung (misalnya fibrilasi atrium), hiperlipidemia, serta riwayat stroke sebelumnya. Selain itu, perlu dikaji juga riwayat kebiasaan seperti merokok, konsumsi alkohol, pola makan, dan aktivitas fisik. Riwayat ini penting untuk mengetahui penyebab dan faktor predisposisi yang mempengaruhi kondisi pasien saat ini (Ignatavicius et al., 2021).
5.	Riwayat	Riwayat penyakit keluarga merupakan bagian penting dalam

	penyakit keluarga	pengkajian keperawatan yang bertujuan untuk mengidentifikasi adanya faktor genetik atau kecenderungan penyakit dalam keluarga yang dapat mempengaruhi kondisi pasien. Pada pasien stroke, perlu dikaji apakah terdapat anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit seperti hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, hiperlipidemia, atau stroke sebelumnya (Hinkle & Cheever, 2021). Selain itu, penting juga untuk mengetahui hubungan keluarga (ayah, ibu, saudara kandung) yang mengalami penyakit tersebut, serta usia saat pertama kali terdiagnosis. Riwayat ini membantu dalam mengidentifikasi faktor risiko herediter yang dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya stroke dan komplikasinya pada pasien (Ignatavicius et al., 2021). Jika tidak terdapat riwayat penyakit dalam keluarga, tetap perlu dicatat sebagai "tidak ada riwayat penyakit keluarga" sebagai bagian dari dokumentasi pengkajian yang lengkap. Data ini juga penting dalam perencanaan edukasi kesehatan bagi keluarga terkait pencegahan dan pengendalian faktor risiko stroke (Hinkle & Cheever, 2021).
6.	psokologis	Psikologis bertujuan untuk menilai kondisi mental dan emosional pasien akibat penyakit yang dialami. Pada pasien stroke, terutama dengan penurunan kesadaran, gangguan psikologis dapat berupa kecemasan, depresi, perubahan perilaku, hingga gangguan kognitif. Perawat perlu mengkaji respon emosional pasien terhadap penyakitnya, tingkat kecemasan, mekanisme koping, serta dukungan dari keluarga. Selain itu, pada pasien dengan kesadaran menurun, pengkajian psikologis dapat dilakukan melalui observasi perilaku, respon terhadap rangsangan, serta informasi dari keluarga mengenai kondisi psikologis pasien sebelum sakit. Pengkajian ini penting untuk menentukan pendekatan keperawatan yang tepat dan mendukung proses pemulihan pasien (Ignatavicius et al., 2021).
7.	spiritual	Spiritual bertujuan untuk mengetahui kebutuhan spiritual pasien yang dapat mempengaruhi proses penyembuhan. Pada pasien stroke, kondisi sakit dan penurunan kesadaran seringkali menimbulkan kebutuhan spiritual yang meningkat, seperti kebutuhan untuk berdoa, mendapatkan dukungan rohani, serta keyakinan terhadap kesembuhan,Hal yang dikaji meliputi agama yang dianut, kebiasaan ibadah, kebutuhan dukungan rohani, serta keyakinan pasien terhadap penyakit yang dialami. Pada pasien dengan penurunan kesadaran, pemenuhan kebutuhan spiritual dapat dilakukan dengan melibatkan keluarga, seperti membacakan doa atau memberikan dukungan sesuai keyakinan pasien. Pendekatan spiritual terbukti dapat meningkatkan kenyamanan dan kualitas hidup pasien (Hinkle & Cheever, 2021).
8.	Prilaku yang mempenga	Perilaku yang mempengaruhi kesehatan merupakan kebiasaan atau gaya hidup pasien yang dapat menjadi faktor risiko terjadinya stroke maupun mempengaruhi proses

	ruhi kesehatan	penyembuhan. Pengkajian ini penting untuk mengetahui penyebab yang dapat dimodifikasi serta sebagai dasar edukasi kesehatan (Hinkle & Cheever, 2021). Beberapa perilaku yang perlu dikaji antara lain: 1. Kebiasaan merokok Dikaji apakah pasien memiliki riwayat merokok, jumlah batang per hari, serta lamanya merokok. Merokok dapat meningkatkan risiko terjadinya stroke karena menyebabkan kerusakan pembuluh darah. 2. Konsumsi alkohol Dikaji frekuensi dan jumlah konsumsi alkohol. Konsumsi alkohol berlebihan dapat meningkatkan tekanan darah dan risiko stroke. 3. Pola makan Dikaji jenis makanan yang sering dikonsumsi, seperti makanan tinggi lemak, garam, dan kolesterol. Pola makan tidak sehat dapat menyebabkan hipertensi dan aterosklerosis. 4. Aktivitas fisik Dikaji tingkat aktivitas sehari-hari, apakah pasien rutin berolahraga atau cenderung sedentari (kurang aktivitas). Kurangnya aktivitas fisik dapat meningkatkan risiko penyakit kardiovaskular. 5. Kepatuhan pengobatan Dikaji apakah pasien rutin mengonsumsi obat yang diresepkan (misalnya antihipertensi atau antidiabetes). Ketidakpatuhan dapat memperburuk kondisi penyakit. 6. Manajemen stress Dikaji bagaimana pasien mengelola stres. Stres yang tidak terkontrol dapat memicu peningkatan tekanan darah. 7. Pola tidur dan istirahat Dikaji kualitas dan durasi tidur pasien. Gangguan tidur dapat mempengaruhi kesehatan secara keseluruhan. Perilaku-perilaku tersebut berperan penting dalam terjadinya stroke dan juga mempengaruhi proses pemulihan pasien, sehingga perlu dilakukan edukasi dan perubahan gaya hidup yang lebih sehat (Ignatavicius et al., 2021).

b. **Pola aktivitas sehari- hari**

Tabel 2. 4 pola aktifitas sehari-hari

No	Pola Sehari-hari	Selama Sakit
1.	Pola Nutrisi	
	Makan:	
	a. Jenis	Diet lunak / melalui NGT

b. Jumlah	Menurun / sesuai program diet
c. Waktu	Tidak teratur / sesuai pemberian
Masalah	Nafsu makan menurun / disfagia
2. Minum	
a. Jenis	Air melalui NGT / infus
b. Jumlah	Menurun / sesuai terapi cairan
c. Waktu	Terbatas
Masalah	Risiko dehidrasi
3. Eliminasi (BAB/BAK)	
BAB	Tidak teratur
BAK	Menggunakan kateter
Masalah	Inkontinensia / retensi urin
4. Istirahat & Tidur	
Pola tidur	Tidak Terganggu
Masalah	Gangguan tidur
5. Personal Hygiene	
Kebersihan diri	Dibantu keluarga/perawat
Masalah	Ketergantungan total
6. Mobilisasi	
Aktivitas	Tirah baring
Masalah	Keterbatasan gerak (hemiparesis)

(Hinkle & Cheever, 2021; Ignatavicius et al., 2021; Potter et al., 2021)

c. **Pemeriksaan fisik**

Tabel 2. 5 Pemeriksaan fisik

Data Fokus	Hasil Observasi Berdasarkan Teori
Keadaan umum	Pasien tampak lemah, tirah baring, mengalami penurunan kesadaran, dapat menggunakan alat bantu napas sesuai kondisi klinis.
Tingkat kesadaran (GCS)	Kesadaran menurun dengan nilai GCS <15, mulai dari somnolen, sopor, hingga koma sesuai derajat stroke.
Tekanan darah	Umumnya meningkat (≥140/90 mmHg) pada fase akut stroke, namun dapat berubah sesuai kondisi hemodinamik pasien.
Frekuensi nadi	Dapat normal, bradikardia, atau takikardia tergantung kondisi

	neurologis dan kardiovaskular.
Frekuensi napas	Dapat meningkat (>20 kali/menit), tidak teratur, atau mengalami gangguan pola napas.
Saturasi oksigen (SpO_2)	Dapat menurun (<95%) akibat gangguan ventilasi dan pertukaran gas.
Suhu tubuh	Normal (36,5–37,5°C) atau meningkat apabila disertai infeksi.
Pupil	Isokor atau anisokor, refleks cahaya dapat melambat atau menurun sesuai lokasi lesi otak.
Nervus IX (Glossopharyngeus)	Refleks muntah (*gag reflex*) dapat menurun atau menghilang, refleks menelan terganggu (disfagia), sehingga meningkatkan risiko aspirasi.
Nervus X (Vagus)	Palatum mole tidak terangkat simetris saat stimulasi, uvula dapat deviasi ke sisi normal, suara menjadi serak (*disfonia*), refleks batuk menurun, dan kemampuan menelan terganggu.
Kekuatan otot	Menurun pada salah satu sisi tubuh (hemiparesis atau hemiplegia), dengan kekuatan otot berkisar 0–3 dari skala 5.
Rentang gerak (ROM)	Pasien tidak mampu melakukan ROM aktif sehingga memerlukan latihan ROM pasif.
Refleks patologis	Dapat ditemukan refleks Babinski positif pada sisi yang mengalami gangguan.
Sistem respirasi	Pengembangan dada dapat menurun, terdengar ronki bila terdapat penumpukan sekret, penggunaan otot bantu napas dapat terjadi.
Sistem kardiovaskular	Warna kulit tampak pucat atau normal, akral hangat/dingin, tidak tampak distensi vena jugularis (JVP), tidak tampak edema perifer, CRT ≤2 detik, tidak tampak sianosis perifer. Palpasi Nadi teraba kuat/lemah, frekuensi 60–100 x/menit, irama reguler/ireguler, denyut arteri perifer teraba simetris, suhu akral hangat, edema ekstremitas (-), CRT ≤2 detik. Perkusi Batas jantung dalam batas normal, tidak ditemukan pembesaran area jantung (bila dilakukan pemeriksaan).
Sistem integumen	Kulit utuh atau terdapat risiko tinggi terjadinya luka tekan (dekubitus) akibat imobilisasi berkepanjangan.
Eliminasi	BAB Frekuensi 1 kali/hari atau sesuai kondisi pasien, konsistensi lunak, warna kuning kecoklatan. Pada pasien stroke dapat terjadi konstipasi akibat imobilisasi. BAK Menggunakan kateter urin (Foley Catheter), warna kuning jernih, produksi urin ±0,5–1 ml/kgBB/jam Risiko retensi urin, inkontinensia urin, konstipasi akibat tirah baring lama dan penurunan aktivitas
Aktivitas dan mobilitas	Ketergantungan total dalam aktivitas sehari-hari (*total care*), memerlukan bantuan penuh dalam mobilisasi melakukan rom pasif

Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2021).

d. **Pemeriksaan diangostik**

Tabel 2. 6 Pemeriksaan diangostik

Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal (Rujukan)	Hasil pada Pasien Stroke Umumnya
Hematologi	Hb: L 13–18 g/dL, P 12–16 g/dL Leukosit: 4.000–11.000/µL Trombosit: 150.000–400.000/µL	Leukosit dapat meningkat akibat respon inflamasi, tekanan darah meningkat, dan kadang ditemukan peningkatan kadar gula darah
X-Ray (Thoraks)	Tidak ada kelainan paru	Dapat ditemukan infiltrat paru atau tanda aspirasi akibat penurunan kesadaran
CT-Scan Kepala	Tidak ada perdarahan/lesi	Stroke non hemoragik: tampak area hipodens
MRI Otak	Tidak ada kelainan	Tampak lokasi dan luas kerusakan jaringan otak lebih jelas
EKG	Irama sinus normal	Dapat ditemukan aritmia seperti fibrilasi atrium
AGD (Analisis Gas Darah)	pH: 7,35–7,45 PaO_2: 80–100 mmHg $PaCO_2$: 35–45 mmHg	Dapat terjadi penurunan PaO_2 dan saturasi oksigen akibat gangguan ventilasi
Doppler Karotis	Tidak ada sumbatan	Dapat ditemukan penyempitan atau sumbatan pembuluh darah karotis

Pemeriksaan diagnostik pada pasien stroke bertujuan untuk menegakkan diagnosis, menentukan jenis stroke, mengetahui lokasi lesi, serta membantu menentukan terapi yang tepat (Hinkle & Cheever, 2021).

e. **Penatalaksanaan Terapi**

Tabel 2. 7 Penatalaksanaan Terapi

No	Nama Obat/Terapi	Cara Pemberian	Kegunaan	Dosis
1.	Infus RL	IV	Pemenuhan cairan tubuh	50–100 mL/jam
2.	Ceftriaxone	IV	Antibiotik	2 x 1 gr
3.	Aspirin	Oral/NGT	Antiplatelet	1 x 80–160 mg
4.	Amlodipine	Oral/NGT	Antihipertensi	1 x 5 mg
5.	Oksigen	Nasal kanul	Meningkatkan saturasi oksigen	2–5 L/menit
6.	Citicoline	IV	Neuroprotektor	2 x 500 mg
7.	Paracetamol	Oral/IV	Antipiretik/analgesik	3 x 500 mg

2. Diagnosa keperawatan

a. Analisa data

Tabel 2. 8 analisa data

No	Data senjang	Etiologi	Masalah
1.	Gejala dan Tanda Mayor DS:- DO: 1. Dispnea, 2. penggunaan otot bantu napas 3. takipnea, 4. SpO_2 membaik Gejala dan Tanda Minor DS: - DO: 1. napas tidak teratur 2. gelisah 3. tampak lemah 4. kesadaran menurun	Penurunan kesadaran dan pusat kesadaran ↓ Depresi pusat,hipoventilasi ↓ Ketidakseimbangan ventilasi-perpusi ↓ hipoksemia ↓ Gangguan pertukaran gas	Gangguan pertukaran gas
2.	Gejala dan Tanda Mayor DS:- DO: 1. Batuk tidak efektif 2. sekret meningkat 3. suara napas tambahan (ronchi) Gejala dan Tanda Minor DS: 1. dispnea DO: 2. gelisah 3. bunyi nafas menurun	Penurunan kesadaran ↓ Penurunan reflek batuk ↓ Penumpukan secret ↓ Bersihan jalan napas tidak efektif	Bersihan jalan napas tidak efektif
3.	Gejala dan Tanda Mayor DS: DO: 1. Kekuatan otot menurun 2. rentang gerak menurun 3. hemiparesis Gejala dan Tanda Minor DS: 1. keluarga mengatakan pasien sulit bergerak DO: 1. pasien tirah baring	Kerusakan pusat motorik ↓ Hemiparesis/hemiplegi ↓ Kelemahan otot ↓ Gangguan mobilitas fisik	Gangguan mobilitas fisik

4.	Faktor Risiko DO: Tirah baring lama, imobilisasi, kelembaban kulit meningkat	Imobilisasi/penurunan aktifitas ↓ Tekanan lama pada jaringan ↓ Sirkulasi local ↓ Risiko luka tekan ↓ Risiko kerusakan integritas kulit	Risikoganggu an integritas kulit

Analisa data sesuai SDKI dilakukan dengan mengelompokkan data subjektif (DS) dan data objektif (DO), kemudian ditentukan diagnosis keperawatan berdasarkan standar SDKI, serta diidentifikasi etiologi yang mendasari masalah tersebut. Pada pasien stroke dengan penurunan kesadaran, masalah utama umumnya berkaitan dengan gangguan oksigenasi, fungsi neurologis, serta keterbatasan aktivitas akibat kerusakan otak (PPNI, 2018; Ignatavicius et al., 2021).

b. **Rumusan diagnosa**

1) Gangguan Pertukaran Gas (D.0003)

Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Penurunan kesadaran dan pusat kesadaran ditandai dengan dispnea, takipnea, penggunaan otot bantu napas, dan saturasi oksigen menurun (SpO_2 <95%) (PPNI, 2018).

2) Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif(D.0001)

Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan kesadaran ditandai dengan adanya sekret di jalan napas, suara napas tambahan (ronchi), dan refleks batuk lemah (PPNI, 2018).

3) Gangguan Mobilitas Fisik(D.0054)

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Kerusakan pusat motorikditandai dengan ketidakmampuan bergerak, kelemahan ekstremitas, dan tirah baring total (PPNI, 2018).

4) Risiko gangguan Integritas Kulit(D.0139)

Risiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imobilisasi dan tirah baring lama (PPNI, 2018).

3. Intervensi keperawatan

Tabel 2. 9 intervensi keperawatan

No	Diagnose keperawatan	Standar luaran (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	D.0003 – Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Penurunan kesadaran dan pusat kesadaran ditandai dengan dispnea, takipnea, penggunaan otot bantu napas, dan saturasi oksigen menurun (SpO_2 <95%) (PPNI, 2018)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama3x24 jam diharapkan pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil: 1. Saturasi oksigen meningkat 2. Frekuensi napas membaik 3. Dispnea menurun 4. Penggunaan otot bantu napas menurun	Intervensi utama: I.01014 – Manajemen Jalan Napas Observasi: 1. Monitor pola napas, RR, dan SpO_2 sebelum dan sesudah mobilisasi 2. Monitor tanda-tanda hipoksia Terapeutik: 1. Atur posisi semi fowler/head up 15–30° 2. Lakukan suction bila perlu 3. Lakukan mobilisasi progresif level 1 berupa reposisi dan ROM pasif Edukasi: 1. Edukasi keluarga tentang pentingnya mobilisasi progresif Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian terapi oksigen
2.	D.0001 – Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan kesadaran ditandai dengan adanya sekret di jalan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan jalan napas efektif dengan kriteria hasil: 1. Sekret berkurang	Intervensi Utama: I.01014 – Manajemen Jalan Napas Observasi: 1. Monitor suara napas dan adanya sekret

	napas, suara napas tambahan (ronchi), dan refleks batuk lemah	2. Ronchi menurun 3. Batuk efektif meningkat	2. Monitor kemampuan batuk pasien Terapeutik: 1. Lakukan suction bila perlu 2. Reposisi pasien tiap 2 jam 3. Lakukan mobilisasi progresif level 1 Edukasi: 1. Edukasi keluarga pentingnya perubahan posisi pasien Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian mukolitik bila perlu
3.	D.00054- Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Kerusakan pusat motorikditandai dengan ketidakmampuan bergerak, kelemahan ekstremitas, dan tirah baring total	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kekuatan otot meningkat 2. Rentang gerak meningkat 3. Pasien mampu melakukan pergerakan sederhana	Intervensi Utama I.05173 – Mobilisasi Dini Observasi: 1. Monitor kemampuan mobilisasi dan kekuatan otot Terapeutik: 1. Lakukan ROM pasif 2. Lakukan mobilisasi progresif level 1 secara bertahap Edukasi: 1. Edukasi keluarga cara melakukan ROM pasif Kolaborasi: 1. Kolaborasi dengan fisioterapi
4.	D.0139 – Risiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan imobilisasi dan tirah baring lama	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit tetap baik dengan kriteria hasil: 1. Tidak ada dekubitus 2. Kulit tetap utuh 3. Kemerahan berkurang	Intervensi Utama: I.14564 – Perawatan Kulit Observasi: 1. Monitor kondisi kulit dan area penonjolan tulang Terapeutik: 1. Reposisi tiap 2 jam 2. Lakukan mobilisasi progresif level 1 3. Jaga kebersihan

		kulit Edukasi: 1. Edukasi keluarga tentang pencegahan dekubitus Kolaborasi: 1. Kolaborasi penggunaan kasur anti dekubitus bila perlu

BAB III
METODE PENELITIAN

A. Desain penilitian

Penelitian ini menggunakan desain studi kasus deskriptif dengan pendekatan proses keperawatan.Penelitian difokuskan pada penerapan mobilisasi progresif level 1 dalam meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke dengan penurunan kesadaran di ruang ICU. Pendekatan ini bertujuan untuk menggambarkan secara sistematis pelaksanaan intervensi keperawatan serta respon pasien terhadap tindakan yang diberikan (Nursalam, 2020).

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah model asuhan keperawatan dimana fokus permasalahannya dijabarkan menggunakan pendekatan asuhan keperawatan secara komprehensif yaitu melalui pengkajian, identifikasi diagnosis dan masalah aktual, penyusunan perencanaan keperawatan, pelaksanaan implementasi, evaluasi, serta pemberian asuhan keperawatan secara biologis, psikologis, sosial, dan spiritual melalui intervensi yang diberikan. Sedangkan pendokumentasian dilakukan menggunakan metode dokumentasi, rekam arsip, wawancara, dan observasi (Asmadi, 2021).

B. Subjek penelitian

Subjek dalam penelitian ini adalah satu pasien stroke yang dirawat di ruang ICU Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu dengan kriteria sebagai berikut:

1. Kriteria Inklusi
    a. Pasien dengan diagnosis medis stroke
    b. Mengalami penurunan kesadaran (GCS < 14)
    c. Mengalami penurunan saturasi (saturasi oksigen < 95%)
    d. Keluarga pasien bersedia pasien menjadi responden
    e. Keadaan pasien layak untuk dilakukan mobilisasi progresif level 1
2. Kriteria Eksklusi
    a. Pasien yang mengalami penurunan saturasi oksigen
    b. Keadan pasien membururk saat dan setelah dilakukan mobilisasi progresif level

C. Definisi operasional

Tabel 3. 1definisi operasional

NO	Variabel	Definisi	Alat ukur	Cara ukur	Hasil ukur
1.	Pasien Stroke dengan gangguan surasi oksigenasi	Pasien yang dirawat di ruang ICU tercatat di status terdiagnosis stroke dengan GCS <14, SPO <95% dan tidak mengalami fraktur atau cedera tulang belakang.	Pulse oximeter ,GCS Status pasien dan rekam medis	Observasi dan pengukuran SpO_2 sebelum dan sesudah tindakan	Diagnosis medis stroke dengan penurunan kesadaran Nilai SpO_2 normal 95–100% Hipoksemia <95%
2.	Mobilisasi Progresif Level 1	mobilisasi dini yang akan pada responden untuk meningkatkan SpO_2pada2 pasien stroke	SOP mobilisasi progresif level 1 dan lembar observasi	Observasi dan dokumentasi tindakan keperawatan	Sesuai SOP Tidak sesuai SOP

D. Lokasi dan waktu penelitian

1. Lokasi

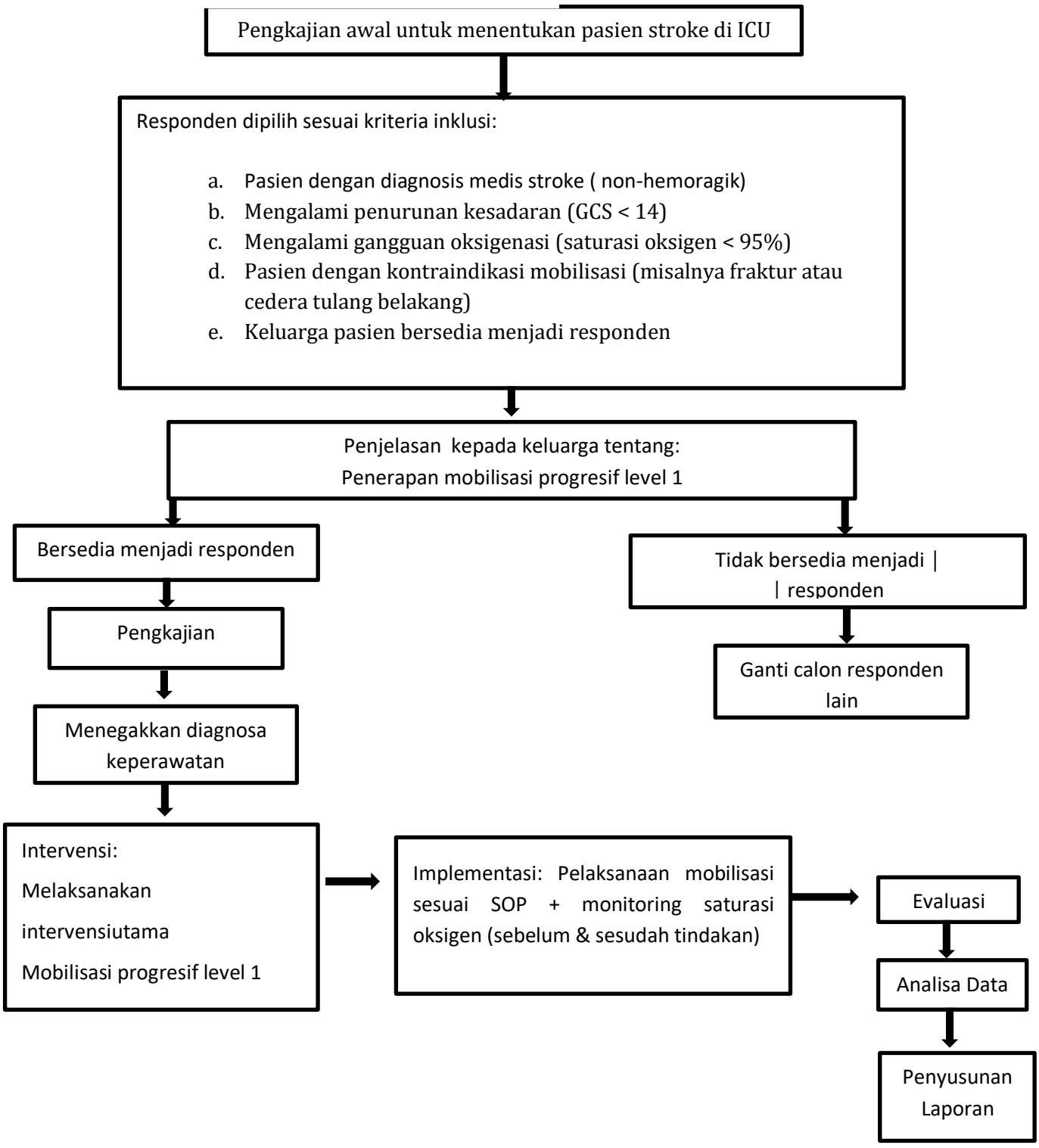
   Penelitian ini telah dilaksanakan di ruang ICU Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu.

2. Waktu

   Penelitian ini telah dilaksanakan 6-12 Agustus 2026 dan penerapan mobilisasi progresif level 1 dilakukan selama 3 hari berturut-turut.

E. Tahap penelitian

Bagan 3. 1 tahap penelitian



F. Jenis Data, Tehnik dan Instrumen Pengumpulan Data

1. Jenis Data

   Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari:

   a. Data Sekunder

      Data sekunder diperoleh adalah data diagnosa medis, seperti:

      1) Rekam medis pasien
      2) Catatan perawatan di ruang ICU
      3) Hasil pemeriksaan penunjang yang relevan

   b. Data Primer

      Data primer diperoleh secara langsung dari pasien melalui pengkajian keperawatan, meliputi:

      1) Nilai saturasi oksigen (SpO_2) sebelum dan sesudah mobilisasi
      2) Tingkat kesadaran pasien (GCS)
      3) Tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, respirasi)
      4) Respon pasien terhadap tindakan mobilisasi

2. Metode pengumpulan data

   a. Wawancara

      1) Wawancara dengan perawat

         Dilakukan untuk mendapatkan data terkait:Kondisi klinis pasien selama perawatan,Perubahan saturasi oksigen pasien ,Tindakan keperawatan yang telah diberikan ,Respons pasien terhadap mobilisasi progresif level 1 ,Hambatan atau kendala dalam pelaksanaan intervensi

      2) Wawancara dengan keluarga

         Wawancara dilakukan kepada keluarga pasien untuk memperoleh data tambahan terkait riwayat kesehatan pasien, onset penyakit, serta kondisi pasien sebelum dirawat di ruang ICU. Wawancara dilakukan secara terstruktur dengan menggunakan panduan pertanyaan.

a. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Observasi dilakukan dengan cara mengamati secara langsung kondisi pasien sebelum, selama, dan setelah dilakukan intervensi mobilisasi progresif level 1. Fokus observasi meliputi perubahan saturasi oksigen (SpO_2), pola pernapasan, serta respon fisiologis pasien terhadap tindakan yang diberikan.

Pemeriksaan fisik dilakukan untuk mengetahui kondisi umum pasien secara komprehensif, meliputi:

1) Tingkat kesadaran menggunakan Glasgow Coma Scale (GCS)
2) Tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, respirasi, suhu)
3) Status sistem pernapasan

b. Studi dokumentasi dan format keperawatan medical bedah

Data dokumentasi diperoleh dari:

1) Rekam medis pasien
2) Catatan perkembangan keperawatan (nursing notes)
3) Hasil pemeriksaan laboratorium dan penunjang
4) Lembar monitoring ICU (tanda vital & SpO_2)

3. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini meliputi:

a. Lembar pengkajian keperawatan Digunakan untuk mengkaji kondisi pasien secara menyeluruh (bio-psiko-sosial).
b. Standar Operasional Prosedur (SOP) mobilisasi progresif level 1Digunakan sebagai pedoman dalam pelaksanaan tindakan keperawatan.
c. Lembar observasi Digunakan untuk mencatat hasil pengamatan kondisi pasien, termasuk perubahan saturasi oksigen sebelum dan sesudah intervensi.
d. Pulse oximeter Digunakan untuk mengukur saturasi oksigen (SpO_2) pasien secara non-invasif.
e. Format asuhan keperawatan Meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

G. Analisa data

Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah.

Analisa data dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode analisis deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Analisis bertujuan untuk mengetahui perubahan saturasi oksigen pada pasien stroke dengan penurunan kesadaran setelah diberikan intervensi mobilisasi progresif level 1.Data yang diperoleh dari hasil pengkajian, observasi, dan pengukuran akan dianalisis melalui langkah-langkah sebagai berikut:

1. Pengumpulan Data

   Data dikumpulkan secara sistematis menggunakan beberapa metode, yaitu:

   a. Wawancara**:** Dilakukan kepada keluarga pasien dan perawat ICU untuk melengkapi data klinis dan riwayat kesehatan.
   b. Observasi: Mengamati kondisi pasien sebelum dan sesudah intervensi, terutama nilai saturasi oksigen (SpO_2), pola napas, dan respon pasien.
   c. Pemeriksaan fisik**:** Meliputi pengukuran GCS, tanda vital, dan status respirasi.
   d. Dokumentasi**:** Mengambil data dari rekam medis, catatan keperawatan, dan lembar monitoring ICU .

      Data yang dikumpulkan meliputi:

1) Nilai saturasi oksigen sebelum dan sesudah mobilisasi
2) Tingkat kesadaran (GCS)
3) Tanda-tanda vital
4) Respon pasien terhadap intervensi

2. Penyajian Data

   Data yang telah diperoleh kemudian disajikan dalam bentuk:

   a. Tabel untuk membandingkan nilai saturasi oksigen sebelum dan sesudah intervensi
   b. Narasi deskriptif untuk menjelaskan perubahan kondisi pasien

c. Grafik sederhana (jika diperlukan) untuk melihat tren peningkatan saturasi oksigen

3. Kesimpulan

Kesimpulan ditarik berdasarkan hasil perbandingan data sebelum dan sesudah dilakukan intervensi mobilisasi progresif level 1.Jika terdapat peningkatan nilai saturasi oksigen setelah intervensi, maka dapat disimpulkan bahwa mobilisasi progresif level 1 efektif dalam meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke dengan penurunan kesadaran.

Sebaliknya , jika tidak terdapat perubahan atau terjadi penurunan, maka perlu dikaji faktor lain yang mempengaruhi kondisi pasien, seperti penyakit penyerta, terapi oksigen, atau kondisi klinis pasien.

H. Etika penelitian

Penelitian ini telah disetujui etichal clearance sapta bakti Bengkulu No: 033/DIII/KEPKSTIKessaptabakti/2026. Etika penelitian merupakan prinsip moral yang digunakan peneliti dalam melaksanakan penelitian agar hak, martabat, serta kesejahteraan responden tetap terlindungi selama proses penelitian berlangsung (Nursalam, 2020).

Dalam penelitian ini, etika penelitian yang diterapkan meliputi:

a. Informed Consent (Lembar Persetujuan).

Peneliti memberikan penjelasan kepada keluarga pasien mengenai tujuan, manfaat, prosedur, dan tindakan yang dilakukan selama penelitian. Setelah memahami penjelasan tersebut, keluarga pasien diminta memberikan persetujuan sebagai bentuk kesediaan menjadi responden penelitian (Hidayat, 2021).

b. Anonymity (Tanpa Nama).

Peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden dengan tidak mencantumkan nama pasien pada lembar pengumpulan data dan hanya menggunakan kode atau inisial tertentu (Notoatmodjo, 2020).

c. Confidentiality(Kerahasiaan)

Seluruh informasi dan data pasien yang diperoleh selama penelitian dijaga

kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian (Nursalam, 2020).

d. Beneficence (Prinsip Manfaat)

Penelitian dilakukan dengan mengutamakan manfaat bagi pasien, yaitu membantu meningkatkan saturasi oksigen melalui penerapan mobilisasi progresif level 1 serta meminimalkan risiko yang dapat terjadi selama tindakan keperawatan (Polit & Beck, 2021).

e. Non Maleficence (Tidak Merugikan)

Peneliti memastikan tindakan yang diberikan tidak membahayakan pasien dan dilakukan sesuai standar operasional prosedur serta kondisi pasien (Hidayat, 2021).

f. Justice (Keadilan)

Semua pasien mendapatkan perlakuan yang sama tanpa membedakan suku, agama, jenis kelamin, maupun status sosial selama proses penelitian berlangsung(Notoatmodjo,2020).

BAB IV
HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil penelitian

1. Jalannya penelitian

a. Persiapan

Persiapan penelitiaan yang pertama adalah dengan mencari sebuah masalah. Setelah mendapatkan masalah kemudian penulis mulai melakukan penyusunan proposal. Setelah selesai melakukan penyusunan kemudian penulis mengajukan izin untuk melakukan ujian proposal.setelah melakukan ujian proposal kemudian penulis melakukan revisi, setelah dipastikan selesai revisi dengan ditanda tanganinya surat pengensahan maka peneliti melanjutkan untuk mengurus lembar ethical clearance setelah itu meminta surat pengantar dari kampus untuk izin penelitian dari Kesbanpol setelah dapat peneliti minta surat pengantar lagi dari kampus untuk izin penelitian dari Dinkes kota Bengkulu setelah dapat peneliti minta surat pengantar lagi dari kampus untuk surat izin penelitian Rumah Sakit Harapan dan Doa kota Bengkulu.penelitian melakukan pengurusan penelitian ke Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu untuk melakukan penelitian denga judul " Asuhan keperawatan pada pasien stroke dengan menerapkan mobilisasi progresif level 1 dalam meningkatkan saturasi oksigen." Format yang digunaka adalah : format pengkajian,sop,lembar observasi,oksimeter.

b. Pelaksanaan

Pelaksanaan penelitian dilakukan dirumah Sakit Harapan Dan Doa Kota Bengkulu pada tanggal -12 Agustus 2026 diang ICU Rumah Sakit Harapan Dan Doa kota Bengkulu pada tanggal 6 Agustus 2026 peneliti melakukan pengkajian awal terhadap 2 calon responden Ny.P tidak memenuhi kriteria inklusi urutan ketiga karna spo2 >95% lalu peneliti melakukan pengkajian awal kepada Tn.E dan memenuhi kriteria inklusi .setelah peneliti menemukan pasien yang sesuai dengan kriteria inklusi peneliti mengkonfirmasi kepada perawat apakah boleh pasien dilakukan monbilisasi progresif level 1 lalu setelah itu baru peneliti meminta izin kepada keluarga untuk pasien dijadikan

responden setelah diperbolehkan peneliti menghadap kekaru bahwa keluarga bersedia pasien dijadikan responden dan karu mengatakan boleh dilakukan intervensi tersebut pada besok pagi, pada tanggal 7 agustus dilakukannya intervensi 3 kali sehari ,pada tanggal 8 agustus juga dilakukan lagi intervensi sebanyak 3 kali sehari,pada tanggal 9 AGUSTUS juga dilakuka intervensi sebanyak3 kali sehari lalu dilakukan evaluasi didapatkan hasil spo2 98%,RR 22x/menit,kesadaran composmentis,pasien mengeluh haus sekali dan peneliti melatih untuk belajar minum menggunakan sedotan setelah bisa pasien dijadwalkan pindah keruangan rawat inap dan NGT dilepaskan.

2. Gambaran lokasi penelitian

Penelitian ini dilakuan diruang ICU Rumah Sakit Harapan Dan Doa Kota Bengkulu pada tanggal 06 agustus-12 agustus,yang beralamat di JL. Letjent Basuki Rahmat No.01 Padang Jati Ratu Samban Kota Bengkulu. Rumah Sakit Harapan Dan Doa Kota Bengkulumerupan rumah sakit milik pemerintah kota Bengkulu yag memebrikan pelayanan kesehatan tinkat lanjut,meliputi pelayana rawat jalan,rawat inap,onstansi gawat darurat,pelayanan penunjang diagnostic,serta layanan spesialistik lainnya. ruang Intensive Care Unit (ICU) merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kepada pasien dengan kondisi kegawat daruratan dan membutuhkan pemantauan intensif, termasuk pasien stroke dengan penurunan kesadaran .adapun kondisi lokasi penelitian dijelaskan sebagai berikut:

a. Letak Rumah Sakit

Rumah Sakit Harapan Dan Doa Kota Bengkulu berlokasi di JL. Letjent Basuki Rahmat No.01 Padang Jati Ratu Samban Kota Bengkulu. ruang Intensive Care Unit (ICU) Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu. Rumah sakit merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kepada pasien dengan kondisi kegawatdaruratan dan membutuhkan pemantauan intensif, termasuk pasien stroke dengan penurunan kesadaran.

b. Sarana dan prasarana yang dimiliki rumah sakit

Ruang Intensive Care Unit (ICU) Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu merupakan ruang perawatan khusus yang digunakan untuk memberikan pelayanan kepada pasien dengan kondisi kritis dan membutuhkan pemantauan secara intensif. Ruang ICU dilengkapi dengan berbagai sarana dan prasarana yang menunjang pelaksanaan asuhan keperawatan, pemantauan kondisi pasien, serta tindakan kegawatdaruratan.

Sarana dan prasarana yang terdapat di ruang ICU antara lain tempat tidur pasien yang dapat diatur posisinya, bedside monitor, pulse oximeter, tensimeter, stetoskop, oksigen sentral, tabung oksigen, suction, ambu bag, infus pump, syringe pump, tiang infus, alat pengukur suhu, serta perlengkapan untuk tindakan keperawatan. Selain itu, tersedia fasilitas pendukung seperti lemari penyimpanan alat dan obat, wastafel untuk cuci tangan, tempat pembuangan limbah medis, serta alat pelindung diri (APD).

c. Jumlah pasien yang sedang dirawat di ICU terdapat 4 pasein yang sedang menjalani perawatan intensif diruang ICU
d. Jumlah perawat diruang ICU sebanyak 12 orang yang terdiri dari 1 kepala ruangan 1 katim dan perawat pelaksana yang memberikan pelayanan keperawatan secara bergantian sesuai jadwal dinas.
e. Penglaman penelitian dilokasi

Ruang ICU pernah digunakan sebagai tempat pelaksannan penelitian oleh mahasiswa keperawatan, terutama penelitian mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan strokedan penurunan kesadaran. Hal ini menunjukan ruang ICU mendukung kegiatan penelitian sebagai bagian dari peningkatan mutu pelayanan keperawatan.

3. Hasil studi kasus

1. Pengkajian

a. Anamnesa

Tabel 4. 1 Hasil anamnesis

No	Tahap pengkajian	Hasil anamnesa
1.	Identitas	Tn.E berusia 45 tahun 3 bln 3 hari,pekerjaan PNS POLRI,Alamat Jl. Z.ARIFIN RT 6 RW 03 Kota Bengkulu ,RM 000395136.
2.	*Identitas penanggung jawab*	*Ny.A berusia 25 tahun,hubungan dengan pasien sebagai anak Alamat jl.Z. Arifin kota bengkulu*
3.	Keluhan utama	Pasien dibawa oleh keluarga datang dengan keluhan tiba tiba pingsan setelah itu pasien mengeluh kelemahan anggota gerak kiri.
4.	Riwayat kesehatan sekarang	Pasien dibawa oleh keluarga datang ke IGD dengan keluhan tiba tiba pingsan setelah itu pasien mengeluh kelemahan anggota kiri sejak 2 jam yang lalu dan bicara cadel. Lalu pasien dirawat diruang Madinah mengalami penurunan kesadaran dan dibawa keruangan ICU untuk pemantauan lebih ketat.
5.	Riwayat penyakit dahulu	Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi**.**
6.	Riwayat penyakit keluarga	Keluarga mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mempunyai riwayat penyakit .
7.	Riwayat psikologis	Respon emosional pasien baik dan status mental pasien baik psikologis pasien koperatif.
8.	Riwayat spiritual	Keluarga mengatakan selalu menbacakan doa dan memberikan dukungansesuai agama islam kepada pasien.
9.	Prilaku yang memepengaruhi	Pasien memiliki riwayat merokok 4-5 batang perhari,pasien suka mengonsumsi makanan yang asin dan tinggi lemak.

b. Pola aktivitas sehari- hari

Tabel 4. 2 Hasil aktfitas sehari-hari pasien

No	Pola Sehari-hari	Selama Sakit
1.	Pola Nutrisi	
	Makan:	
	a. Jenis	CAIR
	b. Jumlah	250 ML
	c. Frekuensi	3X/SEHARI
2.	Minum	
	a. Jenis	Air putih
	b. Jumlah	250 ml

	c. frekuensi	3x/sehari
	Masalah	Risiko dehidrasi
3.	Eliminasi (BAB/BAK)	
	BAB	3hari sekali
	BAK	Menggunakan kateter
	Masalah	retensi urin
4.	Istirahat & Tidur	
	Pola tidur	Pasien mengalami penuruna kesadaran
5.	Personal Hygiene	
	Kebersihan diri	Dibantu perawat
	Masalah	Ketergantungan total
6.	Mobilisasi	
	Aktivitas	Tirah baring
	Masalah	Keterbatasan gerak (hemiparesis)

c. Pemeriksaan fisik

Tabel 4. 3 Hasil pemeriksaan fisik

No	Sistem	Data Fokus	Hasil Observasi pada Tn. E
1	Keadaan Umum	Keadaan umum pasien	Pasien tampak lemah, tirah baring, dan mengalami penurunan kesadaran.
2	Tanda-Tanda Vital (TTV)	Tekanan darah	167/95 mmHg
		Frekuensi nadi	84 x/menit, nadi teraba kuat dan simetris
		Frekuensi napas	29 x/menit
		Saturasi oksigen (SpO_2)	89%
		Suhu tubuh	36,7°C
3	Sistem Neurologis	Tingkat kesadaran (GCS)	Apatis**,** E4 V5 M4 = 13.
		Pupil	Isokor, refleks cahaya melambat.
		Nervus IX (Glossopharyngeus)	Refleks muntah (*gag reflex*) menurun dan refleks menelan terganggu (disfagia), sehingga meningkatkan risiko aspirasi.
		Nervus X (Vagus)	Palatum mole tidak terangkat simetris saat stimulasi, uvula dapat deviasi ke sisi normal, suara serak (*disfonia*), refleks batuk menurun, dan kemampuan menelan terganggu.
		Refleks patologis	Dapat ditemukan refleks Babinski positif pada sisi yang mengalami gangguan.
4	Sistem Respirasi	Pengembangan dada	Pengembangan dada menurun.
		Penggunaan otot	Penggunaan otot bantu napas dapat

		bantu napas	terjadi.
5	Sistem Kardiovaskular	Inspeksi	Warna kulit tampak normal, akral hangat, tidak tampak distensi vena jugularis (JVP), tidak tampak edema perifer, CRT ≤2 detik, dan tidak tampak sianosis perifer.
		Palpasi	Nadi teraba kuat, denyut arteri perifer teraba simetris, suhu akral hangat, edema ekstremitas (-), CRT ≤2 detik.
		Perkusi	Batas jantung dalam batas normal.
6	Sistem Muskuloskeletal	Kekuatan otot	Menurun pada sisi tubuh bagian kiri (**hemiparesis**), dengan kekuatan otot sekitar **2/5**.
		Rentang gerak (ROM)	Pasien tidak mampu melakukan ROM aktif sehingga memerlukan latihan ROM pasif.
7	Aktivitas dan Mobilitas	Kemampuan aktivitas	Ketergantungan total dalam aktivitas sehari-hari (*total care*).
		Kemampuan mobilisasi	Memerlukan bantuan penuh dalam mobilisasi dan melakukan ROM pasif.
8	Sistem Integumen	Kondisi kulit	Kulit utuh, tidak terdapat risiko dekubitus.
9	Sistem Eliminasi	BAB	Pasien mengalami konstipasi akibat imobilisasi.
		BAK	Menggunakan kateter urin (*Foley catheter*), warna urin kuning jernih, produksi urin **1**.200 mL/12 jam.

d. Pemeriksaan diangostik

Tabel 4. 4 Hasil pemeriksaan diagnostik

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Interpretasi
1	Hemoglobin	14,0 g/dL	Dalam batas normal
2	Hematokrit	44%	Dalam batas normal
3	Leukosit	7.400/µL	Dalam batas normal
4	Trombosit	198.000/µL	Dalam batas normal
5	Ureum	36 mg/dL	Dalam batas normal
6	Kreatinin	1,1 mg/dL	Dalam batas normal
7	GDS	158 mg/dL	Meningkat
8	GDS pemeriksaan berikutnya	180 mg/dL	Meningkat
9	LDL	98 mg/dL	Sesuai hasil pemeriksaan
10	Trigliserida	83 mg/dL	Sesuai hasil pemeriksaan
11	X-ray thorax	Dalam batas normal	Tidak ditemukan kelainan bermakna pada

			pemeriksaan X-ray thorax
12	CT-scan kepala	Tidak normal (+), tampak gambaran infark serebri/kondisi iskemik kardioemboli	Menunjukkan adanya kerusakan jaringan otak akibat gangguan aliran darah serebral yang menyebabkan infark
13	EKG	Fibrilasi atrium (AF)	Menunjukkan adanya gangguan irama jantung berupa fibrilasi atrium yang dapat menjadi sumber emboli dan berhubungan dengan kejadian stroke kardioemboli
14	AGD	pH: 7,35 mmHg PaO_2: 85 mmHg $PaCO_2$: 37mmHg	pH batas bawah normal, PaO_2 dan $PaCO_2$ dalam batas normal; tidak menunjukkan gangguan asam-basa atau ventilasi yang bermakna
15	SpO_2	89% dengan NRM	Menunjukkan oksigenasi belum optimal

e. Penatalaksanaan Terapi

Tabel 4. 5 Penatalaksanaan terapi klien

No	Nama Obat/Terapi	Cara Pemberian	Kegunaan	Dosis sesuai catatan
1	Manitol	IV	Menurunkan edema/tekanan intrakranial sesuai indikasi	4 × 150 cc
2	Aspirin	Oral	Antiplatelet	1 × 100 mg
3	Atorvastatin	Oral	Menurunkan lipid dan terapi pencegahan vaskular	1 × 20 mg
4	Candesartan	Oral	Antihipertensi	1 × 8 mg
5	Enoxaparin	SC	Antikoagulasi/profilaksis tromboemboli sesuai indikasi	1 × 6000 IU
6	Furosemid	IV	Diuretik	3 × 1
7	Citicoline	—	Terapi suportif neurologis sesuai program medis	2 × 500 mg
8	Omeprazole	—	Proteksi lambung	1 × 40 mg
9	Mecobalamin	—	Terapi suportif	Sesuai catatan

			saraf sesuai program medis	
10	NaCl 0,9%	IV	Terapi cairan	60 mL/jam pada lembar observasi

2. Diagnosa keperawatan

a. **Analisa data**

Tabel 4. 6 analisa data

No	Data Senjang	Etiologi	Masalah
1.	Gejala dan Tanda Mayor DS: - DO: 1. Penggunaan otot bantu napas 2. Takipnea 3. SpO_2 89% dengan NRM Gejala dan Tanda Minor DS: - DO: 1. Napas tidak teratur 2. Gelisah 3. Tampak lemah 4. Kesadaran menurun	Penurunan kesadaran dan pusat kesadaran ↓ Depresi pusat, hipoventilasi ↓ Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi ↓ Hipoksemia	Gangguan Pertukaran Gas (D.0003)
2.	Gejala dan Tanda Mayor DS: - DO: 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak menurun 3. Hemiparesis Gejala dan Tanda DS: 1) Keluarga mengatakan pasien sulit bergerak DO: 1. Pasien tirah baring	Kerusakan pusat motoric ↓ Hemiparesis ↓ Kelemahan otot	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

3.	Gejala dan tanda mayor DS: - DO: 1. Batuk tidak efektif 2. meningkat 3. Suara napas tambahan (ronki Gejala dan tanda minor DS: 1. Dispnea DO: 1. Gelisah 2. Bunyi napas menurun	Penurunan kesadara8ywn ↓ penurunan refleks batuk ↓ penumpukan secret ↓ jalan napas tidak bersih	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif (D.0001)
4.	Faktor risiko DS: - DO: 1. Tirah baring lama 2. Imobilisasi 3. Aktivitas fisik menurun 4. Kelembapan kulit meningkat 5. Tekanan lama pada jaringan	Imobilisasi/penurunan aktivitas ↓ tekanan lama pada jaringan ↓ sirkulasi lokal terganggu ↓ risiko luka tekan	Risiko Gangguan Integritas Kulit
5.	Data/Faktor Risiko: DO: 1. GCS 13, 2. refleks muntah menurun, 3. refleks menelan terganggu/disfagia, 4. refleks batuk menurun. Data Pendukung: DO: 1. NGT terpasang, 2. gangguan nervus IX dan X, 3. kesadaran, 4. tirah baring.	Penurunan kesadaran dan gangguan refleks proteksi jalan napas	Risiko Aspirasi (D.0006)

b. Rumusan diagnosa keperawatan

1) Gangguan Pertukaran Gas (D.0003)

Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi ditandai dengan SpO_2 89%, dispnea, penggunaan

otot bantu napas, takipnea, napas tidak teratur, tampak lemah, dan penurunan kesadaran.

2) Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, hemiparesis, sulit bergerak, dan pasien tirah baring.

3) Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif (D.0001)

Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan refleks batuk akibat penurunan kesadaran ditandai dengan batuk tidak efektif, peningkatan sekret, suara napas tambahan/ronki, dispnea, tampak gelisah, dan penurunan suara napas.

4) Risiko Gangguan Integritas Kulit

Risiko gangguan integritas kulit dibuktikan dengan faktor risiko tirah baring, imobilisasi, peningkatan kelembapan kulit, dan tekanan pada jaringan.

6) Risiko Aspirasi (D.0006) berhubungan dengan penurunan tingkat kesadaran, gangguan menelan, penurunan refleks gag dan refleks batuk, serta penggunaan NGT. Pada pemeriksaan ditemukan gangguan nervus IX dan X yang berhubungan dengan fungsi menelan dan proteksi jalan napas.

3. Intervensi keperawatan

Tabel 4. 7 Intervensi keperawatan

No	Diagnose keperawatan	Standar luaran (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi ditandai takipnea, SpO_2 89%,	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama3x24 jam diharapkan pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil: 1. Frekuensi napas membaik	Intervensi utama: I.01014 – Manajemen Jalan Napas Observasi: Pantau frekuensi napas dan SpO_2 penggunaa otot nafas dan GCS sebelum dan sesudah mobilisasi Terapeutik: 1. Lakukan suction bila perlu 2. Lakukan mobilisasi progresif level 1 berupa reposisi dan ROM pasif

	penggunaan otot bantu napas, tampak lemah dan penurunan kesadaran.	2. Saturasi oksigen meningkat 3. Penggunaan otot bantu napas menurun 4. Tingkat kesadaran meningkat	Edukasi: Kolaborasi: 2. Kolaborasi pemberian terapi oksigen
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, hemiparesis, sulit bergerak, dan pasien tirah baring.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas meningkat dengan kriteria hasil: 6. Kekuatan otot meningkat 7. Rentang gerak meningkat 8. Pasien mampu melakukan pergerakan sederhana	Intervensi Utama I.05173 – Mobilisasi Dini Observasi: Pantau kemampuan mobilisasi dan kekuatan otot. Terapeutik: Lakukan ROM pasif Edukasi: 1. Edukasi keluarga cara melakukan ROM pasif Kolaborasi: 1. Kolaborasi dengan fisioterapi
3.	D.0001 – Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan kesadaran ditandai dengan adanya sekret di jalan napas, suara napas tambahan (ronchi), dan refleks batuk lemah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan jalan napas efektif dengan kriteria hasil: 1. Sekret berkurang 2. Ronchi menurun 3. Batuk efektif meningkat	Intervensi Utama: I.01014 – Manajemen Jalan Napas Observasi: 3. Monitor suara napas dan adanya sekret 4. Monitor kemampuan batuk pasien Terapeutik: 4. Lakukan suction bila perlu 5. Reposisi pasien tiap 2 jam 6. Lakukan mobilisasi progresif level 1 Edukasi: 2. Edukasi keluarga pentingnya perubahan posisi pasien Kolaborasi: 2. Kolaborasi pemberian mukolitik bila perlu

4.	D.0139 – Risiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan imobilisasi dan tirah baring lama	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit tetap baik dengan kriteria hasil: 1. Tidak ada dekubitus 2. Kulit tetap utuh Kemerahan berkurang	Intervensi Utama: I.14564 – Perawatan Kulit Observasi: 2. Monitor kondisi kulit dan area penonjolan tulang Terapeutik: 4. Reposisi tiap 2 jam 5. Lakukan mobilisasi progresif level 1 6. Jaga kebersihan kulit Edukasi: 2. Edukasi keluarga tentang pencegahan dekubitus Kolaborasi: Kolaborasi penggunaan kasur anti dekubitus bila perlu
5.	Risiko Aspirasi (D.0006) berhubungan dengan penurunan tingkat kesadaran, gangguan menelan, penurunan refleks gag dan batuk, serta penggunaan NGT.	Tingkat Aspirasi (L.01006) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 × 24 jam, diharapkan tingkat aspirasi menurun dengan kriteria hasil: 1. kemampuan menelan meningkat, 2. refleks muntah membaik, 3. refleks batuk membaik, 4. dispnea menurun, dan 5. napas tambahan menurun.	Pencegahan Aspirasi (I.01018) Observasi: 1. monitor tingkat kesadaran; 2. monitor kemampuan menelan; 3. monitor refleks gag dan batuk; 4. monitor adanya batuk/tersedak; 5. monitor status pernapasan dan SpO_2; 6. monitor kondisi NGT. Terapeutik: 1. pertahankan posisi kepala 30–45° terutama saat pemberian nutrisi melalui NGT; 2. pertahankan posisi pasien aman; hindari pemberian makanan/minuman oral tanpa instruksi; 3. lakukan suction bila terdapat sekret sesuai indikasi; 4. lakukan perawatan mulut. Edukasi: 1. jelaskan risiko aspirasi kepada keluarga; 2. ajarkan keluarga mempertahankan posisi kepala pasien; 3. anjurkan tidak memberikan makanan/minuman melalui mulut tanpa arahan perawat. Kolaborasi: 1. kolaborasi pemberian nutrisi melalui NGT dan konsultasi ahli gizi sesuai kondisi pasien.

4. Implementasi keperawatan

Tabel 4. 8 Implementasi keperawatan

Diagnosis Keperawatan	Hari/Tanggal	Waktu	Implementasi Keperawatan	Hasil/Respons Pasien	Evaluasi formatif
Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi ditandai dengan SpO_2 89%, dispnea, penggunaan otot bantu napas, takipnea, napas tidak teratur, tampak lemah, dan penurunan kesadaran.	Hari ke-1 Jumat,07,Agustus 2026	09.00-09.05 09.05-09.10 09.10-09.20 09.20-09.25 09.25-09.35 10.35-10.40 10.40-10.45	1. Menilai kesadaran,mengukur RR dan SpO_2 pertama. 2. Melakukan mobilisasi progresif level 1 yang pertama sesuai SOP: a. Memposisikan pasien semi-Fowler 15°. b. Melakukan reposisi miring kiri 5 menit miring kanan 5 menit c. Mengembalikan posisi semi fowler selama 5 menit d. Melakukan ROM pasif ekstremitas atas dan bawahselama 10 menit. 3. Menilai kesadaran,mengukur RR dan SpO_2 kedua. 4. Melakukan mobilisasi progresif level 1 yang	**1.** kesadaranApatis GCS 13 ,RR 29x/menit ,SpO_2 89%. **2.** Pasien dapat mengikuti mobilisasi pasif dan toleran terhadap tindakan. a. Pasien dapat diposisikan semi fowler dengan bantuan dan tampak lebih nyaman. b. Pasien dapat direposisi dengan bantuan, tidak tampak tanda intoleransi selama reposisi. c. Pasien dapat diposisikan lagi semi fowler d. ROM pasif dapat dilakukan pada ekstremitas pasien dengan bantuan perawat. **3.** kesadaranApatis GCS 13 ,RR 29x/menit ,$SpO_2$90 %. **4.** Pasien dapat mengikuti mobilisasi pasif dan toleran terhadap tindakan.	**S:** **O:** 1. SpO_2 89% → 91% 2. RR 29→28 x/menit 3. Penggunaan otot nafas 4. kesadaran menurun dengan GCS 13 **A:** Gangguan pertukaran gas teratasi sebagian **P:** intervensi dilanjutkan **I:** Lanjutkan intervensi **E:** 1. SpO_2 meningkat 3% setelah intervensi. 2. RR meningkat 1% 3. Masih menggunakan otot batu nafas 4. GCS apatis 13 **R:** Tidak ada revisi

		10.45- 10.55 10.55-11.00 11.00-11.10 11.10-11.20 12.00 12.30-12.35 12.35-12.40 12.40-12.50	kedua sesuai SOP: a. Memposisikan pasien semi-Fowler 15°. b. Melakukan reposisi miring kiri 5 menit miring kanan 5 menit c. Mengembalikan posisi semi fowler selama 5 menit d. Melakukan ROM pasif ekstremitas atas dan bawahselama 10 menit. 5. Kolaborasi pemberian obat monitol dan furosemide 6. Menilai kesadaran,mengukur RR dan SpO_2 ketiga. 7. Melakukan mobilisasi progresif level 1 yang ketiga sesuai SOP: a. Memposisikan pasien semi-Fowler 15°. b. Melakukan reposisi miring kiri 5 menit	a. Pasien dapat diposisikan semi fowler dengan bantuan dan tampak lebih nyaman. b. Pasien dapat direposisi dengan bantuan, tidak tampak tanda intoleransi selama reposisi. c. Pasien dapat diposisikan lagi semi fowler d. ROM pasif dapat dilakukan pada ekstremitas pasien dengan bantuan perawat. **5.** Obat telah diberikan **6.** kesadaranApatis GCS 13 ,RR 28x/menit ,$SpO_2$91 %**.** **7.** Pasien dapat mengikuti mobilisasi pasif dan toleran terhadap tindakan. a. Pasien dapat diposisikan semi fowler dengan	

		12.50-12,55 12.55-13.05 13.05-13.15	miring kanan 5 menit c. Mengembalikan posisi semi fowler selama 5 menit d. Melakukan ROM pasif ekstremitas atas dan bawahselama 10 menit. 8. Memonitor SpO_2 setelah tindakan.	bantuan dan tampak lebih nyaman. b. Pasien dapat direposisi dengan bantuan, tidak tampak tanda intoleransi selama reposisi. c. Pasien dapat diposisikan lagi semi fowler d. ROM pasif dapat dilakukan pada ekstremitas pasien dengan bantuan perawat. **8.** kesadaranApatis GCS 13 ,RR menurun 29x/menit menjadi 28x/menit , SpO_2 meningkat dari 89% menjadi 91% setelah tindakan.	
Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi ditandai dengan SpO_2 89%, dispnea, penggunaan otot bantu napas,	Hari ke-2 sabtu,08, Agustus 2026	09.00-09.05 09.05-09.10 09.10-09.20	1. Menilai kesadaran,mengukur RR dan SpO_2 pertama. 2. Melakukan mobilisasi progresif level 1 yang pertama sesuai SOP: a. Memposisikan pasien semi-Fowler 15°. b. Melakukan reposisi miring kiri 5 menit	**1.** kesadaranApatis GCS 13 ,RR 28x/menit ,SpO_2 92%**.** **2.** Pasien dapat mengikuti mobilisasi pasif dan toleran terhadap tindakan. **a.** Pasien dapat diposisikan semi fowler dengan bantuan dan tampak lebih nyaman.	**S:** **O:** 1. SpO_2 92% → 94% 2. RR 26x/menit 3. Takipnea 4. Penggunaan otot bantu nafas 5. Kesadaran menurun dengan GCS 13 **A:**

takipnea, napas tidak teratur, tampak lemah, dan penurunan kesadaran.		09.20-09.25 09.25-09.35 10.35-10.40 10.40-10.45 10.45- 10.55 10.55-11.00 11.00-11.10	miring kanan 5 menit c. Mengembalikan posisi semi fowler selama 5 menit d. Melakukan ROM pasif ekstremitas atas dan bawahselama 10 menit. 3. Menilai kesadaran,mengukur RR dan SpO_2 kedua. 4. Melakukan mobilisasi progresif level 1 yang kedua sesuai SOP: a. Memposisikan pasien semi-Fowler 15°. b. Melakukan reposisi miring kiri 5 menit miring kanan 5 menit c. Mengembalikan posisi semi fowler selama 5 menit d. Melakukan ROM pasif ekstremitas atas dan bawahselama 10 menit.	**b.** Pasien dapat direposisi dengan bantuan, tidak tampak tanda intoleransi selama reposisi. **c.** Pasien dapat diposisikan lagi semi fowler **d.** ROM pasif dapat dilakukan pada ekstremitas pasien dengan bantuan perawat. **3.** kesadaranApatis GCS 13 ,RR 27x/menit ,$SpO_2$93 %. **4.** Pasien dapat mengikuti mobilisasi pasif dan toleran terhadap tindakan. **a.** Pasien dapat diposisikan semi fowler dengan bantuan dan tampak lebih nyaman. **b.** Pasien dapat direposisi dengan bantuan, tidak tampak tanda intoleransi selama reposisi.	Gangguan pertukaran gas teratasi sebagian/membaik. **P:** intervensi dilanjutkan **I:** Lanjutkan intervensi1,2,3 **E:** 1. SpO_2 meningkat 3% setelah intervensi. 2. RR meningkat 2% 3. Masih menggunakan otot batu nafas 4. GCS apatis 13. **R:** tidak ada revisi

		12.00 12.30-12.35 12.35-12.40 12.40-12.50 12.50-12,55 12.55-13.05 13.05-13.15	5. Kolaborasi pemberian obat monitol dan furosemide 6. Menilai kesadaran,mengukur RR dan SpO_2 ketiga. 7. Melakukan mobilisasi progresif level 1 yang ketiga sesuai SOP: a. Memposisikan pasien semi-Fowler 15°. b. Melakukan reposisi miring kiri 5 menit miring kanan 5 menit c. Mengembalikan posisi semi fowler selama 5 menit d. Melakukan ROM pasif ekstremitas atas dan bawahselama 10 menit. 8. Memonitor SpO_2 setelah tindakan.	**c.** Pasien dapat diposisikan lagi semi fowler **d.** ROM pasif dapat dilakukan pada ekstremitas pasien dengan bantuan perawat. **5.** Obat telah diberikan **6.** kesadaranApatis GCS 13 ,RR 26x/menit ,$SpO_2$94 %**.** **7.** Pasien dapat mengikuti mobilisasi pasif dan toleran terhadap tindakan. **a.** Pasien dapat diposisikan semi fowler dengan bantuan dan tampak lebih nyaman. **b.** Pasien dapat direposisi dengan bantuan, tidak tampak tanda intoleransi selama reposisi. **c.** Pasien dapat diposisikan lagi semi	

				fowler **d.** ROM pasif dapat dilakukan pada ekstremitas pasien dengan bantuan perawat. **8.** kesadaranApatis GCS 13 ,RR menurun 28x/menit menjadi 26x/menit , SpO_2 meningkat dari 92% menjadi 94% setelah tindakan.	
Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi ditandai dengan SpO_2 89%, dispnea, penggunaan otot bantu napas, takipnea, napas tidak teratur, tampak lemah, dan penurunan kesadaran.	Hari ke-3 minggu,09.Agustus 2026	09.00-09.05 09.05-09.10 09.10-09.20 09.20-09.25 09.25-09.35	1. Menilai kesadaran,mengukur RR dan SpO_2 pertama. 2. Melakukan mobilisasi progresif level 1 yang pertama sesuai SOP: a. Memposisikan pasien semi-Fowler 15°. b. Melakukan reposisi miring kiri 5 menit miring kanan 5 menit c. Mengembalikan posisi semi fowler selama 5 menit d. Melakukan ROM pasif ekstremitas atas dan bawahselama 10	**1.** Kesadaran composmentis ,RR 24x/menit ,SpO_2 95%. **2.** Pasien dapat mengikuti mobilisasi pasif dan toleran terhadap tindakan. a. Pasien dapat diposisikan semi fowler dengan bantuan dan tampak lebih nyaman. b. Pasien dapat direposisi dengan bantuan, tidak tampak tanda intoleransi selama reposisi. c. Pasien dapat diposisikan lagi semi	**S:** pasien mengatakan tidak lagi sesak nafas **O:** a. SpO_2 95% → 98% dengan nasal canul b. RR 22x/menit c. Penggunaaan otot bantu nafas menurun d. kesadaran sudah composmentis **A:** Gangguan pertukaran gas teratasi membaik. **P:** intervensi dihentikan

			menit. 3. Menilai kesadaran,mengukur RR dan SpO_2 kedua. 4. Melakukan mobilisasi progresif level 1 yang kedua sesuai SOP: a. Memposisikan pasien semi-Fowler 15°. b. Melakukan reposisi miring kiri 5 menit miring kanan 5 menit c. Mengembalikan posisi semi fowler selama 5 menit d. Melakukan ROM pasif ekstremitas atas dan bawahselama 10 menit. 5. Kolaborasi pemberian obat monitol dan furosemide 6. Menilai	fowler d. ROM pasif dapat dilakukan pada ekstremitas pasien dengan bantuan perawat. **3.** Kesadaran composmentis GCS 14 ,RR 23x/menit ,$SpO_2$96 %. **4.** Pasien dapat mengikuti mobilisasi pasif dan toleran terhadap tindakan. a. Pasien dapat diposisikan semi fowler dengan bantuan dan tampak lebih nyaman. b. Pasien dapat direposisi dengan bantuan, tidak tampak tanda intoleransi selama reposisi. c. Pasien dapat diposisikan lagi semi fowler d. ROM pasif dapat dilakukan pada ekstremitas pasien dengan bantuan perawat.	masalah teratasi . **I:** hentikan intervensi **E:** 1. SpO_2 meningkat 3% setelah intervensi. 2. RR meningkat 2% 3. Sudah tidak menggunakan otot batu nafas 4. GCS composmentis 14. **R:** tidak ada revisi
		10.35-10.40 10.40-10.45 10.45- 10.55 10.55-11.00 11.00-11.10 12.00			

		12.30-12.35 12.35-12.40 12.40-12.50 12.50-12,55 12.55-13.05 13.05-13.15	kesadaran,mengukur RR dan SpO_2 ketiga. 7. Melakukan mobilisasi progresif level 1 yang ketiga sesuai SOP: a. Memposisikan pasien semi-Fowler 15°. b. Melakukan reposisi miring kiri 5 menit miring kanan 5 menit c. Mengembalikan posisi semi fowler selama 5 menit d. Melakukan ROM pasif ekstremitas atas dan bawahselama 10 menit. 8. Memonitor SpO_2 setelah tindakan.	**5.** Obat telah diberikan **6.** Kesadaran composmentis ,RR 22x/menit ,$SpO_2$97%**.** **7.** Pasien dapat mengikuti mobilisasi pasif dan toleran terhadap tindakan. a. Pasien dapat diposisikan semi fowler dengan bantuan dan tampak lebih nyaman. b. Pasien dapat direposisi dengan bantuan, tidak tampak tanda intoleransi selama reposisi. c. Pasien dapat diposisikan lagi semi fowler d. ROM pasif dapat dilakukan pada ekstremitas pasien dengan bantuan perawat. 8. Kesadaran Apatis GCS 13 menjadi composmentis GCS	

				14 ,RR menurun 24x/menit menjadi 22x/menit , SpO_2 meningkat dari 95% menjadi 98% setelah tindakan.tindakan.	
D.0001 – Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan kesadaran ditandai dengan adanya sekret di jalan napas, suara napas tambahan (ronchi), dan refleks batuk lemah	Hari ke-1 Jumat,07, Agustus 2026	Jam 08.00	1. Menilai kesadaran, pola napas, RR dan SpO_2. 2. pertahankan posisi semi-Fowler; 3. Melakukan reposisi miring kiri dan kanan secara bertahap. 4. lakukan suction bila terdapat sekret yang mengganggu jalan napas.	1. Kesadaran apatis GCS 13, RR 29x/menit, SpO_2 89% 2. Pasien dapat diposisikan semi-Fowler dengan bantuan dan tampak lebih nyaman. 3. Pasien dapat direposisi dengan bantuan dan tidak tampak tanda intoleransi. 4. Sekret yang mengganggu jalan napas dapat dikeluarkan dan pasien dapat mempertahankan jalan napas	**S:** pasien belum mampu mengungkapkan keluhan. **O:** kesadaran menurun, refleks batuk menurun, menggunakan bantuan oksigen. **A:** bersihan jalan napas belum optimal. **P:** lanjutkan pemantauan jalan napas. **I:** monitor sekret, posisi semi-Fowler dan suction sesuai indikasi. **E:** jalan napas tetap dipantau dan tidak terjadi tanda intoleransi. **R:** tidak ada revisi.
Risiko Aspirasi (D.0006) berhubungan dengan penurunan tingkat kesadaran, gangguan menelan, penurunan refleks gag dan batuk, serta penggunaan NGT.	Hari ke-1 Jumat,07, Agustus 2026	09.00	1. Menilai tingkat kesadaran dan kemampuan menelan/batuk. 2. Mempertahankan posisi kepala/semi-Fowler. 3. Memastikan NGT terpasang aman. 4. Memantau tanda aspirasi selama tindakan.	1. GCS 13, refleks menelan dan batuk menurun. 2. Pasien dapat diposisikan dengan bantuan dan tampak lebih nyaman. 3. NGT tetap terpasang dan dapat digunakan untuk pemenuhan nutrisi. 4. Tidak tampak tanda	**S:** pasien belum mampu menyampaikan keluhan. **O:** GCS 13, gangguan menelan,refleks batuk menurun, NGT terpasang. **A:** risiko aspirasi masih ada. **P:** lanjutkan pencegahan

				aspirasi selama tindakan.	aspirasi. **I:** posisi kepala, pemantauan NGT, oral hygiene dan suction sesuai indikasi. **E:** tidak tampak tanda aspirasi. **R:** tidak ada revisi.
D.0139 – Risiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan imobilisasi dan tirah baring lama	Hari ke-1 Jumat,07, Agustus 2026	09.10-09.20	1. Mengobservasi kondisi kulit terutama daerah penekanan. 2. Melakukan reposisi miring kiri dan kanan. 3. Menggunakan bantal sebagai penyangga.	1. Kondisi kulit terpantau, tidak ditemukan kerusakan kulit yang dilaporkan. 2. Pasien dapat direposisi dengan bantuan dan tidak tampak tanda intoleransi. 3. Posisi pasien dapat dipertahankan dengan bantuan bantal.	**S:** pasien tidak mampu menyampaikan keluhan secara optimal. **O:** tirah baring, mobilitas terbatas. **A:** risiko gangguan integritas kulit masih ada. **P:** lanjutkan pencegahan luka tekan. **I:** reposisi berkala dan pemantauan kulit. **E:** tidak dilaporkan adanya kerusakan kulit . **R:** tidak ada revisi.
D.0001 – Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan kesadaran ditandai dengan adanya sekret di jalan napas, suara napas tambahan (ronchi), dan refleks batuk lemah	Hari ke-2 sabtu,08, Agustus 2026	08.00	1. Menilai kesadaran, pola napas, RR dan SpO_2. 2. pertahankan posisi semi-Fowler; 3. Melakukan reposisi miring kiri dan kanan secara bertahap. 4. lakukan suction bila	1. Kesadaran apatis GCS 13, RR 28x/menit, SpO_2 92% 2. Pasien dapat diposisikan semi-Fowler dengan bantuan dan tampak lebih nyaman. 3. Pasien dapat direposisi dengan bantuan dan tidak	**S:** Pasien belum mampu mengungkapkan keluhan secara optimal. **O:** Kesadaran apatis GCS 13, RR 26 x/menit, masih menggunakan bantuan oksigen, refleks batuk menurun. **A:** Bersihan jalan napas belum optimal.

			terdapat sekret yang mengganggu jalan napas 5. Mengevaluasi kembali kondisi jalan napas dan pola napas.	tampak tanda intoleransi 4. Jalan napas dapat dipertahankan dan pasien toleran terhadap tindakan. 5. Refleks batuk masih menurun dan pasien masih memerlukan pemantauan jalan napas.	**P:** Lanjutkan pemantauan jalan napas. **I:** Pertahankan posisi semi-Fowler, reposisi berkala **E:** Jalan napas dapat dipertahankan dan pasien toleran terhadap tindakan. **R:** Tidak ada revisi.
Risiko Aspirasi (D.0006) berhubungan dengan penurunan tingkat kesadaran, gangguan menelan, penurunan	Hari ke-2 sabtu,08 Agustus 2026	09.00	1. Menilai tingkat kesadaran dan kemampuan menelan/batuk. 2. Mempertahankan posisi kepala/semi-Fowler. 3. Memastikan NGT terpasang aman. 4. Memantau tanda aspirasi selama tindakan. 5. Melakukan oral hygiene sesuai kebutuhan. 6. Memantau kembali kondisi pasien setelah tindakan.	1. GCS 13, refleks menelan dan batuk menurun. 2. Pasien dapat diposisikan dengan bantuan dan tampak lebih nyaman. 3. NGT tetap terpasang dan dapat digunakan untuk pemenuhan nutrisi. 4. Tidak tampak tanda aspirasi selama tindakan 5. Kebersihan rongga mulut dapat dipertahankan dengan bantuan perawat 6. Pasien toleran terhadap tindakan dan tidak tampak tanda aspirasi.	**S:** Pasien belum mampu menyampaikan keluhan secara optimal. **O:** GCS 13, gangguan menelan, refleks batuk menurun, NGT terpasang. **A:** Risiko aspirasi masih ada. **P:** Lanjutkan pencegahan aspirasi. **I:** Pertahankan posisi kepala/semi-Fowler, pantau NGT, lakukan oral hygiene **E:** Tidak tampak tanda aspirasi selama tindakan. **R:** Tidak ada revisi.
D.0139 – Risiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan imobilisasi dan tirah baring lama	Hari ke-2 sabtu,08, Agustus 2026	09.10-09.20	1. Mengobservasi kondisi kulit terutama daerah penekanan. 2. Melakukan reposisi miring kiri dan kanan.	1. Kondisi kulit terpantau, tidak ditemukan kerusakan kulit yang dilaporkan. 2. Pasien dapat direposisi dengan bantuan dan tidak	**S:** Pasien belum mampu menyampaikan keluhan secara optimal. **O:** Pasien masih tirah baring dan mobilitas terbatas.

			3. Menggunakan bantal sebagai penyangga. 4. Mengevaluasi kembali kondisi kulit dan posisi pasien.	tampak tanda intoleransi. 3. Posisi pasien dapat dipertahankan dengan bantuan bantal. 4. Tidak adanya kerusakan kulit dan posisi pasien dapat dipertahankan.	**A:** Risiko gangguan integritas kulit masih ada. **P:** Lanjutkan pencegahan luka tekan. **I:** Lakukan reposisi berkala, gunakan bantal sebagai penyangga dan pantau kondisi kulit. **E:** Tidak adanya kerusakan kulit. **R:** Tidak ada revisi.
D.0001 – Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan kesadaran ditandai dengan adanya sekret di jalan napas, suara napas tambahan (ronchi), dan refleks batuk lemah	Hari ke-3 minggu,09, Agustus 2026	Jam 08.00	1. Menilai kesadaran, pola napas, RR dan SpO_2. 2. pertahankan posisi semi-Fowler; 3. Melakukan reposisi miring kiri dan kanan secara bertahap. 4. lakukan suction bila terdapat sekret yang mengganggu jalan napas 5. Mengevaluasi kembali kondisi jalan napas dan pola napas.	1. Kesadaran composmentis GCS 14, RR 24 x/menit, SpO_2 95%. 2. Pasien dapat diposisikan semi-Fowler dengan bantuan dan tampak lebih nyaman. 3. Pasien dapat direposisi dengan bantuan dan tidak tampak tanda intoleransi 4. Jalan napas dapat dipertahankan dan pasien toleran terhadap tindakan. 5. Pasien tampak lebih nyaman, RR 22 x/menit dan tidak dilaporkan adanya tanda intoleransi.	**S:** Pasien mengatakan tidak lagi sesak napas. **O:** Kesadaran composmentis GCS 14, RR 22 x/menit, SpO_2 98%, penggunaan otot bantu napas menurun. **A:** Bersihan jalan napas membaik. **P:** intervensi dihentikan masalh teratasi **I:** Pertahankan posisi semi-Fowler **E:** Jalan napas dapat dipertahankan dan kondisi pernapasan membaik. **R:** Tidak ada revisi.

Risiko Aspirasi (D.0006) berhubungan dengan penurunan tingkat kesadaran, gangguan menelan, penurunan	Hari ke-3 minggu,09, Agustus 2026	09.00	1. Menilai tingkat kesadaran dan kemampuan menelan/batuk. 2. Mempertahankan posisi kepala/semi-Fowler. 3. Memastikan NGT terpasang aman. 4. Memantau tanda aspirasi selama tindakan. 5. Melakukan oral hygiene sesuai kebutuhan. 6. Memantau kembali kondisi pasien setelah tindakan.	1. Kesadaran composmentis GCS 14, kemampuan menelan dan refleks batuk masih perlu dipantau. 2. Pasien dapat diposisikan dengan bantuan dan tampak lebih nyaman. 3. NGT tetap terpasang tetapi pasien sudah dilatih minum secara oral. 4. Tidak tampak tanda aspirasi selama tindakan 5. Kebersihan rongga mulut dapat dipertahankan dengan bantuan perawa 6. Pasien toleran terhadap tindakan dan tidak tampak tanda aspirasi.	**S:** Pasien mampu menyampaikan bahwa sudah lebih nyaman dan tidak sesak. **O:** GCS 14 composmentis, NGT terpasang, tidak tampak tanda aspirasi. **A:** Risiko aspirasi sudah tidak ada. **P:** intervensi dihentikan pasien dilatih minum secara oral **I:** Pertahankan posisi kepala/semi-Fowler, **E:** Tidak tampak tanda aspirasi. **R:** Tidak ada revisi.
D.0139 – Risiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan imobilisasi dan tirah baring lama	Hari ke-3 minggu,09 Agustus 2026	09.10-09.20	1. Mengobservasi kondisi kulit terutama daerah penekanan. 2. Melakukan reposisi miring kiri dan kanan. 3. Menggunakan bantal sebagai penyangga. 4. Mengevaluasi kembali kondisi kulit dan posisi pasien.	1. Kondisi kulit terpantau, tidak ditemukan kerusakan kulit yang dilaporkan. 2. Pasien dapat direposisi dengan bantuan dan tidak tampak tanda intoleransi. 3. Posisi pasien dapat dipertahankan dengan bantuan bantal. 4. Tidak adanya kerusakan	**S:** Pasien mampu menyampaikan keluhan dengan lebih baik. **O:** Mobilitas masih terbatas dan pasien masih memerlukan bantuan dalam perubahan posisi. **A:** Risiko gangguan integritas kulit masih ada. **P:** intervensi Lanjutkan perawat ruangan pencegahan luka tekan dan reposisi berkala.

				kulit dan posisi pasien dapat dipertahankan	**I:** Lakukan reposisi, gunakan penyangga dan pantau kondisi kulit. **E:** Tidak dilaporkan adanya kerusakan kulit. **R:** Tidak ada revisi.

5. Evaluasi keperawatan

Tabel 4. 9 evaluasi keperawatan

NO	Diagnosa	Evaluasi sumatif
1.	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi ditandai dengan SpO_2 89%, dispnea, penggunaan otot bantu napas, takipnea, napas tidak teratur, tampak lemah, dan penurunan kesadaran.	Hari ke-3 Minggu,09,Agustus 2026 Jam 13.50 – 02:00 S: psien mengatakan sudah lebih enakan dan tidak sesak lagi O: 1. SpO_2 96% → 98% dengan nasal canul 2. RR 22x/menit 3. Tidak ada Penggunaan otot bantu nafas 4. kesadaran sudah composmentis A: Gangguan pertukaran gas teratasi , ditandai dengan peningkatan SpO_2 dari 89% menjadi 98% setelah penerapan mobilisasi progresif level 1 selama 3 hari,RR 29X/Menit menjadi 22x/menit tidak ada penggunaan otot bantu nafas lagi,kesadran dari apatis menjadi composmentis. P : Intervensi dihentikan,pasien direncanakan pindah ruangan
2.	Bersihan jalan napas tidak efektif (D.0001) berhubungan dengan penurunan kesadaran ditandai dengan adanya sekret di jalan napas, suara napas tambahan (ronki), dan refleks batuk lemah.	**09 Agustus 2026, pukul 08.00 WIB** **S:** Pasien mengatakan sudah lebih nyaman dan tidak sesak lagi. **O:** 1. Kesadaran composmentis, GCS 14. 2. RR 22×/menit. 3. SpO_2 98%.

		4. Penggunaan otot bantu napas menurun/tidak tampak. 5. Jalan napas dapat dipertahankan dan pasien toleran terhadap tindakan. **A: Bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian/membaik**, ditandai dengan kondisi pernapasan membaik dan jalan napas dapat dipertahankan. **P:** Lanjutkan pemantauan jalan napas, RR, SpO_2, pola napas, serta pertahankan posisi semi-Fowler dan reposisi berkala oleh perawat ruangan.
3.	Risiko aspirasi (D.0006) berhubungan dengan penurunan tingkat kesadaran dan gangguan menelan.	**Minggu, 09 Agustus 2026, pukul 09.00 WIB** **S:** Pasien mengatakan sudah lebih nyaman dan tidak sesak. **O:** 1. Kesadaran composmentis, GCS 14. 2. NGT masih terpasang tetapi sudah dilatihuntuk minum secara oral. 3. Kemampuan menelan dan refleks batuk masih perlu dipantau. 4. Tidak tampak tanda aspirasi selama tindakan. 5. Pasien toleran terhadap tindakan. **A:**Risiko aspirasi sudah tidak ada. **P:** intervensi dihentikan pasien dilatih minum secara oral
4.	Risiko gangguan integritas kulit (D.0139) berhubungan dengan imobilisasi dan tirah baring lama.	**09 Agustus 2026, pukul 09.10–09.20 WIB** **S:** Pasien mampu menyampaikan keluhan dengan lebih baik. **O:** 1. Mobilitas pasien masih terbatas. 2. Pasien masih memerlukan bantuan dalam perubahan posisi. 3. Tidak ditemukan kerusakan kulit . 4. Pasien dapat direposisi dengan bantuan. 5. Posisi pasien dapat dipertahankan dengan bantuan bantal sebagai penyangga. **A: Risiko gangguan integritas kulit masih ada**, karena pasien masih mengalami keterbatasan mobilitas dan tirah baring. **P:** Lanjutkan pencegahan gangguan integritas kulit oleh perawat ruangan .

B. Pembahasan

1. Pengkajian Keperawatan.

Pengkajian keperawatan merupakan tahap pertama dalam proses keperawatan yang dilakukan secara sistematis dan berkesinambungan untuk mengumpulkan data mengenai kondisi kesehatan pasien, baik data subjektif maupun objektif. Pengkajian meliputi pengumpulan informasi tentang identitas pasien, riwayat kesehatan, keluhan utama, pemeriksaan fisik, status psikologis, sosial, spiritual, serta hasil pemeriksaan diagnostik yang berkaitan dengan kondisi pasien. Data yang diperoleh kemudian dianalisis untuk mengidentifikasi masalah atau respons pasien terhadap kondisi kesehatan sehingga dapat menjadi dasar dalam menentukan diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Selama pelaksanaan penerapan mobilisasi progresif level 1 pada pasien stroke di ruang ICU, terdapat beberapa kendala yang perlu diperhatikan. Kendala utama adalah kondisi pasien yang mengalami penurunan kesadaran, kelemahan anggota gerak kiri, keterbatasan rentang gerak, dan ketergantungan dalam melakukan aktivitas sehingga seluruh tindakan mobilisasi harus dilakukan secara bertahap dengan bantuan perawat. Selain itu, kondisi pasien yang mengalami gangguan oksigenasi pada awal pengkajian dengan SpO_2 89%, takipnea, dispnea, dan penggunaan otot bantu napas menyebabkan tindakan harus dilakukan secara hati-hati dengan pemantauan SpO_2, frekuensi napas, kesadaran, dan kondisi hemodinamik sebelum, selama, dan setelah tindakan. Kondisi penggunaan NGT dan terapi oksigen juga menjadi pertimbangan dalam melakukan perubahan posisi agar tidak mengganggu alat yang terpasang. Oleh karena itu, mobilisasi dilakukan sesuai toleransi pasien dan dihentikan apabila ditemukan tanda intoleransi seperti sesak, penurunan SpO_2, atau perubahan kondisi hemodinamik.

Berdasarakan hasil pengkajian pasien usia 45 tahun, pekerjaan POLRI dirawat di ruang ICU dengan diagnosis medis stroke Bardasarkan usia pasien belum masuk pada kelonpok usia resiko tinggi stroke tetapi menurut jenis kelamin bisa masuk dalam kelompok beresiko.Hal tersebut sejalan dengan Gani, Mihardja, dan Delima (2016) stroke pada laki-laki dapat merupakan hasil interaksi antara faktor risiko

yang tidak dapat dimodifikasi dan faktor risiko yang dapat dimodifikasi, yang merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan meningkatnya risiko stroke karena terjadi akumulasi paparan faktor risiko vaskular sepanjang kehidupan, termasuk hipertensi, diabetes, dislipidemia, obesitas, merokok, dan kurang aktivitas fisik. Hasil analisis data Riskesdas 2013 terhadap 722.329 responden menemukan bahwa risiko stroke meningkat seiring bertambahnya usia. Responden berusia ≥55 tahun mempunyai risiko stroke 5,8 kali dibandingkan kelompok usia 15–44 tahun setelah memperhitungkan faktor lainnya. Penelitian tersebut juga menunjukkan bahwa stroke sudah dapat terjadi pada kelompok usia yang lebih muda, sehingga usia 45 tahun tidak dapat dianggap bebas dari risiko stroke**.**

Berdasarkan keluhan utama didapatkan pasien tiba-tiba pingsan, kemudian mengalami kelemahan anggota gerak kiri. Keluhan pasien yang tiba-tiba pingsan dapat berkaitan dengan gangguan fungsi otak akut, tetapi perlu dipahami bahwa kehilangan kesadaran bukanlah manifestasi yang paling umum pada seluruh jenis stroke. Penurunan kesadaran lebih sering ditemukan apabila stroke mengenai struktur otak yang berperan dalam mempertahankan kesadaran, terutama batang otak, talamus, atau area otak tertentu yang berhubungan dengan sistem aktivasi retikular. Gowda dan Munakomi (2026) menjelaskan bahwa stroke batang otak dapat mengganggu jalur motorik, sensorik, serta sistem yang mengatur kesadaran, respirasi, dan fungsi kardiovaskular. Karena struktur vital tersebut terkonsentrasi di batang otak, lesi yang relatif kecil sekalipun dapat menyebabkan gangguan neurologis berat termasuk gangguan kesadaran.

Berdasarkan pengkajian riyawayat penyakit dahulu ditemukan pasien hipertensi sejak 1 tahun yang lalu. Hipertensi merupakan kondisi ketika tekanan darah berada pada tingkat yang terus-menerus lebih tinggi dari normal. Tekanan darah yang tinggi dalam jangka panjang memberikan beban mekanis terhadap dinding arteri. Kondisi tersebut dapat menyebabkan kerusakan endotel, penebalan dinding pembuluh darah, kekakuan arteri, aterosklerosis, serta perubahan pada pembuluh darah kecil otak. Perubahan tersebut dapat menyebabkan lumen pembuluh darah menyempit dan meningkatkan kemungkinan terbentuknya trombus atau oklusi yang pada akhirnya menyebabkan stroke iskemik. Gani, Mihardja, dan

Delima (2016) dalam analisis Riskesdas terhadap 722.329 responden di Indonesia menemukan bahwa hipertensi merupakan salah satu faktor risiko dominan stroke dengan risiko sekitar 2,87 kali dibandingkan individu tanpa hipertensi, Hipertensi, merokok dan pola hidup tidak sehat merupakan faktor yang dapat meningkatkan risiko stroke (Ignatavicius et al., 2021).

Selain itu juga ditemukan kebiasaan pasien merokok, Secara fisiologis, nikotin dalam rokok dapat merangsang sistem saraf simpatis sehingga menyebabkan peningkatan denyut jantung, vasokonstriksi, dan peningkatan tekanan darah. Sementara itu, karbon monoksida dapat mengurangi kemampuan darah membawa oksigen karena berikatan dengan hemoglobin membentuk karboksihemoglobin. Paparan zat-zat tersebut secara berulang dapat menyebabkan stres oksidatif, inflamasi, dan kerusakan endotel pembuluh darah. Bushnell et al. (2024) menjelaskan bahwa merokok berhubungan dengan peningkatan risiko stroke melalui berbagai mekanisme vaskular dan aterotrombotik, serta bukti epidemiologis menunjukkan hubungan yang kuat antara merokok dan stroke iskemik maupun perdarahan subaraknoid

Brdasarkan hasl pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum lemah,penururan kesadaran,gangguan pernafasan dan spo2 kelemahan ekremitas ganguan bicara, Berdasarkan hasil pengkajian pada kasus, pasien mengalami penurunan kesadaran dengan riwayat stroke iskemik infark kardioemboli. Kondisi tersebut menunjukkan adanya gangguan fungsi neurologis akibat proses iskemia dan infark pada jaringan otak. Penurunan kesadaran juga menyebabkan pasien membutuhkan bantuan penuh dalam aktivitas, termasuk mobilisasi dan pemenuhan kebutuhan dasar. penurunan kesadaran pada pasien stroke terjadi karena jaringan otak mengalami gangguan perfusi akibat tersumbatnya pembuluh darah serebral. Berkurangnya aliran darah menyebabkan suplai oksigen dan glukosa ke sel otak menurun sehingga fungsi neuron terganggu. Apabila area otak yang mengalami kerusakan cukup luas atau melibatkan struktur yang berperan dalam kesadaran, maka pasien dapat mengalami penurunan tingkat kesadaran,Prabhakaran et al. (2026) menjelaskan bahwa stroke iskemik terjadi akibat oklusi pembuluh darah serebral yang menyebabkan berkurangnya perfusi jaringan otak dan dapat

menimbulkan defisit neurologis dengan tingkat keparahan yang berbeda. Gangguan kesadaran merupakan salah satu kondisi yang perlu diperhatikan dalam pemeriksaan neurologis pasien stroke.American Heart Association/American Stroke Association (2013) menyatakan bahwa pemeriksaan tingkat kesadaran merupakan bagian penting dari pemeriksaan neurologis pada pasien stroke karena perubahan kesadaran dapat menunjukkan beratnya gangguan neurologis dan perubahan kondisi pasien.

pasien mengalami kelemahan pada ekstremitas kiri. Kondisi tersebut menyebabkan kemampuan pasien dalam melakukan pergerakan menjadi terbatas sehingga pasien membutuhkan bantuan dalam melakukan mobilisasi. Kelemahan ekstremitas juga menyebabkan pasien lebih banyak berada di tempat tidur dan berisiko mengalami komplikasi akibat imobilisasi,kelemahan ekstremitas terjadi akibat adanya kerusakan jaringan otak pada area atau jalur motorik yang mengatur pergerakan tubuh. Gangguan impuls saraf dari otak menuju otot menyebabkan kemampuan melakukan gerakan aktif menurun. Pada stroke, defisit motorik umumnya terjadi pada sisi tubuh yang berlawanan dengan lokasi kerusakan otak.American Heart Association/American Stroke Association (2013) menjelaskan bahwa kelemahan atau kelumpuhan unilateral merupakan salah satu manifestasi utama stroke dan pemeriksaan fungsi motorik perlu dilakukan pada kedua sisi tubuh untuk mengetahui derajat defisit neurologis.Miranda et al. (2023) melalui systematic review menunjukkan bahwa mobilisasi dini pada pasien stroke dapat membantu mempertahankan kemampuan fungsional dan mengurangi dampak negatif imobilisasi. Mobilisasi perlu diberikan secara bertahap sesuai dengan kondisi klinis dan kemampuan pasien.

Berdasarkan hasil pemeriksaan pada kasus, pasien menunjukkan SpO_2 89% meskipun menggunakan NRM dan frekuensi napas 29 kali/menit. Pasien juga mengalami penurunan kesadaran. Temuan tersebut menunjukkan adanya masalah oksigenasi yang ditandai dengan saturasi oksigen rendah dan peningkatan frekuensi pernapasan. Kondisi tersebut menjadi dasar dilakukannya pemantauan status respirasi secara ketat sebelum, selama, dan setelah pemberian intervensi., penurunan kesadaran pada pasien stroke dapat menyebabkan kemampuan

mempertahankan jalan napas, batuk efektif, dan mengeluarkan sekret menjadi berkurang. Kondisi tersebut dapat meningkatkan risiko obstruksi jalan napas dan aspirasi yang selanjutnya dapat memengaruhi ventilasi serta oksigenasi. Selain itu, imobilisasi dalam waktu lama dapat menyebabkan ekspansi paru kurang optimal sehingga dapat memengaruhi pertukaran gas.Prabhakaran et al. (2026) menjelaskan bahwa pasien stroke perlu dilakukan pemantauan terhadap airway, breathing, dan oksigenasi, terutama pada pasien dengan gangguan kesadaran. Pemantauan saturasi oksigen diperlukan untuk mendeteksi hipoksemia dan menentukan kebutuhan dukungan oksigen. pasien mengalami bicara pelo atau disartria. Kondisi tersebut menunjukkan adanya gangguan neurologis yang memengaruhi kemampuan pasien dalam mengartikulasikan kata. Gangguan bicara juga menjadi salah satu tanda penting yang perlu diamati pada pasien stroke karena dapat menunjukkan adanya defisit neurologis fokal.disartria terjadi karena gangguan pada sistem saraf yang mengontrol koordinasi otot bicara, termasuk otot lidah, bibir, faring, dan laring. Kerusakan jaringan otak akibat stroke dapat menyebabkan koordinasi otot tersebut terganggu sehingga artikulasi suara menjadi tidak jelas atau pelo.American Heart Association/American Stroke Association (2013) menjelaskan bahwa gangguan bahasa dan bicara merupakan bagian penting dalam pemeriksaan neurologis pasien stroke. Penilaian terhadap kemampuan berbicara dapat membantu menentukan lokasi dan tingkat keparahan defisit neurologis.

pasien memiliki tekanan darah 167/95 mmHg dan hasil EKG menunjukkan atrial fibrillation (AF). Temuan tersebut penting karena pasien didiagnosis mengalami stroke iskemik dengan mekanisme kardioemboli. Adanya AF pada pemeriksaan EKG memberikan gambaran adanya gangguan irama jantung yang secara klinis dapat berhubungan dengan pembentukan embolus,atrial fibrillation menyebabkan kontraksi atrium menjadi tidak efektif sehingga aliran darah menjadi tidak teratur dan dapat terjadi stasis darah. Stasis tersebut dapat meningkatkan kemungkinan terbentuknya trombus di atrium, terutama atrium kiri. Trombus yang terlepas dapat mengikuti aliran darah menuju otak dan menyebabkan penyumbatan pembuluh darah serebral sehingga terjadi stroke kardioemboli.Prabhakaran et al. (2026) menjelaskan bahwa atrial fibrillation merupakan salah satu kondisi jantung

yang berhubungan dengan stroke kardioemboli. Oleh karena itu, pemeriksaan denyut nadi, irama jantung, tekanan darah, dan EKG penting dilakukan pada pasien stroke untuk membantu menentukan kemungkinan mekanisme stroke.

pemeriksaan nervus IX (glosofaringeus) dan nervus X (vagus) menjadi penting, terutama berkaitan dengan fungsi menelan dan proteksi jalan napas. Pasien dengan gangguan kesadaran berisiko mengalami gangguan refleks menelan dan batuk sehingga perlu dilakukan observasi terhadap adanya sekret, batuk, suara napas abnormal, kesulitan menelan, dan tanda aspirasi., nervus IX dan X berperan dalam proses menelan dan refleks faring. Gangguan fungsi kedua saraf tersebut dapat menyebabkan disfagia sehingga makanan, minuman, saliva, atau sekret berpotensi masuk ke jalan napas. Aspirasi dapat mengganggu fungsi respirasi dan pada kondisi tertentu menyebabkan komplikasi paru.American Heart Association/American Stroke Association (2013) menjelaskan bahwa pasien stroke perlu dilakukan skrining terhadap gangguan menelan sebelum pemberian makanan, cairan, maupun obat secara oral yang penting diperhatikan pada pasien stroke.

2. Diagnosa keperawatan

Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), menjelaskan bahwa diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami, baik yang sedang terjadi maupun yang berisiko terjadi. Diagnosis keperawatan menjadi dasar dalam pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai luaran yang diharapkan.

Berdasarkan hasil analisa data pengkajian responden ditemukan 2 diganosa keperawatan prioritas yaitu 1) Diagnosis Gangguan Pertukaran Gas (D.0003) ditegakkan karena ditemukan data objektif berupa SpO_2 89%, frekuensi napas 29 kali/menit, penggunaan NRM, dispnea, penggunaan otot bantu napas, napas tidak teratur, tampak lemah, dan penurunan kesadaran, 2) Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054). Diagnosis ini ditegakkan berdasarkan adanya kelemahan anggota gerak kiri, hemiparesis, penurunan kekuatan otot, keterbatasan rentang gerak (ROM), kesulitan bergerak, dan kondisi tirah baring, temuan ini sesuai dengan diagnose yang mungkin muncul pada pasien stroke secara teori dalam SDKI (PPNI, 2017).

Diagnosis Gangguan Pertukaran Gas pada pasien stroke bisa muncul karena adanya gangguan oksigenasi pada pasien stroke dengan penurunan kesadaran, gangguan pertukaran gas dikaitkan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi yang dapat menyebabkan penurunan oksigenasi atau hipoksemia, hal ini sesuai dengan teori Hinkle & Cheever (2021), yang mengatakan bahwa secara fisiologis, pertukaran gas terjadi melalui proses masuknya oksigen ke alveolus, kemudian oksigen berdifusi ke dalam darah dan karbon dioksida dikeluarkan melalui proses ventilasi, gangguan pada ventilasi, perfusi, maupun hubungan antara ventilasi dan perfusi dapat menyebabkan oksigen yang masuk ke dalam darah tidak optimal, pada pasien stroke dengan penurunan kesadaran, gangguan neurologis dapat memengaruhi kontrol pernapasan dan kemampuan mempertahankan ventilasi yang efektif sehingga dapat terjadi perubahan pola napas dan penurunan oksigenasi.

Diagnosis kedua adalah Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)Diagnosis ini ditegakkan berdasarkan adanya kelemahan anggota gerak kiri, hemiparesis, penurunan kekuatan otot, keterbatasan rentang gerak (ROM), kesulitan bergerak, dan kondisi tirah baring, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular yang ditandai dengan penurunan kekuatan otot dan ROM. Hal ini sesuai dengan teori Hinkle & Cheever, (2021), yang mengatakan bahwa Secara fisiologis, pergerakan tubuh membutuhkan koordinasi antara sistem saraf pusat, saraf perifer, otot dan sistem muskuloskeletal. Stroke dapat menyebabkan kerusakan jaringan otak pada area yang berperan dalam pengaturan fungsi motorik sehingga impuls motorik ke anggota gerak terganggu. Akibatnya, pasien dapat mengalami kelemahan anggota gerak atau hemiparesis dan mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

3. Intervensi keperawatan

Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018), menjelaskan bahwa intervensi keperawatan merupakan segala tindakan yang dikerjakan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran yang diharapkan. Intervensi keperawatan disusun berdasarkan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan

melalui hasil pengkajian dan analisis data pasien. Intervensi tersebut menjadi pedoman bagi perawat dalam menentukan tindakan yang tepat, sistematis, dan sesuai dengan kebutuhan pasien.

Intervensi keperawatan pada diagnosis Gangguan Pertukaran Gas yaitu manajemen jalan napas yang bertujuan agar pertukaran gas meningkat dengan intervensi yang diberikan meliputi pemantauan SpO_2, mobilisasi progresif level 1 (pengaturan posisi head-up 15^0–30^0, reposisi miring kiri dan kanan, ROM pasif) serta pemantauan respons pasien sebelum dan sesudah tindakan. Pemilihan intervensi disesuaikan dengan kondisi pasien yang mengalami stroke infark kardioemboli, penurunan kesadaran, gangguan mobilitas dan SpO_2 awal 89%.

Pemantauan SpO_2 dilakukan sebelum dan sesudah tindakan karena SpO_2 merupakan parameter objektif untuk mengetahui status oksigenasi pasien. Pada kasus ini, SpO_2 awal sebesar 89% menunjukkan oksigenasi pasien belum optimal. Menurut Hinkle dan Cheever (2021) pengkajian respirasi pada pasien dengan gangguan neurologis perlu mencakup frekuensi, pola dan efektivitas pernapasan serta pemantauan oksigenasi. Pemantauan tersebut penting untuk mengetahui perubahan kondisi pasien dan respons terhadap intervensi.Pemantauan SpO_2 sebelum dan sesudah mobilisasi memberikan data objektif mengenai perubahan oksigenasi pasien. Pemantauan frekuensi dan pola napas juga diperlukan untuk mendeteksi tanda hipoksia atau intoleransi selama tindakan.

Posisi head-up 15–30° diberikan sebagai bagian dari mobilisasi progresif level 1. Pada pasien dengan penurunan kesadaran, pengaturan posisi dilakukan secara bertahap dan disesuaikan dengan kondisi pasien. Menurut Hinkle dan Cheever (2021), pengaturan posisi pada pasien dengan gangguan neurologis dan respirasi perlu memperhatikan fungsi pernapasan serta kondisi neurologis pasien. Posisi head-up membantu mempertahankan posisi tubuh yang mendukung ekspansi dada dan fungsi pernapasan. Posisi ini juga memungkinkan pasien berada pada tahap awal mobilisasi tanpa langsung melakukan aktivitas aktif yang berat.

Reposisi miring kiri dan kanan dilakukan karena pasien mengalami tirah baring dan tidak mampu mengubah posisi secara mandiri. Menurut Potter et al. (2021), pasien yang mengalami keterbatasan mobilitas memerlukan perubahan

posisi secara berkala untuk mempertahankan kenyamanan, mencegah komplikasi akibat imobilisasi dan menjaga integritas jaringan. Reposisi membantu mengurangi tekanan yang berlangsung lama pada area tubuh tertentu, mempertahankan posisi tubuh dan mencegah komplikasi akibat tirah baring. Kerusakan jaringan otak pada pasien stroke akibat infark dapat mengganggu fungsi motorik sehingga menyebabkan kelemahan atau hemiparesis pada salah satu sisi tubuh. Kondisi ini menyebabkan pasien membutuhkan bantuan dalam melakukan perubahan posisi dan aktivitas fisik. (Hinkle & Cheever, 2021).

ROM pasif diberikan karena pasien mengalami kelemahan anggota gerak kiri, hemiparesis dan belum mampu melakukan pergerakan secara mandiri. ROM pasif bertujuan mempertahankan rentang gerak sendi, mengurangi kekakuan dan memberikan stimulasi gerak pada ekstremitas yang mengalami kelemahan. ROM dilakukan secara perlahan untuk menghindari kelelahan dan memperhatikan respons fisiologis pasien. Menurut Hinkle dan Cheever (2021), gangguan neurologis akibat stroke dapat menyebabkan kelemahan motorik dan keterbatasan kemampuan melakukan aktivitas. Latihan gerak pada pasien dengan keterbatasan mobilitas dilakukan sesuai kemampuan dan toleransi pasien.

Mobilisasi progresif level 1 dipilih karena pasien mengalami penurunan kesadaran dan belum mampu melakukan mobilisasi aktif secara mandiri. Mobilisasi progresif level 1 merupakan tahap awal yang sesuai untuk pasien dengan kondisi kritis dan keterbatasan mobilisasi. Pelaksanaan secara bertahap memungkinkan pasien mendapatkan stimulasi aktivitas tanpa memberikan beban aktivitas yang terlalu tinggi. Pemantauan SpO_2 dan tanda-tanda vital sebelum, selama dan setelah tindakan diperlukan untuk mengetahui toleransi pasien. Mobilisasi dilakukan secara bertahap melalui head-up, reposisi dan ROM pasif. Menurut Hodgson et al. (2022), mobilisasi pada pasien kritis perlu dilakukan secara bertahap dengan mempertimbangkan kondisi klinis dan respons fisiologis pasien.

Pemantauan dilakukan sebelum, selama dan setelah mobilisasi dengan memperhatikan SpO_2, frekuensi napas, nadi, tekanan darah, tingkat kesadaran dan tanda-tanda intoleransi. Menurut Hodgson et al. (2022), keselamatan pasien merupakan pertimbangan penting dalam pelaksanaan mobilisasi pada pasien kritis

sehingga kondisi fisiologis harus dipantau selama pemberian intervensi. Pemantauan bertujuan mengetahui apakah pasien mampu mentoleransi tindakan. Apabila ditemukan penurunan SpO_2, perubahan tanda vital yang bermakna, peningkatan sesak atau tanda intoleransi lainnya, tindakan perlu dihentikan atau disesuaikan dengan kondisi pasien.

4. Implementasi keperawatan

Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018), menjelaskan bahwa implementasi keperawatan merupakan tahap pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah direncanakan berdasarkan diagnosis keperawatan untuk mencapai luaran yang telah ditetapkan. Implementasi merupakan penerapan nyata dari intervensi keperawatan yang dilakukan secara sistematis, terarah, dan sesuai dengan kondisi serta kebutuhan pasien. Pada tahap ini, perawat melaksanakan tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi sesuai dengan rencana yang telah disusun.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari didapatkan capai hasil asuhan keperawatan berupa perubahan SPO2, frekuensi pernapasan dan Tingkat kesadaran seperti pada diagram berikut:

Grafik 4. 1 Perubahan Saturasi Oksigen (SpO_2)



Berdasarkan digram 4.1 dapat dilihat perubhan SpO2 pada pasien selama 3 hari sebelum dan sesudah dilakukan tindakan mobilisasi progresif level 1 yaitu hari pertama sebelum 89% sesudah intervensi 91%, hari kedua sebelum 92%, sesudah

intevensi 94% dan hari ketiga sebelum 95%, sesudah intevensi 98%. Peningkatan SpO_2 setelah dilakukan mobilisasi progresif level 1 pada pasien stroke menunjukkan adanya respons positif terhadap intervensi yang diberikan. Kondisi imobilisasi dan penurunan kesadaran pada pasien stroke dapat menyebabkan penurunan ekspansi paru dan penumpukan sekret sehingga mengganggu ventilasi serta oksigenasi paru. Menurut Setyaningrum, Mardiyono, dan Sujianto (2017), imobilisasi pada pasien stroke nonhemoragik dapat menurunkan ekspansi paru akibat akumulasi sekret sehingga menyebabkan gangguan fungsi ventilasi-oksigenasi paru. Mobilisasi dan perubahan posisi secara bertahap dapat membantu re-ekspansi area paru, meningkatkan ventilasi, serta memperbaiki transport oksigen.

Hasil penelitian Setyaningrum, Mardiyono, dan Sujianto (2017) juga menunjukkan bahwa pemberian mobilisasi progresif level I memberikan pengaruh bermakna terhadap fungsi ventilasi-oksigenasi paru. Volume udara pada kelompok intervensi meningkat dari 220 ± 78,9 menjadi 263,65 ± 61,6 setelah lima hari intervensi dengan $p<0,001$. Hal tersebut menunjukkan bahwa mobilisasi progresif level I dapat membantu meningkatkan fungsi ventilasi paru pada pasien stroke nonhemoragik.

Hasil tersebut sejalan dengan penelitian Suyanti, Iswari, dan Ginanjar (2019) yang dilakukan pada 16 pasien dengan penurunan kesadaran di ICU. Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh mobilisasi progresif level I terhadap saturasi oksigen dengan $p<0,001$. Peneliti menyimpulkan bahwa mobilisasi progresif level I dapat meningkatkan saturasi oksigen pada pasien dengan penurunan kesadaran.

Penelitian Atrie, Widiastuti, Siagian, Wati, dan Rahman (2024) juga menunjukkan hasil yang mendukung. Pada 32 pasien stroke di ICU, terdapat perbedaan bermakna saturasi oksigen sebelum dan sesudah mobilisasi progresif level I dengan $p=0,001$. Dengan demikian, peningkatan SpO_2 setelah mobilisasi progresif level 1 pada pasien stroke dapat dijelaskan melalui peningkatan ekspansi paru, perbaikan ventilasi, re-ekspansi alveoli, dan optimalisasi pertukaran gas sehingga oksigenasi pasien menjadi lebih baik.

Berdasarkan teori dan hasil penelitian tersebut, peningkatan SpO_2 setelah dilakukan mobilisasi progresif level 1 dapat diinterpretasikan sebagai respons

fisiologis positif terhadap intervensi. Mobilisasi yang dilakukan secara bertahap sesuai toleransi pasien berpotensi membantu mempertahankan fungsi ventilasi dan oksigenasi, terutama pada pasien stroke yang mengalami imobilisasi atau penurunan kesadaran.

Grafik 4. 2 Perubahan Frekuensi Pernapasan (RR)



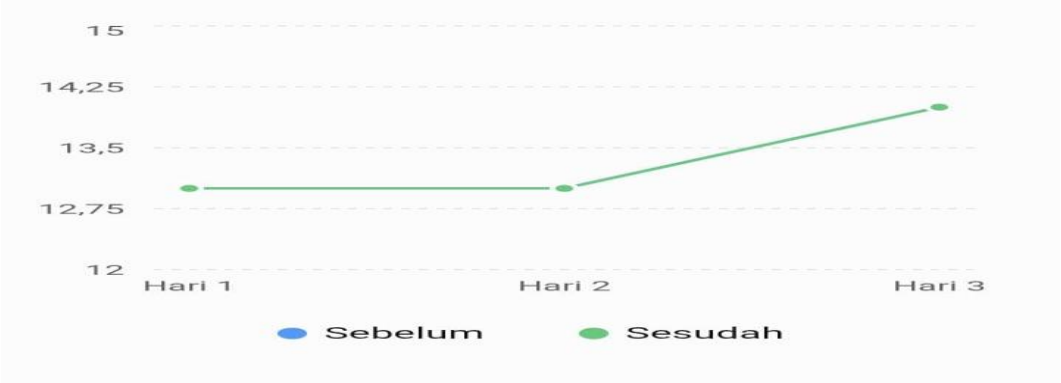
Berdasarkan digram 4.2 dapat dilihat perubahan Frekuensi Pernapasan pada pasien selama 3 hari sebelum dan sesudah dilakukan tindakan mobilisasi progresif level 1 yaitu hari pertama sebelum 29x/menit sesudah intervensi 28x/menit, hari kedua sebelum 27x/menit, sesudah intevensi 26x/menit dan hari ketiga sebelum 25x/menit sesudah intevensi 22x/menit. Penurunan frekuensi pernapasan setelah dilakukan mobilisasi progresif level 1 pada pasien stroke dapat menunjukkan adanya perbaikan efisiensi ventilasi dan penurunan kerja pernapasan. Pasien stroke dengan imobilisasi dan penurunan kesadaran berisiko mengalami penurunan ekspansi paru, kelemahan otot pernapasan, serta retensi sekret yang dapat menyebabkan ventilasi alveolar kurang optimal. Menurut Setyaningrum, Mardiyono, dan Sujianto (2017), imobilisasi pada pasien stroke nonhemoragik dapat menurunkan ekspansi paru akibat akumulasi sekret sehingga mengganggu fungsi ventilasi dan oksigenasi paru..

Secara fisiologis, ketika ekspansi paru dan ventilasi alveolar menjadi lebih efektif, kebutuhan tubuh untuk meningkatkan frekuensi napas sebagai mekanisme kompensasi dapat berkurang. Dengan demikian, frekuensi pernapasan dapat menurun menuju rentang normal apabila kebutuhan ventilasi telah terpenuhi secara lebih efektif. Penurunan RR akan lebih bermakna secara klinis apabila disertai peningkatan atau kestabilan SpO_2, tidak terdapat penggunaan otot bantu

pernapasan, tidak terdapat retraksi dada, dan pasien tidak menunjukkan tanda-tanda distress pernapasan.

Berdasarkan teori dan hasil penelitian tersebut, apabila pada pasien stroke terjadi penurunan frekuensi pernapasan, misalnya dari 24 kali/menit menjadi 20 kali/menit setelah dilakukan mobilisasi progresif level 1, kondisi tersebut dapat diinterpretasikan sebagai respons positif berupa peningkatan efisiensi ventilasi dan penurunan kerja pernapasan. Hal ini diperkuat oleh penelitian Atrie et al. (2024) yang menemukan adanya perubahan bermakna respiratory rate setelah mobilisasi progresif level I pada pasien stroke di ICU, serta penelitian Setyaningrum et al. (2017) yang menunjukkan peningkatan fungsi ventilasi-oksigenasi paru setelah intervensi tersebut.

Grafik 4. 3 Perkembangan Status Kesadaran



Berdasarkan digram 4.3 dapat dilihat Perkembangan Status Kesadaran pada pasien selama 3 hari sebelum dan sesudah dilakukan tindakan mobilisasi progresif level 1 yaitu hari pertama sebelum GCS (13) Apatis, sesudah intervensi GCS (13) Apatis , hari kedua sebelum GCS (13) Apatis, sesudah intevensi GCS (13) Apatis dan hari ketiga sebelum GCS (14) Compos Mentis sesudah intevensi GCS (14) Compos Mentis. Perkembangan status kesadaran pada pasien stroke setelah dilakukan mobilisasi progresif level 1 dapat menunjukkan adanya respons positif terhadap stimulasi sensorik dan motorik yang diberikan secara bertahap. Penurunan kesadaran pada pasien stroke dapat terjadi akibat gangguan fungsi jaringan serebral, gangguan perfusi otak, edema serebri, maupun peningkatan tekanan intrakranial. Kondisi tersebut menyebabkan kemampuan pasien dalam memberikan respons

terhadap rangsangan menjadi menurun. Menurut Tsuboi et al. (2022), pasien stroke dengan gangguan kesadaran berat dapat mengalami perbaikan tingkat kesadaran selama menjalani rehabilitasi dengan mobilisasi dini yang dilakukan secara terarah dan sesuai kondisi pasien.

Mobilisasi progresif level 1 memberikan stimulasi berupa perubahan posisi, pengaturan head of bed, perubahan posisi lateral, latihan rentang gerak, dan stimulasi sensorik-motorik. Perubahan posisi tersebut memberikan rangsangan proprioseptif, vestibular, dan somatosensorik yang dapat meningkatkan arousal atau kewaspadaan pasien. Tsuboi et al. (2022) menjelaskan bahwa perubahan posisi dan mobilisasi dini dapat memberikan stimulasi terhadap tingkat kesadaran pada pasien stroke dengan gangguan kesadaran berat. Pada penelitian tersebut, tingkat kesadaran yang dinilai menggunakan Japan Coma Scale mengalami perbaikan pada kelompok yang mendapatkan mobilisasi dini selama masa perawatan.

Selain memberikan stimulasi neurologis, mobilisasi progresif level 1 dapat membantu mempertahankan kondisi fisiologis yang mendukung fungsi otak melalui perbaikan oksigenasi dan stabilitas hemodinamik. Suyanti, Iswari, dan Ginanjar (2019) menunjukkan bahwa mobilisasi progresif level 1 berpengaruh terhadap saturasi oksigen pada pasien dengan penurunan kesadaran. Oksigenasi yang lebih baik dapat membantu mempertahankan suplai oksigen ke jaringan otak sehingga mendukung fungsi neurologis dan respons kesadaran pasien.

Hasil penelitian Tsuboi et al. (2022) menunjukkan bahwa pada pasien stroke dengan gangguan kesadaran berat yang mendapatkan mobilisasi dini, skor Japan Coma Scale pada dua minggu setelah onset stroke dan saat keluar rumah sakit mengalami perbaikan bermakna dibandingkan kondisi awal. Sebaliknya, perbaikan tersebut tidak ditemukan pada kelompok yang hanya mendapatkan rehabilitasi standar. Temuan tersebut menunjukkan bahwa mobilisasi dini yang dilakukan secara terarah dan aman berpotensi memberikan kontribusi terhadap pemulihan tingkat kesadaran pasien stroke.

Temuan tersebut juga didukung oleh studi kasus Bahar (2023) pada pasien hemorrhagic stroke dengan penurunan kapasitas adaptif intrakranial. Pemberian mobilisasi progresif level 1 satu kali sehari selama tiga hari menunjukkan adanya

peningkatan status hemodinamik, saturasi oksigen, dan tingkat kesadaran pasien. Studi kasus lain juga melaporkan adanya peningkatan kesadaran dari kondisi apatis menjadi composmentis setelah pemberian mobilisasi progresif level 1 selama tiga hari. Meskipun demikian, hasil studi kasus tersebut perlu ditafsirkan secara hati-hati karena jumlah pasien yang sedikit.

Berdasarkan teori dan hasil penelitian tersebut, perkembangan status kesadaran setelah mobilisasi progresif level 1 dapat dijelaskan melalui kombinasi stimulasi sensorik-motorik, perubahan posisi tubuh, peningkatan arousal, serta dukungan terhadap oksigenasi dan kestabilan hemodinamik. Apabila setelah intervensi pasien menunjukkan peningkatan respons membuka mata, respons verbal, respons motorik, atau peningkatan nilai Glasgow Coma Scale (GCS), maka perubahan tersebut dapat diinterpretasikan sebagai perkembangan positif status neurologis pasien. Namun, peningkatan kesadaran tidak dapat sepenuhnya disebabkan oleh mobilisasi karena pemulihan kesadaran pada pasien stroke juga dipengaruhi oleh jenis dan lokasi stroke, luas kerusakan otak, edema serebri, perfusi serebral, obat-obatan, komplikasi, serta perjalanan alami penyakit.

5. Evaluasi perawatan

Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) menjelaskan bahwa evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan yang dilakukan untuk menilai pencapaian luaran keperawatan setelah intervensi dilaksanakan. Evaluasi dilakukan dengan membandingkan kondisi atau respons pasien sebelum dan sesudah diberikan tindakan keperawatan berdasarkan indikator luaran yang telah ditetapkan. Hasil evaluasi digunakan untuk menentukan apakah masalah keperawatan telah teratasi, teratasi sebagian, atau belum teratasi sehingga perawat dapat menentukan keberlanjutan, modifikasi, atau penghentian intervensi.

Berdasarkan hasil evaluasi keperawatan didapatkan hasil pasien mengatakan tidak sesak lagi, SOP2 98%, RR: 22x/Menit, tingkat kesadaran kompos mantis (GCS:14), masalah teratasi, intervensi oleh peneliti dihentikan karena periode penelitian sudah selesai, pasien direncanakan pindah dari ICU keruangan perawatan. Masalah kepawaratan gangguan pertukaran gas dapat diatasi setelah dilakukan

tindakan keperawatan selama 3 hari dengan intervansi Mobilisasi progresif level 1 3 kali sehari karena

Berdasarkan hasil evaluasi keperawatan selama tiga hari, masalah keperawatan gangguan pertukaran gas pada pasien stroke menunjukkan perkembangan ke arah perbaikan setelah diberikan intervensi mobilisasi progresif level 1. Perbaikan tersebut dapat dilihat dari meningkat atau stabilnya saturasi oksigen, membaiknya frekuensi dan pola pernapasan, serta berkurangnya tanda-tanda gangguan oksigenasi. Mobilisasi progresif level 1 diberikan secara bertahap melalui pengaturan posisi, head of bed, latihan ROM pasif, dan perubahan posisi lateral sesuai dengan toleransi pasien.

Studi kasus Fitriana dan Krisdianto (2020) juga menunjukkan bahwa pemberian mobilisasi progresif level 1 selama tiga hari pada pasien stroke nonhemoragik dapat meningkatkan saturasi oksigen dari 94% menjadi 99%. Hasil tersebut mendukung bahwa perubahan posisi, elevasi kepala, ROM pasif, dan rotasi lateral sebagai bagian dari mobilisasi progresif level 1 dapat membantu memperbaiki status oksigenasi pasien stroke.

Motivasi pasien dalam proses pemulihan terlihat dari kemampuan pasien untuk mengikuti tindakan keperawatan sesuai dengan kondisi dan toleransinya. Pada hari ketiga, pasien sudah mampu berkomunikasi lebih baik dan mengatakan bahwa dirinya sudah merasa lebih enakan serta tidak mengalami sesak lagi. Perbaikan kondisi tersebut dapat menjadi faktor yang mendukung pasien untuk lebih kooperatif dalam mengikuti tindakan keperawatan. Dukungan keluarga juga berperan dalam membantu pemenuhan kebutuhan pasien selama mengalami keterbatasan mobilitas. Dalam kasus ini, motivasi pasien tidak dapat dinilai hanya dari kemampuan melakukan mobilisasi secara mandiri karena pasien masih mengalami keterbatasan gerak dan membutuhkan bantuan.

Beberapa faktor yang mendukung proses perbaikan kondisi pasien selama penerapan mobilisasi progresif level 1 adalah pemantauan kondisi pasien secara berkala, pemberian terapi oksigen sesuai program, tindakan keperawatan yang dilakukan secara bertahap, perubahan posisi, posisi head-up, latihan ROM pasif, serta dukungan perawat dan keluarga**.** Mobilisasi dilakukan sesuai toleransi dengan

pemantauan SpO_2 dan tanda-tanda vital sebelum dan sesudah tindakan. Selama tiga hari penerapan, SpO_2 meningkat dari 89% menjadi 98%**,** frekuensi napas membaik hingga 22×/menit, tidak terdapat penggunaan otot bantu napas, dan kesadaran membaik menjadi composmentis dengan GCS 14.

BAB V
KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Pengkajian Keperawatan

Dari hasil pengkajian yang dilakukan pada pasien dengan stroke infark kardioemboli disertai penurunan kesadaran di ruang ICU Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu, didapatkan data subjektif dan objektif. Data subjektif pasien dibawa oleh keluarga dating dengan keluhan tiba tiba pingsan setelah itu pasien mengeluh kelemahan anggota gerak kiri sejak 2 jam yang lalu dan bicara cadel.Berdasarkan data objektif didapatkan pasien mengalami gangguan oksigenasi dengan saturasi oksigen (SpO_2) 89%**,** Pasien tampak lemah, mengalami keterbatasan mobilitas dan memerlukan bantuan dalam melakukan pergerakan.

2. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian dan analisis data, diagnosis keperawatan yang ditemukan adalah: Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi ditandai dengan SpO_2 89%, dispnea, penggunaan otot bantu napas, takipnea, napas tidak teratur, tampak lemah, dan penurunan kesadaran. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, hemiparesis, sulit bergerak, dan pasien tirah baring.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan disusun berdasarkan masalah dan kondisi pasien dengan mengutamakan pemantauan status respirasi dan oksigenasi. Intervensi yang diberikan meliputi pemantauan frekuensi dan pola napas serta SpO_2, pemantauan tanda-tanda hipoksia, pengaturan posisi head up 15–30°**,** pemberian terapi oksigen sesuai program, serta penerapan mobilisasi progresif level 1**.** Mobilisasi progresif level 1 dilakukan secara bertahap sesuai toleransi pasien, meliputi reposisi dan latihan rentang gerak (ROM) pasif dengan tetap memonitor kondisi hemodinamik dan saturasi oksigen sebelum, selama, dan setelah tindakan.

4. Impelementasi keperawatan

Implementasi mobilisasi progresif level 1 dilakukan selama 3 hari dengan pemantauan saturasi oksigen sebelum dan sesudah tindakan. Hasil penerapan menunjukkan adanya peningkatan saturasi oksigen pada setiap hari Hasil tersebut menunjukkan bahwa setelah dilakukan mobilisasi progresif level 1, saturasi oksigen pasien mengalami peningkatan dari 89% menjadi 98% selama periode penerapan.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi menunjukkan adanya respons positif terhadap penerapan mobilisasi progresif level 1. Pada hari pertama saturasi oksigen meningkat dari 89% menjadi 92%, hari kedua meningkat dari 94% menjadi 96%, dan hari ketiga meningkat dari 96% menjadi 98%. Dengan demikian**,** penerapan mobilisasi progresif level 1 yang dilakukan secara bertahap dan disertai pemantauan kondisi pasien dapat membantu meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke dengan penurunan kesadaran**.** Meskipun demikian, peningkatan saturasi oksigen tidak dapat dipastikan hanya disebabkan oleh mobilisasi karena pasien juga mendapatkan terapi oksigen dan perawatan medis lainnya.

B. SARAN

1. Bagi Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu

Rumah sakit diharapkan dapat mempertimbangkan penerapan mobilisasi progresif level 1 sebagai salah satu tindakan keperawatan suportif untuk memperbaiki ventilasi dan perfusi pada pasien stroke dengan penurunan kesadaran di ruang ICU**,** terutama melalui reposisi, posisi head up, dan ROM pasif sesuai kondisi serta toleransi pasien.

2. Bagi Institusi Pendidikan STIKes Sapta Bakti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan referensi dan sumber pembelajaran bagi mahasiswa keperawatan dalam memahami penerapan mobilisasi progresif level 1 pada pasien stroke dengan penurunan kesadaran, khususnya dalam pemantauan oksigenasi.

3. Penelitian selanjutnya

Peneliti selanjutnya diharapkan dapat mengembangkan penelitian mengenai penerapan mobilisasi progresif level 1 terhadap peningkatan saturasi oksigen pada pasien kasus lain yang mengalami penurunan kesadaran diruang ICU.

DAFTAR PUSTAKA

Asmadi. (2021). *Konsep dasar keperawatan*. EGC.

Bernhardt, J., Hayward, K. S., Kwakkel, G., Ward, N. S., Wolf, S. L., Borschmann, K., ... & Boyd, L. A. (2021). Agreed definitions and a shared vision for new standards in stroke recovery research: The Stroke Recovery and Rehabilitation Roundtable Taskforce. *International Journal of Stroke*, *16*(5), 530–540.

Black, J. M., & Hawks, J. H. (2019). *Medical-surgical nursing: Clinical management for positive outcomes* (10th ed.). Elsevier.

Campbell, B. C. V., & Khatri, P. (2020). Stroke. *The Lancet*, *396*(10244), 129–142.

Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu. (2021). *Profil Kesehatan Provinsi Bengkulu Tahun 2021*. Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu.

Feigin, V. L., Stark, B. A., Johnson, C. O., et al. (2021). Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019. *The Lancet Neurology*, *20*(10), 795–820.

Greenberg, D. A., Aminoff, M. J., & Simon, R. P. (2022). *Clinical neurology* (11th ed.). McGraw-Hill.

Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2021). *Textbook of medical physiology* (14th ed.). Elsevier.

Hadju, F. D. P., & Vranada, A. (2025). Early mobilization and oxygenation in critically ill stroke patients: A systematic review. *Journal of Critical Care Nursing*, *18*(1), 15–24.

Hauser, S. L. (2022). *Harrison's neurology in clinical medicine* (5th ed.). McGraw-Hill Education.

Hidayat, A. A. A. (2021). *Metode penelitian keperawatan dan teknik analisis data*. Salemba Medika.

Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2021). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (15th ed.). Wolters Kluwer.

Ignatavicius, D. D., Workman, M. L., Rebar, C. R., & Heimgartner, N. M. (2021). *Medical-surgical nursing: Concepts for interprofessional collaborative care* (10th ed.). Elsevier.

Karokaro, T. M., & Sitepu, A. L. (2024). Mobilisasi progresif terhadap peningkatan saturasi oksigen pada pasien stroke di ICU. *Jurnal Keperawatan Indonesia, 27*(1), 45–53.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Pedoman nasional pelayanan kedokteran tata laksana stroke*. Kementerian Kesehatan RI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2023*. Kementerian Kesehatan RI.

Kernan, W. N., Ovbiagele, B., Black, H. R., et al. (2020). Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack. *Stroke, 51*(7), e364–e467.

Lewis, S. L., Bucher, L., Heitkemper, M. M., Harding, M., Kwong, J., & Roberts, D. (2020). *Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems* (11th ed.). Elsevier.

Moore, K. L., Dalley, A. F., & Agur, A. M. R. (2020). *Clinically oriented anatomy* (8th ed.). Wolters Kluwer.

Morris, P. E., Berry, M. J., Files, D. C., et al. (2020). Standardized rehabilitation and hospital length of stay among patients with acute respiratory failure. *JAMA, 315*(24), 2694–2702.

Notoatmodjo, S. (2020). *Metodologi penelitian kesehatan*. Rineka Cipta.

Nursalam. (2020). *Metodologi penelitian ilmu keperawatan: Pendekatan praktis* (5th ed.). Salemba Medika.

O'Donnell, M. J., Chin, S. L., Rangarajan, S., et al. (2020). Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke. *The Lancet, 388*(10046), 761–775.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P., & Hall, A. (2021). *Fundamentals of nursing* (10th ed.). Elsevier.

Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., et al. (2020). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke. *Stroke, 51*(7), e344–e418.

PPNI. (2018). *Standar diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI): Definisi dan indikator diagnostik* (Edisi 1). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

PPNI. (2019). *Standar luaran keperawatan Indonesia (SLKI)* (Edisi 1). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

PPNI. (2019). *Standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI)* (Edisi 1). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Ropper, A. H., & Samuels, M. A. (2019). *Adams and Victor's principles of neurology* (11th ed.). McGraw-Hill Education.

Schaller, S. J., Anstey, M., Blobner, M., et al. (2020). Early, goal-directed mobilisation in the surgical intensive care unit: A randomised controlled trial. *The Lancet, 388*(10052), 1377–1388.

Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2021). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (15th ed.). Wolters Kluwer.

Snell, R. S. (2021). *Clinical neuroanatomy* (8th ed.). Wolters Kluwer.

Stiller, K. (2021). Physiotherapy in intensive care: Towards an evidence-based practice. *Chest, 118*(6), 1801–1813.

West, J. B. (2020). *Respiratory physiology: The essentials* (11th ed.). Wolters Kluwer.

Widodo, A., Sari, D. P., & Handayani, R. (2023). Pengaruh mobilisasi progresif level 1 terhadap peningkatan saturasi oksigen pada pasien stroke di ruang ICU. *Jurnal Keperawatan Klinis Indonesia, 8*(2), 85–92.

World Health Organization. (2020). *WHO guidelines for stroke management*. World Health Organization.

World Health Organization. (2023). *Cardiovascular diseases (CVDs): Stroke*. World Health Organization.

World Health Organization. (2025). *Global health estimates 2025: Stroke*. World Health Organization.

World Stroke Organization. (2022). *Global stroke fact sheet 2022*. World Stroke Organization.

L

A

M

P

I

R

A

N

LAMPIRAN 1. SURAT KETERANGAN PENYELESAIAN PENELITIAN

PEMERINTAH KOTA BENGKULU
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH HARAPAN DAN DOA
Jl. Letjend. Basuki Rahmat No.01| Bengkulu 38223
(0736) 34 5100|Fax (0736) 345 100 |kotabengkulursud@gmail.com

SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN

Nomor : 000.9.2/111/RSUD-HD/SKET/2026

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama	: dr. Lista Cerlyviera, M.M
NIP	19690704 199903 2 003
Pangkat/ Gol	: Pembina Tk.I IV/b
Jabatan	: Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Harapan dan Doa Kota Bengkulu

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama	:	Ayu lestari
NPM	:	202301082
Program Studi	:	D III Keperawatan
Ruangan Penelitian	:	ICU RSHD
Tanggal Penelitian	:	**06 Agustus 2026 s/d 31 Agustus 2026**

Telah selesai melakukan penelitian dengan judul "Asuhan keperawatan pada pasien stroke dengan menerapkan mobilisasi progresif level 1 dalam meningkatkan saturasi oksigen Dirumah sakit harapan dan doa kota Bengkulu 2026

Demikianlah surat ini dikeluarkan, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bengkulu, 12 Agustus 2026
Direktur UPTD Rumah Sakit Umum Daerah Harapan dan Doa Kota Bengkulu,

dr. Lista Cerlyviera. MM
Pembina TK. I (IV/b)
NIP. 196907041999032003

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

Lampiran 2. Pemilihan responden

No.	Kriteria Pemilihan Responden	Tn. E	Ny. P
A. Kriteria Inklusi			
1	Pasien dengan diagnosis medis stroke	✓	✓
2	Mengalami penurunan kesadaran dengan GCS <14	✓	✓
3	Saturasi oksigen (SpO_2) <95%	✓	×▤
4	Keluarga bersedia menjadi responden	✓	×
5	Keadaan pasien layak dilakukan mobilisasi progresif level 1	✓	×

Lampiran 3. Imformed consent

58

INFORMED CONSENT
(Lembar Persetujuan Menjadi Responden)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Aulia Nuza
Umur : 25 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jl. Z Arifin RT 6 RW 03
Hubungan dengan pasien : Anak

Setelah mendapatkan penjelasan mengenai tujuan, manfaat, prosedur, serta tindakan yang akan dilakukan dalam penelitian berjudul:

"ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE DENGANMENERAPKAN MOBILISASI PROGRESIF LEVEL 1 DALAM MENINGKATKAN SATURASI OKSIGEN DIRUMAH SAKIT HARAPAN DAN DOA KOTA BENGKULU TAHUN 2026."

maka saya menyatakan:

1. Telah memahami penjelasan yang diberikan oleh peneliti
2. Bersedia pasien/keluarga saya menjadi responden penelitian
3. Bersedia dilakukan tindakan sesuai prosedur penelitian
4. Mengetahui bahwa identitas dan data pasien akan dijaga kerahasiaannya
5. Mengetahui bahwa keikutsertaan dalam penelitian ini bersifat sukarela dan dapat mengundurkan diri kapan saja tanpa mempengaruhi pelayanan rumah sakit

Demikian lembar persetujuan ini dibuat dengan sadar dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Bengkulu, 07 agustus 2026

Responden/Keluarga Pasien,

(.....)

Peneliti,

(.....)

Lampiran 4. SOP

SOP MOBILISASI PROGRESIF LEVEL 1
PADA PASIEN STROKE DENGAN PENURUNAN KESADARAN

No	Langkah / Tahap	Tindakan	Gambar	Keterangan / Detail
A. Tahap Pra-Interaksi				
1	**Persiapan diri dan alat**	• Cuci tangan • Siapkan alat dan bahan • Baca dan pahami kondisi pasien • Pastikan identitas pasien • Jelaskan tindakan kepada pasien/keluarga	 **Alat:** tensimeter, pulse oximeter, bantal, sarung tangan, lembar observasi, oksigen	• Pastikan lingkungan aman dan nyaman • Pastikan tidak ada selang/kateter yang berisiko tertarik • Pastikan terapi oksigen tetap terpasang • Jelaskan tujuan dan prosedur kepada pasien/keluarga
2	**Persiapan pasien**	• Posisikan pasien nyaman • Atur pakaian dan linen • Pastikan kondisi pasien stabil • Pastikan terapi oksigen terpasang • Siapkan alat yang diperlukan	 Persiapan pasien	• Pastikan tidak ada nyeri atau ketidaknyamanan • Pastikan monitor/alat berfungsi dengan baik
B. Observasi Awal (10 menit sebelum tindakan)				
3	**Pengkajian tanda vital dan status respirasi**	• Ukur TD, nadi, RR, suhu, SpO_2 • Nilai pola napas • Observasi penggunaan otot bantu napas • Nilai tingkat kesadaran (GCS) • Observasi ada/tidaknya sesak, sianosis	 TD SpO_2 Suhu Pemantauan respirasi	• Lakukan 10 menit sebelum tindakan • Catat hasil pada lembar observasi
C. Pelaksanaan Mobilisasi Progresif Level 1				
4	**Head-up / Semi-Fowler (15–30°)**	• Naikkan kepala tempat tidur perlahan • Atur posisi 15–30° • Pastikan kepala dan leher nyaman • Amati respons pasien (SpO_2, RR, sesak)	 15–30° Posisi head-up 15–30°	• Gunakan bantal untuk penopang • Pastikan tidak ada penekanan pada leher • Lakukan secara bertahap
5	**Reposisi pasien (kanan – kiri)**	• Pastikan semua selang/NGT/kateter aman • Lakukan perubahan posisi perlahan • Posisikan miring **kanan** dengan bantal • Posisikan miring kiri dengan bantal • Lakukan setiap 2 jam	 Miring kanan Miring kiri	• Gunakan bantal sebagai penopang • Pastikan posisi anatomis dan tidak tertekan • Observasi respons pasien setelah reposisi
6	**ROM Pasif (Ekstremitas atas & bawah)**	• Lakukan ROM pasif secara perlahan • Sesuai jenis gerakan pada tabel gerakan • Lakukan 5–10 kali setiap gerakan • Amati toleransi pasien	 **Ekstremitas atas** Bahu Siku Pergelangan tangan Jari tangan **Ekstremitas bawah** Panggul Lutut Pergelangan kaki Jari kaki	• Gerakan: fleksi–ekstensi, abduksi–adduksi, rotasi internal–eksternal (bahu/panggul); fleksi–ekstensi (siku/lutut); fleksi–ekstensi (pergelangan tangan/kaki); fleksi–ekstensi (jari tangan/kaki). • Hentikan jika ada nyeri, spasme, atau tanda intoleransi.
7	**Latihan pernapasan pasif / Stimulasi respirasi**	• Observasi pola napas • Berikan stimulasi respirasi secara lembut • Amati frekuensi dan kedalaman napas • Pantau SpO_2 • Hentikan jika ada sesak atau distress	 Stimulasi respirasi	• Gunakan posisi yang nyaman • Dapat dilakukan dengan mengatur posisi, memberikan rangsangan lembut, atau instruksi sederhana sesuai kondisi pasien
8	**Pemantauan selama tindakan**	• Pantau SpO_2, RR, nadi, TD • Nilai kesadaran • Amati sesak, sianosis, penggunaan otot bantu • Perhatikan respons terhadap perubahan posisi	 Monitor selama tindakan	• Bila terjadi penurunan SpO_2, sesak, atau perubahan hemodinamik → hentikan tindakan dan laporkan ke perawat/tim medis
D. Evaluasi Setelah Tindakan (10 menit)				
9	**Evaluasi**	• Ukur kembali SpO_2, TD, nadi, RR, suhu • Nilai pola napas, penggunaan otot bantu • Nilai tingkat kesadaran • Evaluasi toleransi pasien	 Evaluasi setelah tindakan	• Bandingkan hasil sebelum dan sesudah • Catat perubahan kondisi pasien • Jika tidak toleran → hentikan tindakan dan laporkan
E. Terminasi				
10	**Mengakhiri tindakan**	• Kembalikan pasien ke posisi nyaman dan aman • Pastikan semua selang/NGT/oksigen aman • Pasang pagar tempat tidur • Rapikan pasien dan lingkungan • Cuci tangan	 Posisi akhir yang nyaman	• Pastikan keamanan pasien • Jaga kenyamanan dan privasi
F. Dokumentasi				
11	**Pencatatan**	• Tanggal dan waktu tindakan • Kondisi pasien sebelum dan sesudah • Nilai vital, SpO_2, GCS • Evalisi, toleransi, ROM, stimulasi respirasi • Respons dan toleransi pasien • Edukasi yang diberikan	 Lembar observasi/dokumentasi	• Gunakan format lembar observasi • Catat perubahan SpO_2 dan tanda vital • Dokumentasikan edukasi kepada keluarga

Kriteria Keberhasilan
- SpO_2 meningkat atau stabil (tidak menurun)
- RR dalam batas normal
- Tidak ada sesak/sianosis
- Pasien toleran terhadap tindakan
- Tidak ada tanda cedera akibat mobilisasi

Durasi Tindakan
- 10–15 menit setiap sesi
- Dilakukan 3 kali sehari
- Selama 3 hari

Stop Criteria (Hentikan Tindakan Jika)
- SpO_2 menurun
- Sesak / distress pernapasan
- Peningkaan RR bermakna
- Perubahan hemodinamik
- Penurunan kesadaran

"Mobilisasi progresif level 1 adalah langkah awal untuk menjaga fungsi pernapasan, mencegah komplikasi, dan meningkatkan kualitas hidup pasien."

Lampiran 5. Rekapitulasi hasil berdasarkan kriteria hasil

Rekapitulasi hasil berdasarkan kriteria hasil

No.	Kriteria Hasil	Hari ke-1	Hari ke-2	Hari ke-3	Hasil
1	Saturasi oksigen meningkat	89% → 91%	92% → 94%	95% → 98%	**Meningkat**
2	Frekuensi napas membaik	29→ 28X/MENIT	28→ 26X/MENIT	24→ 22X/MENIT	**Membaik**
4	Penggunaan otot bantu napas menurun	Dipantau	Dipantau	Dipantau	**Membaik**
5	Kesadaran membaik	GCS 13	GCS 13	GDCS 14	**Membaik**
6	Toleransi terhadap mobilisasi meningkat	Toleran	Toleran	Toleran	**Meningkat**

Lampiran 6. Pematauan saturasi oksigen

Rekap SpO_2

Hari	SpO_2 Sebelum (%)	SpO_2 Sesudah (%)	Keterangan
Hari ke-1	89 **%**	91**%**	Setelah mobilisasi progresif level 1
Hari ke-2	94**%**	96**%**	Setelah mobilisasi progresif level 1
Hari ke-3	96**%**	98**%**	Setelah mobilisasi progresif level 1 dan pergantian NRM ke nasal kanul

Lampiran 7. Dokumentasi




PETUGAS JAGA
INTENSIVE CARE UNIT (ICU)
NAMA
JABATAN
JADWAL DINAS
PAGI
LIBUR
MALAM
SORE
8 Agu 2026 10.11.03
Padang Jati
Kecamatan Ratu Samban
Kota Bengkulu
Bengkulu


PETUGAS JAGA
INTENSIVE CARE UNIT (ICU)
NAMA
JABATAN
JAMDAL DINAS
PAGI
PAGI
LIBUR
MALAM
SORE
Lifree
Anti Bocor
9 Agu 2026 10.23.00
Padang Jati
Kecamatan Ratu Samban
Kota Bengkulu
Bengkulu

Lampiran 7. Lembar observasi

NO.	DIAGNOSA KEPERAWATAN	KRITERIA HASIL	TARGET EVALUASI	SEBELUM INTERVENSI	SETELAH INTERVENSI
1.	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi ditandai dengan SpO_2 89%, dispnea, penggunaan otot bantu napas, takipnea, napas tidak teratur, tampak lemah, dan penurunan kesadaran.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama3x24 jam diharapkan pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil: 1. Saturasi oksigen meningkat 2. Frekuensi napas membaik 3. Dispnea menurun 4. Penggunaan otot bantu napas menurun	Intervensi utama: I.01014 – Manajemen Jalan Napas Observasi: 1. Monitor pola napas, RR, dan SpO_2 sebelum dan sesudah mobilisasi 2. Monitor tanda-tanda hipoksia Terapeutik: 1. Atur posisi semi fowler/head up 15–30° 2. Lakukan suction bila perlu 3. Lakukan mobilisasi progresif level 1 berupa reposisi dan ROM pasif Edukasi:	**S:** Pasien belum dapat mengungkapkan keluhan karena penurunan kesadaran. **O:** Kesadaran menurun, menggunakan NRM, SpO_2 **89%**. **A:** Gangguan pertukaran gas belum teratasi. **P:** Lakukan pemantauan SpO_2, pola napas dan tanda hipoksia serta berikan intervensi sesuai rencana.	S: Pasien belum dapat mengungkapkan keluhan karena penurunan kesadaran. O: Setelah head-up 15–30°, reposisi, ROM pasif dan mobilisasi progresif level 1, SpO_2 meningkat menjadi 91%. Pasien toleran terhadap tindakan. A: Gangguan pertukaran gas teratasi sebagian. P: Lanjutkan monitoring SpO_2, terapi oksigen, posisi head-up, ROM pasif dan mobilisasi progresif level 1.

			1. Edukasi keluarga tentang pentingnya mobilisasi progresif Kolaborasi: 2. Kolaborasi pemberian terapi oksigen		
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, hemiparesis, sulit bergerak, dan pasien tirah baring.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kekuatan otot meningkat 2. Rentang gerak meningkat 3. Pasien mampu melakukan pergerakan sederhana	Intervensi Utama I.05173 – Mobilisasi Dini Observasi: 1. Monitor kemampuan mobilisasi dan kekuatan otot Terapeutik: 1. Lakukan ROM pasif 2. Lakukan mobilisasi progresif level 1 secara bertahap Edukasi: Edukasi keluarga cara melakukan ROM pasif Kolaborasi:	**S:** Pasien belum dapat mengungkapkan keluhan karena penurunan kesadaran. **O:** Pasien tirah baring, kekuatan otot menurun, ROM menurun dan terdapat keterbatasan pergerakan. **A:** Gangguan mobilitas fisik belum teratasi. **P:**	**S:** Pasien belum dapat mengungkapkan keluhan karena penurunan kesadaran. **O:** ROM pasif dapat dilakukan, pasien toleran terhadap reposisi dan mobilisasi progresif level 1. **A:** Gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian. **P:** Lanjutkan ROM pasif, reposisi dan mobilisasi progresif level 1 sesuai toleransi.

			Kolaborasi dengan fisioterapi	Lakukan ROM pasif, reposisi dan mobilisasi progresif level 1 sesuai toleransi.	

Diagnosa keperawatan	Kriteria hasil	Target evaluasi	Ke-1	Ke-2	Ke-3
1. Gangguan Pertukaran Gas (D.0003) berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi ditandai dengan SpO_2 89%, dispnea, penggunaan otot bantu napas, takipnea, napas tidak teratur, tampak lemah dan penurunan kesadaran.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam, diharapkan pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil: 1. Saturasi oksigen meningkat. 2. Frekuensi napas membaik. 3. Dispnea menurun. 4. Penggunaan otot bantu napas menurun.	1. Identifikasi status respirasi. 2. Monitor RR, SpO_2 dan tingkat kesadaran. 3. Monitor tanda hipoksia 4.Pertahankan posisi head-up/semi-Fowler 15–30°. 5. Lakukan mobilisasi progresif level 1 sesuai toleransi.	S: O: SpO_2 89%→ 91% RR29X→28X/ menit pasien tirah baring dan kesadaran menurun GCS 13. A: Gangguan pertukaran gas belum teratasi. P: Lanjutkan pemantauan SpO_2 dan mobilisasi progresif level 1. I: Melakukan head-up 15–30°, reposisi, ROM pasif dan	S: . O: SpO_2 92% → 94% RR 28→26×/menit, takipnea, penggunaan otot bantu napas, kesadaran menurun dengan GCS 13. A: Gangguan pertukaran gas teratasi sebagian/membaik. P: Lanjutkan intervensi. I: Head-up, reposisi, ROM pasif dan mobilisasi progresif level 1.	S O: SpO_2 95% → 98% dengan nasal kanul, RR 24→ 22×/menit, penggunaan otot bantu napas menurun, kesadaran compos mentis GCS 14 . A: Gangguan pertukaran gas teratasi/membaik. P: Intervensi dihentikan karena masalah teratasi. I: Menghentikan intervensi setelah evaluasi kondisi pasien.

			mobilisasi progresif level 1. E: SpO_2 meningkat dari 89% menjadi 92%; pasien toleran terhadap tindakan. R:	E: SpO_2 meningkat 2% setelah intervensi; pasien toleran terhadap mobilisasi dan tidak menunjukkan perburukan respirasi. R:.	E: SpO_2 meningkat 2%; secara keseluruhan meningkat dari 89% menjadi 98 R:.
2. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan kekuatan otot menurun, ROM menurun, hemiparesis, sulit bergerak dan pasien tirah baring.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam, diharapkan mobilitas meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kekuatan otot meningkat. 2. Rentang gerak meningkat. 3. Pasien mampu melakukan	1. Identifikasi kemampuan mobilisasi. 2. Monitor kekuatan otot dan ROM. 3. Lakukan ROM pasif. 4. Lakukan reposisi. 5. Edukasi keluarga mengenai ROM pasif dan mobilisasi progresif level 1.	S: Keluarga mengatakan pasien masih sulit bergerak. O: Pasien tirah baring, kekuatan otot menurun dan ROM terbatas. A: Gangguan mobilitas fisik belum teratasi. P: Lanjutkan ROM pasif dan mobilisasi bertahap. I:	S: Keluarga mengatakan pasien masih mengalami keterbatasan bergerak. O: Kekuatan otot menurun, ROM terbatas dan pasien tidak mampu melakukan gerakan sederhana. A: Gangguan mobilitas fisik belum teratasi. P: Lanjutkan latihan	S: Keluarga mengatakan pasien masih membutuhkan bantuan bergerak. O: Kekuatan otot menurun, ROM terbatas dan pasien tidak mampu melakukan gerakan sederhana. A: Gangguan mobilitas fisik belum teratasi. P: Intervensi

	pergerakan sederhana.	Melakukan ROM pasif dan reposisi. E: Pasien dapat dilakukan mobilisasi pasif dengan bantuan. R:	ROM dan mobilisasi secara bertahap. I: Melakukan ROM pasif, reposisi dan mobilisasi progresif level 1. E: Pasien toleran terhadap tindakan mobilisasi progresif level 1. R: Tidak ada revisi.	dihentikan, masalah belum teratasi. I: Menghentikan intervensi oleh peneliti, ROM dilanjutkan oleh perawat ruangan. E: Pasien toleran terhadap tindakan mobilisasi pasif. R: Tidak ada revisi; ROM dilanjutkan oleh perawat ruangan.