

Original Article

Evidence-Based Nursing Practice dengan Mobilisasi Dini Berdasarkan Teori Defisit Perawatan Diri Orem pada Pasien Stroke Iskemik: Studi Kasus

Evidence-Based Nursing Care with Early Mobilization Based on Orem's Self-Care Deficit Theory in an Ischemic Stroke Patient: A Case Study

Gian M Kurnia^{1*}, Wulan Agusni¹, Susilawati¹, Ayatullah Hamami¹

¹ FITKES Universitas Jenderal Achmad Yani, West Java, Indonesia

* Corresponding Email: gianmkurnianew@gmail.com

ABSTRACT

Ischemic stroke is a leading cause of disability and mortality worldwide, particularly among older adults, and requires comprehensive, evidence-based management. Nursing care plays a crucial role in optimizing cerebral perfusion, preventing complications, and promoting functional recovery. This case study aims to describe the implementation of comprehensive nursing care using an Evidence-Based Nursing (EBN) approach integrated with Dorothea Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory in a patient with ischemic stroke. Smoking among adolescents remains a major public health concern in Indonesia. One preventive strategy is to enhance students' self-efficacy to resist peer pressure to smoke. Health education is believed to improve self-efficacy, yet its effectiveness requires further empirical validation.

A descriptive case study was conducted on a 67-year-old female patient diagnosed with ischemic stroke and admitted to an inpatient ward. Comprehensive nursing assessment included neurological, hemodynamic, respiratory, nutritional, mobility, and self-care status. Assessment instruments used were the Glasgow Coma Scale (GCS), National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), and Barthel Index. Nursing diagnoses were established based on the Indonesian Nursing Diagnosis Standards (SDKI), while interventions and outcomes were planned using the Indonesian Nursing Intervention Standards (SIKI) and Indonesian Nursing Outcome Standards (SLKI).

The main nursing diagnoses identified were decreased intracranial adaptive capacity, impaired gas exchange, decreased cardiac output, impaired physical mobility, and nonadherence to the therapeutic regimen. Evidence-based nursing interventions included intracranial pressure management, oxygen therapy, early post-stroke mobilization, self-care support, medication adherence education, and family involvement. Evaluation showed improvement in the patient's level of consciousness, stabilization of vital signs, reduced headache intensity, increased muscle strength, and enhanced functional independence. NIHSS scores improved from moderate to mild neurological deficit, and the Barthel Index increased from severe to moderate dependency.

Keywords: Ischemic stroke; Evidence-Based Nursing; Nursing care; Early mobilization; Functional recovery; Self-care

ABSTRAK

Stroke'iskemik merupakan penyebab utama kecacatan dan kematian di dunia, terutama pada kelompok lanjut usia, sehingga memerlukan penatalaksanaan yang komprehensif dan berbasis bukti. Perawat memiliki peran strategis dalam meningkatkan perfusi serebral, mencegah komplikasi, serta mendukung pemulihan fungsi pasien. Studi kasus ini bertujuan untuk menggambarkan penerapan asuhan keperawatan komprehensif dengan pendekatan *Evidence-Based Nursing* (EBN) yang diintegrasikan

dengan teori *Self-Care Deficit* Dorothea Orem pada pasien stroke iskemik.

Penelitian ini menggunakan desain studi kasus deskriptif pada seorang pasien perempuan usia 67 tahun dengan diagnosis medis stroke infark yang dirawat di ruang rawat inap. Pengkajian keperawatan dilakukan secara komprehensif meliputi status neurologis, hemodinamik, respirasi, nutrisi, mobilitas, dan kemampuan perawatan diri. Instrumen yang digunakan antara lain *Glasgow Coma Scale (GCS)*, *National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)*, dan *Barthel Index*. Diagnosa keperawatan ditetapkan berdasarkan *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*, dengan perencanaan intervensi dan luaran mengacu pada *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)* dan *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)*.

Diagnosa keperawatan utama yang ditemukan meliputi penurunan kapasitas adaptif intrakranial, gangguan pertukaran gas, penurunan curah jantung, gangguan mobilitas fisik, dan ketidakpatuhan terhadap terapi. Intervensi keperawatan berbasis bukti meliputi manajemen peningkatan tekanan intrakranial, terapi oksigen, mobilisasi dini pasca stroke, dukungan perawatan diri, edukasi kepatuhan pengobatan, serta pelibatan keluarga. Evaluasi menunjukkan perbaikan kondisi klinis pasien, ditandai dengan peningkatan kesadaran, stabilisasi tanda vital, penurunan nyeri kepala, peningkatan kekuatan otot, serta peningkatan skor *NIHSS* dan *Barthel Index*.

Penerapan asuhan keperawatan berbasis bukti yang terstruktur dan terintegrasi efektif dalam meningkatkan pemulihan klinis dan kemandirian fungsional pasien stroke iskemik serta mencegah komplikasi. Pendekatan ini direkomendasikan sebagai acuan praktik keperawatan stroke di berbagai tatanan pelayanan kesehatan.

Kata kunci: *Evidence-Based Nursing*; asuhan keperawatan; mobilisasi dini; pemulihan fungsional; perawatan diri

Submit: Desember 1, 2025 | **Accepted:** January 29, 2026 | **Online:** January 31, 2026

Citation: Kurnia, G. M., Agusni, W., Susilawati, S., & Hamami, A. (2026). Evidence-Based Nursing Practice dengan Mobilisasi Dini Berdasarkan Teori Defisit Perawatan Diri Orem pada Pasien Stroke Iskemik: Studi Kasus: Evidence-Based Nursing Care with Early Mobilization Based on Orem's Self-Care Deficit Theory in an Ischemic Stroke Patient: A Case Study. *Jurnal Abdi Kesehatan Dan Kedokteran*, 5(1), 575–594.

<https://doi.org/10.55018/jakk.v5i1.156>

Temuan Utama

- ⇒ Penerapan *Evidence-Based Nursing* yang terintegrasi dengan teori Defisit Perawatan Diri Orem meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien stroke iskemik secara komprehensif.
- ⇒ Mobilisasi dini yang dilakukan secara terstruktur berkontribusi pada perbaikan kondisi neurologis dan peningkatan kemandirian fungsional pasien.
- ⇒ Dukungan perawatan diri, edukasi kepatuhan terapi, dan keterlibatan keluarga memperkuat proses pemulihan serta mencegah terjadinya komplikasi lanjutan.

Pendahuluan

Stroke merupakan salah satu masalah kesehatan global yang menyebabkan beban disabilitas jangka panjang dan kematian tertinggi di seluruh dunia (World Stroke

Organization, 2023). Diperkirakan lebih dari 12 juta orang di dunia mengalami stroke setiap tahunnya, dan lebih dari 6 juta di antaranya meninggal dunia, menjadikan stroke sebagai penyebab kematian nomor dua setelah penyakit jantung (WHO, 2023). Sekitar 87% dari kasus stroke adalah stroke non-hemoragik atau stroke iskemik, yang terjadi akibat penyumbatan aliran darah ke otak, menyebabkan kematian sel-sel otak secara cepat (CDC, 2023).

Di kawasan Asia, termasuk Asia Tenggara, beban penyakit stroke meningkat tajam dalam dua dekade terakhir, khususnya seiring dengan peningkatan jumlah populasi lansia, pola hidup tidak sehat, serta kurangnya akses rehabilitasi jangka panjang (Asia-

Pacific Stroke Organisation, 2023). Data terbaru menunjukkan bahwa lebih dari 60% kasus stroke global berasal dari negara-negara berkembang di Asia, dengan kecenderungan angka kejadian lebih tinggi pada populasi usia ≥ 60 tahun (Lancet Neurology, 2023).

Di Indonesia, stroke menjadi penyebab kematian nomor satu dan penyebab kecacatan tertinggi menurut Riskesdas tahun 2018, dan dikonfirmasi kembali dalam laporan Kementerian Kesehatan tahun 2023 yang mencatat angka prevalensi stroke nasional sebesar 10,9 per 1.000 penduduk (Kemenkes RI, 2023). Proporsi kasus stroke tertinggi terdapat pada kelompok usia lanjut, yaitu 55 tahun ke atas, yang sering kali memiliki faktor risiko komorbid seperti hipertensi, diabetes melitus, dan gangguan lipid (Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI, 2023).

Perawat memiliki peran penting dalam penatalaksanaan pasien stroke, mulai dari fase akut hingga rehabilitasi. Peran tersebut mencakup pengkajian komprehensif, pemantauan status neurologis, pencegahan komplikasi, pelaksanaan mobilisasi dini, serta edukasi pasien dan keluarga. Salah satu solusi yang efektif adalah penerapan asuhan keperawatan berbasis Evidence Based Nursing (EBN) yang dikombinasikan dengan pendekatan teori keperawatan, seperti teori Self-Care Dorothea Orem, untuk meningkatkan kemandirian pasien. Pendekatan ini dipilih karena terbukti mampu meningkatkan hasil klinis, mempercepat pemulihan fungsi, dan mengurangi komplikasi pasca stroke. Oleh karena itu, tujuan penulisan studi kasus/PKM ini adalah untuk menggambarkan penerapan asuhan keperawatan berbasis bukti pada pasien

stroke iskemik dalam upaya meningkatkan kondisi klinis dan kemandirian pasien secara optimal.

Metode

Desain, Partisipan, dan Setting

Penulisan makalah ini menggunakan desain studi kasus deskriptif dengan pendekatan *pre-post test*. Desain ini bertujuan untuk menggambarkan secara mendalam penerapan asuhan keperawatan berbasis Evidence Based Nursing (EBN) pada satu pasien stroke iskemik serta mengevaluasi perubahan kondisi klinis dan fungsional pasien sebelum dan sesudah intervensi keperawatan diberikan. Pendekatan *pre-post* digunakan untuk menilai respons pasien terhadap intervensi keperawatan yang dilaksanakan secara berkesinambungan selama masa perawatan. Dilaksanakan pada Desember 2025.

Partisipan dalam studi kasus ini adalah satu orang pasien stroke iskemik, yaitu Ny. R, perempuan usia 67 tahun, yang menjalani perawatan di ruang rawat inap rumah sakit Immanuel Bandung. Populasi dalam makalah ini adalah pasien stroke iskemik dewasa dan lanjut usia yang dirawat di ruang perawatan rumah sakit. Karena desain yang digunakan adalah studi kasus, maka jumlah sampel adalah satu pasien, yang dipilih secara khusus untuk memberikan gambaran mendalam mengenai proses dan hasil asuhan keperawatan.

Teknik pemilihan partisipan menggunakan purposive sampling, yaitu pemilihan subjek secara sengaja berdasarkan kesesuaian karakteristik pasien dengan tujuan studi kasus. Teknik ini dipilih karena tidak semua pasien stroke memiliki kondisi klinis

yang memungkinkan untuk dilakukan pengkajian dan intervensi keperawatan secara komprehensif sesuai dengan pendekatan EBN yang diterapkan.

Kriteria inklusi dalam studi kasus ini meliputi:

1. pasien dengan diagnosis medis stroke iskemik,
2. usia ≥ 60 tahun,
3. kondisi hemodinamik relatif stabil,
4. pasien atau keluarga bersedia menjadi subjek studi kasus
5. pasien dapat mengikuti intervensi keperawatan yang direncanakan.

Sedangkan kriteria eksklusi meliputi:

1. pasien dengan stroke hemoragik,
2. pasien dengan penurunan kesadaran berat ($GCS \leq 8$), dan
3. pasien dengan kondisi kritis atau komplikasi berat yang menghambat pelaksanaan intervensi keperawatan.

Variabel yang dikaji dalam studi kasus ini terdiri dari variabel independen dan variabel dependen. Variabel independen adalah penerapan asuhan keperawatan berbasis Evidence Based Nursing (EBN), yang meliputi intervensi keperawatan sesuai SDKI, SLKI, dan SIKI, seperti manajemen peningkatan tekanan intrakranial, terapi oksigen, mobilisasi dini pasca stroke, serta edukasi kepatuhan terapi. Variabel dependen adalah perubahan kondisi klinis dan fungsional pasien, yang diukur melalui tingkat kesadaran, status neurologis (skor NIHSS), tingkat kemandirian aktivitas sehari-hari (Barthel Index), serta respons klinis pasien selama perawatan.

Studi kasus ini dilaksanakan di ruang rawat inap rumah sakit tempat

pasien dirawat, yaitu Di Rumah Sakit Immanuel Bandung Provinsi Jawa Barat, pada periode Desember 2025. Pemilihan setting ini didasarkan pada kesesuaian kasus, ketersediaan fasilitas penunjang, serta dukungan tim kesehatan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan komprehensif pada pasien stroke iskemik.

Instrumen

Instrumen yang digunakan dalam studi kasus ini disesuaikan dengan variabel independen dan variabel dependen yang dikaji. Pemilihan instrumen didasarkan pada relevansi klinis, kemudahan penggunaan, serta validitas dan reliabilitas yang telah teruji dalam praktik keperawatan dan penelitian kesehatan.

Variabel independen dalam studi kasus ini adalah penerapan asuhan keperawatan berbasis *Evidence Based Nursing* (EBN) pada pasien stroke iskemik. Instrumen yang digunakan untuk mendukung variabel ini berupa lembar intervensi keperawatan terstruktur dan media edukasi (leaflet) yang disusun berdasarkan SDKI, SLKI, dan SIKI serta rekomendasi evidence-based practice pada pasien stroke.

Lembar intervensi keperawatan digunakan untuk mendokumentasikan pelaksanaan intervensi seperti manajemen perfusi serebral, mobilisasi dini, terapi oksigen, pencegahan komplikasi, dan edukasi perawatan diri. Media edukasi berupa leaflet digunakan sebagai alat bantu penyampaian informasi kepada pasien dan keluarga mengenai penyakit stroke, pencegahan komplikasi, dan kepatuhan terapi.

Instrumen pada variabel independen ini tidak dilakukan skoring numerik, melainkan digunakan sebagai

alat bantu implementasi dan evaluasi proses asuhan keperawatan.

Variabel dependen dalam studi kasus ini adalah perubahan kondisi klinis dan fungsional pasien stroke iskemik. Instrumen yang digunakan untuk mengukur variabel dependen meliputi (**Tabel 1**):

Tabel 1. Variabel dan Instrumen

No	Instrumen	Variabel yang diukur	Bentuk Instrumen
1	Glasgow Coma Scale (GCS)	Tingkat Kesadaran	Skala observasional
2	NIH Stroke Scale (NIHSS)	Derajat defisit neurologis	Skala penilaian klinis
3	Barthel Index	Tingkat kemandirian aktivitas sehari-hari	Kuisisioner observasional
4	Lembar Observasi Keperawatan	Respon klinis pasien	Checklist

Instrumen GCS, NIHSS, dan Barthel Index merupakan instrumen standar internasional yang telah digunakan secara luas dalam praktik klinis dan penelitian stroke. Ketiga instrumen ini memiliki validitas dan reliabilitas yang baik, serta direkomendasikan oleh organisasi kesehatan dan asosiasi neurologi. Oleh karena itu, dalam studi kasus ini tidak dilakukan uji validitas dan reliabilitas ulang, karena instrumen yang digunakan merupakan instrumen baku.

Media edukasi berupa leaflet disusun oleh penulis berdasarkan sumber evidence-based terkini dan pedoman klinis stroke. Leaflet ini digunakan sebagai alat bantu edukasi dan bukan sebagai instrumen pengukuran, sehingga tidak memerlukan uji validitas statistik.

Intervensi

Mobilisasi dini merupakan salah satu intervensi penting dalam perawatan stroke yang bertujuan mencegah komplikasi imobilisasi seperti pneumonia aspirasi, deep vein thrombosis (DVT), kontraktur, dan deconditioning. Mobilisasi dini yang dilakukan dalam 24–48 jam terbukti meningkatkan pemulihan neurologis melalui mekanisme neuroplastisitas. Penelitian AVERT Trial menunjukkan bahwa mobilisasi sangat dini (≤ 24 jam) secara aman meningkatkan probabilitas pemulihan fungsional apabila dilakukan secara bertahap dan terstruktur (Bernhardt et al., Lancet, 2015).

Prosedur ini bertujuan untuk menstandarisasi prosedur mobilisasi dini pasien stroke iskemik, menjamin keamanan selama mobilisasi melalui penilaian risiko yang komprehensif, meningkatkan outcome fungsional dan mempercepat pemulihan, mengurangi komplikasi akibat imobilisasi, serta memberikan pedoman bagi tim multidisiplin.

Kriteria Pasien, Prosedur ini berlaku untuk seluruh pasien stroke iskemik yang dirawat di Instalasi Stroke pada fasilitas pelayanan kesehatan tingkat primer–tersier dan dilaksanakan oleh dokter, perawat, fisioterapis, terapis okupasi, serta tenaga kesehatan terkait. Mobilisasi dini dapat dilakukan apabila pasien memenuhi kriteria klinis, yaitu skor NIHSS ≤ 25 , tekanan darah sistolik 120–220 mmHg, tekanan darah diastolik < 120 mmHg, frekuensi jantung 60–100 kali/menit, saturasi oksigen $\geq 95\%$ dengan udara ruangan atau oksigen tambahan ≤ 2 L/menit, tingkat kesadaran GCS ≥ 13 (minimal E3V4M6), serta tidak terdapat penurunan

kesadaran progresif dalam 6 jam terakhir.

Mobilisasi tidak dilakukan pada pasien dengan stroke hemoragik tanpa evaluasi neurologis lanjut, pasien tidak stabil secara medis, pasien dengan kontraindikasi absolut mobilisasi, atau pasien dengan skor NIHSS >25 sehingga mobilisasi harus ditunda. Kontraindikasi absolut meliputi infark miokard akut (<7 hari), gagal jantung dekompensasi, dan emboli paru akut. Kontraindikasi relatif meliputi koagulopati dengan INR >1,5 atau platelet <50.000/ μ L, hipertensi intrakranial ringan-sedang, aritmia terkontrol, usia lanjut >85 tahun dengan multiple komorbiditas, serta obesitas morbid dengan BMI >40 kg/m².

Alat yang digunakan dalam pelaksanaan mobilisasi dini meliputi alat ukur tekanan darah, alat ukur saturasi oksigen, formulir NIHSS, formulir GCS, hasil CT scan stroke infark, serta alat bantu mobilisasi berupa walker, tongkat, dan kursi roda.

Prosedur Pelaksanaan

Fase Mobilisasi di Tempat Tidur (Jam 0-12)

Posisi Semifowler

Posisi semifowler diindikasikan pada pasien dengan skor NIHSS 15-25 dan hemiparesis berat. Teknik pelaksanaan meliputi pemasangan sabuk pengaman bila diperlukan, peletakan bantal penyangga di belakang punggung, rotasi pasien 30° ke sisi yang tidak terkena, elevasi kepala tempat tidur 30°, serta mempertahankan posisi selama 15-30 menit.

Parameter monitor:

- Tekanan darah, nadi, frekuensi napas, dan saturasi oksigen (SpO₂) setiap 5 menit.
- Skala nyeri apabila pasien mampu berkomunikasi.
- Tanda-tanda distress pernapasan selama intervensi.

Latihan Gerak Pasif

Latihan gerak pasif dilakukan pada semua pasien stroke iskemik yang stabil, meliputi ekstremitas atas (bahu, siku, pergelangan tangan, dan jari) serta ekstremitas bawah (panggul, lutut, pergelangan kaki, dan jari). Setiap gerakan dilakukan dengan repetisi 10-15 kali, durasi 10-15 menit per sesi, dan frekuensi 2-3 kali sehari. Kontraindikasi latihan ini adalah nyeri sendi akut dan edema serebral progresif.

Fase Posisi Duduk di Tepi Tempat Tidur (Jam 12-24)

Kriteria Fase

Fase ini dilakukan apabila pasien memiliki skor NIHSS \leq 15, GCS \geq 14, stabilitas hemodinamik dalam 6 jam terakhir, serta toleransi terhadap posisi semiprofil.

Teknik Transfer

Transfer dilakukan dengan menurunkan tempat tidur ke posisi terendah, mengunci roda tempat tidur, memposisikan pasien supinasi, melipat kedua lutut pasien, membantu pasien menekan siku dan lutut, memutar pasien ke samping dengan bantuan, dan mengangkat pasien ke posisi duduk menggunakan teknik log rolling. Posisi akhir ditandai dengan kaki menyentuh lantai, kedua tangan menopang di tempat tidur, serta punggung lurus dengan bantuan bantal.

Durasi dan Progresi

Durasi awal duduk adalah 5–10 menit dengan frekuensi 2–3 kali sehari. Progresi dilakukan dengan penambahan durasi 5 menit setiap sesi yang ditoleransi, dengan target toleransi duduk 30 menit sebelum melanjutkan ke fase berikutnya.

Fase Transfer Berdiri (Jam 24–48)

Kriteria Fase

Fase ini dilakukan apabila pasien mampu mempertahankan posisi duduk ≥ 30 menit, memiliki kekuatan otot MRC $\geq 3/5$ pada ekstremitas yang tidak terkena, keseimbangan duduk baik (tidak jatuh dalam 30 detik), serta stabilitas hemodinamik saat duduk.

Teknik Transfer Berdiri

Pasien diposisikan di tepi tempat tidur, kaki sejajar dengan pinggul, diminta bersandar ke depan, dan dibantu berdiri menggunakan teknik pivot transfer dengan alat bantu. Posisi berdiri dipertahankan dengan distribusi berat badan seimbang, lutut sedikit fleksi, dan pandangan lurus ke depan.

Latihan Berdiri

Latihan berdiri dilakukan dengan durasi awal 1–5 menit dan meliputi latihan perpindahan berat badan antar kaki, mini-squat bila memungkinkan, serta reach forward untuk melatih keseimbangan. Progresi durasi dan latihan disesuaikan dengan toleransi pasien.

Fase Ambulasi (Jam 48–72)

Kriteria Fase

Fase ini dilakukan apabila pasien mampu berdiri ≥ 5 menit, mampu melakukan transfer secara independen

dengan minimal assist, memiliki kekuatan ekstremitas bawah minimal MRC 3+/5, serta fungsi kognitif adekuat untuk mengikuti instruksi.

Teknik Ambulasi Awal

Ambulasi dilakukan dengan menggunakan walker atau tongkat, dimulai dengan langkah pendek (step-to), difokuskan pada pola jalan yang aman, dilakukan dengan supervisi ketat 1:1, serta penggunaan gait belt untuk keamanan. Target ambulasi meliputi 5–10 langkah pada hari pertama, 10–20 langkah pada hari kedua, serta ≥ 20 langkah atau keluar kamar pada hari ketiga.

Evaluasi dan Terminasi

Monitoring tanda vital dilakukan secara rutin selama seluruh fase mobilisasi. Mobilisasi harus segera dihentikan apabila terjadi perubahan neurologis berupa penurunan kesadaran, peningkatan defisit fokal, sakit kepala hebat mendadak, serta mual dan muntah tak terkendali; tanda-tanda kardiovaskular seperti nyeri dada, dispnea, palpitasi, aritmia, atau sinkop; serta tanda muskuloskeletal berupa nyeri sendi akut, pembengkakan atau eritema ekstremitas, dan ketidakmampuan menahan beban.

Media Edukasi (Leaflet/Flipbook)

Media edukasi berupa leaflet tentang perawatan dan pencegahan komplikasi stroke digunakan sebagai bagian dari intervensi keperawatan. Leaflet tersebut berisi informasi mengenai pengertian stroke, faktor risiko, tanda dan gejala, pentingnya kepatuhan terapi, serta latihan sederhana yang dapat dilakukan pasien. Screenshot atau dokumentasi

leaflet/flipbook disertakan pada bagian Lampiran sesuai dengan ketentuan makalah.

Pengumpulan dan Analisis Data

Pengumpulan data pada studi kasus ini dilakukan secara sistematis dan berkesinambungan selama pasien menjalani perawatan di ruang rawat inap. Pengkajian primer dilakukan melalui wawancara langsung dengan pasien dan keluarga untuk memperoleh data subjektif, meliputi keluhan utama, riwayat penyakit sekarang dan dahulu, tingkat kepatuhan terhadap pengobatan, serta kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Selanjutnya, pengkajian sekunder diperoleh melalui observasi klinis, pemeriksaan fisik, serta telaah dokumentasi medis pasien, termasuk hasil pemeriksaan penunjang seperti CT-scan kepala, pemeriksaan laboratorium, dan catatan perkembangan medis serta keperawatan. Pengkajian objektif dilakukan menggunakan instrumen terstandar, yaitu Glasgow Coma Scale (GCS) untuk menilai tingkat kesadaran, National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) untuk menilai derajat defisit neurologis, serta Barthel Index untuk menilai tingkat kemandirian aktivitas sehari-hari (Activities of Daily Living/ADL). Selain itu, data implementasi dan evaluasi dikumpulkan secara harian berdasarkan respons pasien terhadap intervensi keperawatan berbasis Evidence-Based Nursing (EBN), termasuk pelaksanaan mobilisasi dini, manajemen tekanan intrakranial, dan edukasi kepatuhan terhadap terapi.

Analisis data dilakukan secara deskriptif-analitik, sesuai dengan desain studi kasus. Data subjektif dan objektif dianalisis melalui tahapan proses

keperawatan, yaitu pengelompokan data, penetapan diagnosa keperawatan berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), perencanaan intervensi sesuai Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), serta evaluasi hasil berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI).

Perubahan kondisi pasien dianalisis dengan membandingkan skor NIHSS dan Barthel Index sebelum dan sesudah implementasi intervensi keperawatan. Hasil pengukuran disajikan dalam bentuk narasi dan tabel untuk menggambarkan tren peningkatan status neurologis dan kemandirian fungsional pasien.

Studi kasus ini tidak menggunakan uji statistik inferensial, karena hanya melibatkan satu subjek penelitian. Analisis dilakukan menggunakan statistik deskriptif, meliputi nilai skor, perubahan skor, dan interpretasi kategori klinis pada NIHSS dan Barthel Index.

Persetujuan Etik

Seluruh peserta telah diberi penjelasan mengenai tujuan dan prosedur kegiatan. Partisipasi bersifat sukarela, dan kerahasiaan data pribadi dijamin. Prinsip-prinsip etika seperti penghormatan terhadap individu, kebermanfaatan, dan tidak membahayakan tetap dijunjung tinggi selama kegiatan berlangsung.

Hasil

Pasien berinisial Ny. R, seorang perempuan berusia 67 tahun yang lahir pada 05 Agustus 1958, masuk rumah sakit melalui Instalasi Gawat Darurat dan selanjutnya dirawat di Ruang Filipus dengan nomor rekam medis

01666475. Pengkajian keperawatan dilakukan pada hari ke-3 perawatan dengan diagnosis medis stroke infark. Perkembangan kondisi neurologis pasien dievaluasi secara serial menggunakan National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS). Pada hari ke-1 dan hari ke-4 perawatan, pasien memiliki skor NIHSS sebesar 6 yang

dikategorikan sebagai defisit neurologis sedang. Selanjutnya, terjadi perbaikan kondisi neurologis yang ditunjukkan oleh penurunan skor NIHSS menjadi 1 pada hari ke-5, ke-6, dan ke-7 perawatan, yang termasuk dalam kategori defisit neurologis ringan (**Tabel 2**).

Tabel 2. Perkembangan Skor National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) Pasien Selama Perawatan

Hari ke	Skor NIHSS	Kategori
Hari ke 1	6	Defisit neurologis sedang
Hari ke 2	6	Defisit neurologis sedang
Hari ke 3	1	Defisit neurologis ringan
Hari ke 4	1	Defisit neurologis ringan
Hari ke 5	1	Defisit neurologis ringan

Berdasarkan hasil pengkajian kebutuhan perawatan diri menggunakan pendekatan *Therapeutic Self-Care Demand*, *Self-Care Agency*, dan *Self-Care Deficits (SCDs)*, diperoleh gambaran bahwa pasien Ny. R dengan diagnosis stroke infark mengalami berbagai keterbatasan dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri secara mandiri. Pada komponen *Universal Self-Care Requisite* terkait kebutuhan oksigenasi, pasien menunjukkan frekuensi pernapasan reguler sebesar 20x/menit dengan ventilasi bebas, namun terdapat gangguan pada transport gas yang ditandai dengan nilai SpO₂ 90% tanpa pemberian oksigen. Kondisi ini mengindikasikan adanya defisit perawatan diri sehingga diperlukan intervensi keperawatan melalui sistem *supportive-educative* untuk memantau status respirasi dan meningkatkan pemahaman pasien terhadap upaya mempertahankan oksigenasi yang adekuat.

Pada kebutuhan cairan dan keseimbangan tubuh, pasien hanya mampu mengonsumsi cairan sekitar 500 cc per hari dengan kondisi edema pada ekstremitas bawah, sementara turgor kulit tidak dapat dinilai secara optimal. Temuan ini menunjukkan keterbatasan kemampuan pasien dalam mempertahankan keseimbangan cairan, sehingga dikategorikan sebagai *self-care deficit*. Perawat berperan melalui sistem *partially compensatory* dengan membantu pemantauan intake-output, mengobservasi edema, serta memberikan edukasi terkait pentingnya pemenuhan cairan sesuai kondisi klinis pasien.

Selanjutnya, pada kebutuhan nutrisi, pasien mengalami penurunan nafsu makan saat sakit dengan asupan makanan sekitar ¼ porsi, meskipun tidak terdapat keluhan gangguan menelan. Kondisi eliminasi menunjukkan pasien belum mengalami buang air besar dan masih terpasang dower catheter untuk buang air kecil,

yang menandakan ketergantungan pasien dalam pemenuhan kebutuhan eliminasi. Selain itu, pada aspek aktivitas dan istirahat, pasien tampak bedrest dengan indeks massa tubuh sebesar 51,11 yang termasuk kategori obesitas tingkat II, meskipun memiliki kebiasaan tidur sekitar 8 jam per hari tanpa keluhan. Berdasarkan keseluruhan temuan tersebut, sistem

keperawatan yang dominan diterapkan adalah *partially compensatory* dan *supportive-educative system*, di mana perawat berperan aktif dalam membantu pemenuhan kebutuhan dasar pasien sekaligus meningkatkan kemampuan pasien dan keluarga dalam perawatan diri selama proses pemulihan.

Tabel 3. Analisis Kebutuhan Perawatan Diri Berdasarkan Teori Self-Care Orem pada Pasien Stroke Infark

Komponen Self-Care	Aspek yang Dinilai	Temuan Klinis	Self-Care Deficit	Sistem Keperawatan
Universal Self-Care Requisite	Udara – frekuensi pernapasan	Pernapasan reguler, 20x/menit	Tidak	Supportive-Educative
	Ventilasi	Bebas	Tidak	Supportive-Educative
	Transport gas	SpO ₂ 90% tanpa oksigen	Ya	Supportive-Educative
	Cairan	Asupan cairan ±500 cc/hari	Ya	Partially Compensatory
	Keseimbangan cairan	Edema ekstremitas bawah	Ya	Partially Compensatory
	Nutrisi – nafsu makan	Menurun saat sakit	Ya	Partially Compensatory
	Asupan makanan	±¼ porsi makan	Ya	Partially Compensatory
	Menelan	Tidak ada gangguan	Tidak	Supportive-Educative
	Eliminasi BAB	Belum BAB	Ya	Partially Compensatory
	Eliminasi BAK	Terpasang dower catheter	Ya	Partially Compensatory
	Aktivitas	Pasien tampak bedrest	Ya	Wholly Compensatory
	Status gizi	IMT 51,11 (Obesitas Tingkat II)	Ya	Supportive-Educative
	Istirahat	Tidur ±8 jam/hari, tanpa keluhan	Tidak	Supportive-Educative
	Peran sosial	Aktivitas sebagai ibu rumah	Ya	Supportive-Educative

Berdasarkan **tabel 3**, hasil pengkajian komprehensif terhadap pasien Ny. R dengan diagnosis medis stroke infark, diperoleh beberapa diagnosa keperawatan yang muncul selama masa perawatan. Diagnosa pertama adalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial, yang ditandai dengan adanya gangguan fungsi neurologis pascastroke serta perubahan status neurologis yang terukur melalui skor National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS). Kondisi ini menunjukkan keterbatasan mekanisme kompensasi intrakranial terhadap cedera otak, sehingga memerlukan pemantauan neurologis secara ketat untuk mencegah perburukan kondisi.

Diagnosa keperawatan kedua adalah gangguan pertukaran gas, yang ditunjukkan oleh nilai saturasi oksigen (SpO₂) sebesar 90% tanpa bantuan oksigen meskipun frekuensi pernapasan pasien masih dalam batas normal, yaitu 20x/menit dengan ventilasi bebas. Temuan ini mengindikasikan adanya ketidakseimbangan antara ventilasi dan perfusi, sehingga diperlukan intervensi keperawatan untuk mengoptimalkan oksigenasi dan mencegah hipoksia jaringan.

Selanjutnya, penurunan curah jantung menjadi diagnosa keperawatan ketiga yang berkaitan dengan gangguan perfusi sistemik akibat proses penyakit vaskular yang mendasari stroke infark. Kondisi ini berpotensi memengaruhi suplai oksigen dan nutrisi ke jaringan, termasuk jaringan otak, sehingga memerlukan pemantauan tanda-tanda vital, status hemodinamik, serta respons

pasien terhadap terapi medis yang diberikan.

Diagnosa keperawatan keempat adalah gangguan mobilitas fisik, yang ditandai dengan kondisi pasien yang tampak bedrest dan keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri. Gangguan mobilitas ini juga dipengaruhi oleh defisit neurologis dan status fisik pasien, termasuk indeks massa tubuh sebesar 51,11 yang tergolong obesitas tingkat II, sehingga meningkatkan risiko komplikasi imobilisasi dan memperlambat proses rehabilitasi.

Diagnosa keperawatan terakhir adalah ketidakpatuhan terhadap terapi, yang berkaitan dengan penurunan kemampuan pasien dalam mengikuti regimen pengobatan dan perawatan secara optimal selama sakit. Faktor yang berkontribusi meliputi keterbatasan fisik, kondisi neurologis, serta kemungkinan kurangnya pemahaman pasien dan keluarga mengenai pentingnya kepatuhan terhadap terapi. Oleh karena itu, peran perawat melalui pendekatan *supportive-educative* menjadi sangat penting untuk meningkatkan pemahaman, motivasi, dan keterlibatan pasien serta keluarga dalam proses perawatan dan pemulihan.

Pembahasan

Hasil pelaksanaan asuhan keperawatan berbasis *Evidence-Based Nursing* (EBN) pada pasien stroke iskemik menunjukkan adanya perbaikan kondisi klinis dan fungsional pasien setelah intervensi diberikan. Perbaikan tersebut terlihat pada peningkatan tingkat kesadaran, penurunan derajat

defisit neurologis, serta meningkatnya kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Temuan ini sejalan dengan literatur yang menyatakan bahwa penerapan intervensi keperawatan yang terstruktur, sistematis, dan berbasis bukti dapat mempercepat proses pemulihan serta menurunkan risiko komplikasi pada pasien stroke iskemik, terutama pada fase akut dan subakut perawatan di ruang rawat inap (Melnik & Fineout-Overholt, 2019; Powers et al., 2020).

Sejumlah penelitian observasional dan uji klinis skala kecil melaporkan bahwa mobilisasi dini pascastroke berhubungan dengan peningkatan pemulihan fungsi, seperti perbaikan skor *Barthel Index* dan kemampuan aktivitas sehari-hari, pemendekan lama rawat inap, serta penurunan komplikasi akibat imobilitas, termasuk pneumonia dan trombosis vena dalam (Langhorne et al., 2018; Bernhardt et al., 2020). Studi-studi terbaru serta tinjauan sistematis periode 2021–2024 menunjukkan adanya kecenderungan perbaikan fungsi bila mobilisasi dini dilakukan secara terprogram dengan intensitas dan frekuensi yang tepat, misalnya dimulai dalam 24–48 jam pertama dengan sesi latihan yang terstruktur. Namun demikian, efektivitas intervensi ini masih sangat dipengaruhi oleh karakteristik pasien, stabilitas klinis, serta metodologi penelitian yang digunakan (Wei et al., 2024).

Di sisi lain, beberapa literatur menyebutkan bahwa keberhasilan asuhan keperawatan pada pasien stroke sangat dipengaruhi oleh intensitas rehabilitasi multidisiplin, kontinuitas perawatan, dan durasi intervensi yang memadai (Winstein et al., 2016;

Langhorne & Pollock, 2019). Perbedaan hasil dengan sebagian penelitian tersebut dapat disebabkan oleh desain studi kasus yang hanya melibatkan satu pasien dan waktu observasi yang relatif singkat. Meskipun demikian, hasil studi kasus ini tetap memberikan gambaran bahwa peran perawat sangat krusial dalam mengoptimalkan kondisi pasien melalui intervensi keperawatan yang tepat, termasuk mobilisasi dini, pemantauan neurologis, dan edukasi perawatan diri, bahkan dalam keterbatasan sumber daya dan waktu perawatan.

Keterbatasan dalam pelaksanaan studi kasus ini meliputi jumlah subjek yang terbatas sehingga hasil tidak dapat digeneralisasikan ke seluruh populasi pasien stroke iskemik. Selain itu, periode observasi yang singkat membatasi evaluasi terhadap dampak jangka panjang dari intervensi keperawatan yang diberikan. Instrumen pengukuran yang digunakan juga lebih menitikberatkan pada aspek klinis dan fungsional, sehingga belum sepenuhnya menggambarkan aspek psikososial dan kualitas hidup pasien. Oleh karena itu, penelitian selanjutnya disarankan melibatkan jumlah subjek yang lebih besar, waktu tindak lanjut yang lebih panjang, serta pendekatan multidimensi agar efektivitas *Evidence-Based Nursing* pada pasien stroke iskemik dapat dievaluasi secara lebih komprehensif (Polit & Beck, 2021).

Stroke iskemik merupakan masalah kesehatan global dengan beban morbiditas dan mortalitas yang tinggi, baik di negara maju maupun negara berkembang. Secara global, stroke masih menjadi penyebab utama kecacatan jangka panjang dan kematian, terutama di negara berpendapatan rendah dan

menengah (Donnan et al., 2008; Campbell et al., 2019; Lancet Neurology, 2023; Feigin et al., 2025). Data epidemiologi menunjukkan peningkatan prevalensi stroke seiring bertambahnya usia dan adanya faktor risiko kardiovaskular yang tidak terkontrol (Sacco et al., 2013; Gustin Rahayu & Faletahan, 2023). Di kawasan Asia-Pasifik, beban stroke dilaporkan lebih tinggi akibat transisi demografi dan keterbatasan sistem layanan kesehatan (Asia-Pacific Stroke Organisation, 2023), sejalan dengan laporan nasional dan regional (Kementerian Kesehatan RI, 2022; Kementerian Kesehatan RI, 2023; Dinas Kesehatan Provinsi Banten, 2023; CDC, 2023; WHO, 2023; World Stroke Organization, 2023). Dari sisi patofisiologi, stroke iskemik melibatkan gangguan perfusi serebral yang memicu kaskade inflamasi, stres oksidatif, dan kerusakan neuron progresif (Kumar et al., 2020; Majumder, 2024; Rehman et al., 2024; Salaudeen, 2024; Gerdanovics et al., 2025), sehingga intervensi dini dan terstruktur menjadi sangat krusial untuk membatasi kerusakan jaringan otak dan mempercepat pemulihan.

Asuhan keperawatan pada pasien stroke iskemik berperan penting dalam menunjang keberhasilan terapi medis dan rehabilitasi. Pendekatan keperawatan modern menekankan penerapan Evidence-Based Nursing (EBN) yang terintegrasi dengan praktik klinis dan kebutuhan individual pasien (Melnik & Fineout-Overholt, 2019; Polit & Beck, 2021). Dalam konteks ini, teori keperawatan seperti Self-Care Deficit Theory Orem memberikan kerangka konseptual untuk mengidentifikasi kebutuhan perawatan, kemampuan self-care, serta defisit yang memerlukan intervensi perawat (Khademian et al.,

2020; Si et al., 2021; Cucu & Irna, n.d.; Egr, 2023). Studi-studi sebelumnya menunjukkan bahwa intervensi berbasis self-care dan edukasi dapat meningkatkan self-efficacy, kepatuhan terapi, serta kualitas hidup pasien stroke ringan hingga sedang (Rasyid et al., 2023). Selain itu, penerapan sistem pemantauan klinis seperti Early Warning System (EWS) terbukti membantu deteksi dini perburukan kondisi pasien dan meningkatkan keselamatan selama perawatan di ruang rawat inap (Qolbi et al., 2020; Prastya et al., 2023; Megawati et al., n.d.; Rustam Bantono et al., 2025). Integrasi pendekatan ini mendukung peran perawat sebagai koordinator perawatan multidisiplin dalam unit stroke (Langhorne & Pollock, 2019; Babkair et al., 2023).

Mobilisasi dini dan rehabilitasi terstruktur merupakan komponen utama dalam pemulihan pasien stroke iskemik. Berbagai pedoman internasional merekomendasikan mobilisasi dan rehabilitasi dimulai sedini mungkin dengan mempertimbangkan stabilitas klinis pasien (Winstein et al., 2016; Powers et al., 2019; Powers et al., 2020; AHA/ASA, 2021; AHA, 2023; AHA, 2024; Perdossi, 2021). Bukti ilmiah menunjukkan bahwa mobilisasi dini yang direncanakan dengan intensitas dan frekuensi yang tepat dapat memperbaiki fungsi motorik, kemampuan aktivitas sehari-hari, serta menurunkan komplikasi imobilisasi (Bernhardt et al., 2015; Bernhardt et al., 2020; Langhorne et al., 2018; Wei et al., 2024). Selain aspek fungsional, dukungan rehabilitasi multidisiplin juga berdampak pada adaptasi psikososial dan reintegrasi sosial pasien pascastroke (Lo et al.,

2025; Smith et al., 2022; Velez et al., 2020). Dengan demikian, hasil studi kasus ini memperkuat temuan literatur bahwa kombinasi intervensi keperawatan berbasis bukti, rehabilitasi dini, serta pendekatan holistik berkontribusi positif terhadap proses pemulihan pasien stroke iskemik, meskipun generalisasi hasil tetap perlu dilakukan secara hati-hati.

Kesimpulan

Penerapan asuhan keperawatan berbasis *Evidence-Based Nursing* pada pasien stroke iskemik dalam studi kasus ini menunjukkan dampak positif terhadap perbaikan kondisi klinis dan fungsional pasien, yang ditandai dengan peningkatan tingkat kesadaran, penurunan derajat defisit neurologis, serta meningkatnya kemampuan aktivitas sehari-hari. Intervensi keperawatan yang dilakukan secara terstruktur dan bertahap, khususnya mobilisasi dini yang disesuaikan dengan kondisi klinis pasien, terbukti aman dan berkontribusi terhadap proses pemulihan pada fase awal perawatan. Meskipun temuan ini belum dapat digeneralisasikan karena keterbatasan jumlah subjek dan waktu observasi, hasil studi ini menegaskan peran penting perawat dalam mengoptimalkan luaran pasien stroke iskemik melalui penerapan praktik keperawatan berbasis bukti di lingkungan klinis.

Ucapan Terima Kasih

Penulis mengucapkan terima kasih kepada responden yang telah bersedia berpartisipasi dalam pelaksanaan penelitian ini. Ucapan terima kasih juga disampaikan kepada seluruh tenaga kesehatan dan manajemen RS Immanuel Bandung, khususnya di Ruang Filipus,

atas dukungan, kerja sama, dan fasilitas selama proses pelaksanaan asuhan keperawatan dan penyusunan makalah ini. Responden, lokasi penelitian/PKM

Konflik Kepentingan

Tidak ada konflik kepentingan

Kontribusi Penulis

Gian M. Kurnia: Konseptualisasi, Metodologi, Investigasi, Pengumpulan Data, Analisis Data, Penulisan – Draf Awal.

Wulan Agusni: Kurasi Data, Validasi, Penulisan – Tinjauan & Penyuntingan, Supervisi Klinis.

Susilawati: Metodologi, Visualisasi Data, Validasi, Penulisan – Tinjauan & Penyuntingan.

Ayatullah Hamami: Supervisi, Penjaminan Mutu Ilmiah, Penulisan – Tinjauan & Penyuntingan, Persetujuan Akhir Naskah.

Referensi

- American Heart Association. (2023). *Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke*. <https://www.heart.org>
- American Heart Association. (2024). *Guideline for the primary prevention of stroke*. <https://www.ahajournals.org>
- American Heart Association/American Stroke Association. (2021). *Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke*.
- American Stroke Association. (2023). *Ischemic stroke*. <https://www.stroke.org/en/about-stroke/types-of-stroke/ischemic->

- stroke
- Asia-Pacific Stroke Organisation. (2023). *Stroke burden in the Asia-Pacific region*. <https://www.apso.org>
- Babkair, L. A., Safhi, R. A., Balshram, R., Safhei, R., Almahamdy, A., Hakami, F. H., & Alsaleh, A. M. (2023). Nursing care for stroke patients: Current practice and future needs. *Nursing Reports*, 13(3), 1236–1250. <https://doi.org/10.3390/nursrep13030106>
- Bernhardt, J., English, C., Johnson, L., & Cumming, T. B. (2020). Early mobilization after stroke: Early adoption but limited evidence. *Stroke*, 51(4), 1141–1146. <https://doi.org/10.1161/STROKE.AHA.119.027519>
- Bernhardt, J., Langhorne, P., Lindley, R. I., Thrift, A. G., Ellery, F., Collier, J., ... AVERT Trial Collaboration Group. (2015). Very early mobilization after stroke fast-tracks return to walking. *The Lancet*, 386(9988), 46–55. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60631-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60631-1)
- Campbell, B. C. V., de Silva, D. A., Macleod, M. R., et al. (2019). *Stroke*. *The New England Journal of Medicine*, 380(12), 119–131.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023). *Stroke facts*. <https://www.cdc.gov/stroke/facts.htm>
- Cucu, S., & Irna, N. (n.d.). Penerapan konsep teori Orem pada asuhan keperawatan stroke non-hemoragik. *Jurnal Keperawatan Medikal Bedah*, 3(1). <https://jurnal.ruangide.org/JKMD>
- Dinas Kesehatan Provinsi Banten. (2023). *Laporan kesehatan Provinsi Banten tahun 2023*. Dinkes Provinsi Banten.
- Donnan, G. A., Fisher, M., Macleod, M., & Davis, S. M. (2008). *Stroke*. *The Lancet*, 371(9624), 1612–1623.
- Egr, C. (2023). Nursing theories in the care of stroke patients: A scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(5).
- Feigin, V. L., et al. (2025). World Stroke Organization global stroke fact sheet 2025. *International Journal of Stroke*.
- Gerdanovics, A., Stănescu, I. C., Mîrza, C. M., Dogaru, G. B., Nicula, C. A., Boarescu, P. M., Gerdanovics, C. A., & Bulboacă, A. E. (2025). Proinflammatory risk factors in patients with ischemic stroke: A systematic review and meta-analysis. *Antioxidants*, 14(10), Article 1229. <https://doi.org/10.3390/antiox14101229>
- Gustin Rahayu, T., & Faletahan, U. (2023). Analisis faktor risiko terjadinya stroke serta tipe stroke. *Faletahan Health Journal*, 10(1), 48–95.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Pedoman pencegahan dan penanggulangan stroke*. Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Laporan Risetdas nasional 2023*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Khademian, Z., Kazemi Ara, F., & Gholamzadeh, S. (2020). The effect of self-care education based on Orem's nursing theory. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 8(2), 140–149.

- <https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2020.81690>
- Kumar, V., Abbas, A. K., & Aster, J. C. (2020). *Robbins & Cotran pathologic basis of disease* (10th ed.). Elsevier.
- Langhorne, P., & Pollock, A. (2019). What are the components of effective stroke unit care? *Age and Ageing*, 31(5), 365–371. <https://doi.org/10.1093/ageing/31.5.365>
- Langhorne, P., Wu, O., Rodgers, H., Ashburn, A., & Bernhardt, J. (2018). A very early rehabilitation trial after stroke (AVERT). *Stroke*, 49(4), 942–949. <https://doi.org/10.1161/STROKE.AHA.117.018770>
- Lancet Neurology. (2023). Global burden of stroke in low- and middle-income countries. *The Lancet Neurology*, 22(4), 256–265.
- Lo, B. W. Y., et al. (2025). Advances in ischemic stroke treatment: Current and emerging concepts. *PMC Review*.
- Majumder, D. (2024). Ischemic stroke: Pathophysiology and evolving treatment approaches. *Neuroscience Insights*, 19. <https://doi.org/10.1177/26331055241292600>
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2019). *Evidence-based practice in nursing & healthcare* (4th ed.). Wolters Kluwer.
- Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia. (2021). *Pedoman tatalaksana stroke iskemik akut di Indonesia edisi revisi*. Perdossi.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.
- Powers, W. J., et al. (2019). 2019 update to the guidelines for early management of acute ischemic stroke. *Stroke*, 50(12), e344–e418.
- Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., et al. (2020). Guidelines for early management of acute ischemic stroke. *Stroke*, 51(4), e364–e418. <https://doi.org/10.1161/STR.000000000000211>
- Rasyid, A., Pemila, U., Aisah, S., Harris, S., Wiyarta, E., & Fisher, M. (2023). Exploring the self-efficacy and self-care-based stroke care model. *Frontiers in Neurology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fneur.2023.1177083>
- Rehman, S., et al. (2024). Molecular mechanisms of ischemic stroke. *PMC Review*.
- Salaudeen, M. A. (2024). Understanding the pathophysiology of ischemic stroke. *Biomolecules*, 14(3), Article 305. <https://doi.org/10.3390/biom14030305>
- Sacco, R. L., et al. (2013). Stroke risk factors. *Stroke*, 44(3), 860–871.
- Si, Y., Yuan, H., Ji, P., & Chen, X. (2021). The combinative effects of Orem self-care theory and PDCA nursing. *American Journal of Translational Research*, 13(9), 10375–10383.
- Smith, E. E., et al. (2022). Imaging in acute stroke management. *The Lancet Neurology*, 21(4), 345–356.
- Velez, L., Toffel, S., Trejo-Lopez, J., Kresak, J. L., & Beal, S. G. (2020). Educational case: Etiologies, mechanisms, and treatment of stroke. *Academic Pathology*, 7. <https://doi.org/10.1177/2374289520901817>
- Wei, S., Zhang, Y., Li, X., & Chen, L.

- (2024). Effects of early mobilization on functional recovery in acute ischemic stroke. *Frontiers in Neurology*, 15, 1298456. <https://doi.org/10.3389/fneur.2024.1298456>
- Winstein, C. J., et al. (2016). Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery. *Stroke*, 47(6), e98–e169. <https://doi.org/10.1161/STR.000000000000098>
- World Health Organization. (2023). *Stroke: Key facts and global situation*. <https://www.who.int>
- World Stroke Organization. (2023). *Global stroke facts and figures*. <https://www.world-stroke.org>

Lampiran A

Tabel A1. Pengkajian National Institutes Health Stroke Scale (NIHSS)

No	Parameter yang dinilai	Skala	Skor
1a.	Tingkat kesadaran	0: Sadar penuh 1: Somnolen 2: Stupor 3: Koma	0
1b.	Menjawab Pertanyaan : Tanyakan bulan dan usia pasien (yang dinilai jawaban pertama, pemeriksa tidak diperkenankan membantu pasien dengan verbal atau non verbal)	0: Benar semua 1: 1 benar/ETT/Disatria 2 : Salah semua/afasia/stupor/koma	0
1c.	Mengikuti perintah :Berikan 2 perintah sederhana : membuka dan menutup mata menggenggam tangan dan melepaskannya atau 2 perintah lain	0: Mampu melakukan 2 perintah 1: Mampu melakukan 1 perintah 2: Tidak mampu melakukan perintah	0
2.	Gaze : Gerakan matakonyugat horisontal	0: Normal 1: abnormal pada 1 mata 2: Deviasi konyugat kuat atau paresis konyugat pada 2 mata	0
3.	Visual	0: Tidak ada gangguan 1: Kuadrinopia 2: Hemianopia total 3:Hemianopia	0
4.	Paresis wajah	0: Normal 1: Paresis wajah ringan (lipatan nasolabial datar, senyum asimetris) 2: Paresis wajah partial (paresis wajah bawah total atau hamper total) 3 : Paresis wajah total (peresis wajah total sesisi atau dua sisi)	1
5.	Motorik Lengan : Anjurkan pasien mengangkatlengan hingga 45 derajat bila tidur berbaring atau 90 derajat bila duduk.	0 : Mampu mengangkat lenganminimal 10 detik 1: Lengan terjatuh sebelum 10 detik 2: Tidak mampu mengangkat secara penuh 90 derajat atau 45 derajat 3: Tidak mampu megangkat hanyabergeser 4: tidak ada gerakan	0
		5a. Nilai lengan kiri	0
		5b. Nilai lengan kanan	0
6.	Motorik Tungkai	0: Mampu mengangkat tungkai 30 derajat minimal 5 detik 1:Tungkai jatuh ketempat tidur padaakhir detik ke-5 secara perlahan 2: Tungkai jatuh sebelum 5 detik tetapi ada usaha melawan gravitasi. 3: Tidak mampu melawan gravitasi 4: Tidak ada gerakan	
		6a. Nilai tungkai kiri	0
		6b. Nilai tungkai kanan	0
7.	Ataksia anggota badan : menggunakan tes tunjuk jari-hidung	0: tidak ada ataksia 1: ataksia pada satu extremitas 2: ataksia pada 2 atau lebih ekstermitas	0
8.	Sensorik : Lakukan tes pada seluruh tubuh; tungkai,lengan dan wajah. Pasien afasia	0: normal 1: Gangguan sensori ringan hingga sedang ada gangguan sensori terhadap nyeri, tetapi masih	0

No	Parameter yang dinilai	Skala	Skor
	diberi nilai 1. Pasien stupor atau koma diberi nilai 2	merasa bila di sentuh 2: Gangguan sensori berat atau total	
9.	Bahasa terbaik: Anjurkan pasien untuk menjelaskan suatu gambar atau membaca suatu tulisan. Bila pasien mengalami kebutaan letakkan suatu benda di tangan pasien dan anjurkan untuk menjelaskan benda termaksud. Pasien dengan intubasi : anjurkan untuk menulis	0: normal 1: Afasia ringan hingga sedang, bicara kurang lancer 2 : Afasia berat 3: Mute, afasia global, coma	0
10.	Disatria	0: Normal 1: Disatria ringan 2: Disatria berat	0
11.	Neglect atau inatensi	0: Tidak ada neglect 1: Tidak ada atensi pada salah satu modalitas berikut: visual, tactile, auditori, spatial, or personal inattention	0
Total SKOR			1
Kesimpulan : Defisit neurologis sedang/cukup berat			
Keterangan: Skor < 5 : Deficit neurologis ringan Skor 6-14 : Deficit neurologis sedang/cukup berat Skor 15-24 : Deficit neurologis berat Skor > 25 : Deficit neurologis sangat berat			

Tabel A2. Barthel Index (BI)

No	Fungsi	Skala	Skor
1.	Mengendalikan rangsang defikasi	0: Tidak terkendali/tak teratur(perlu pencahar) 5: Kadang-kadang tak terkendali 10: Terkendali teratur	10
2.	Mengendalikan rangsang berkemih	0: Tak terkendali/pakai kateter 5: Kadang -kadang tak terkendali (1x24jam) 10: Mandiri	10
3.	Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi)	0: Butuh pertolongan orang lain 5: Mandiri	0
4.	Penggunaan jamban, masuk dan keluar (melepaskan, memakai celana, membersihkan, menyiram)	0: Tergantung pertolongan orang lain 5: Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan, tetapi dapat mengerjakan sendiri kegiatan yang lain. 10: Mandiri	5
5.	Makan	0: Tidak mampu 5: Perlu ditolong memotongmakanan 10: Mandiri	5
6.	Berubah sikap dari berbaring ke duduk	0: Tidak mampu 5: Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (2 orang) 10: bantuan minimal 2 orang 15: Mandiri	10
7.	Berpindah/berjalan	0: Tidak mampu 5: Bisa(pindah) dengan kursi roda 10: Berjalan dengan bantuan1 orang 15: Mandiri	0
8.	Memakai baju	0: Tergantung orang lain 5: Sebagian dibantu(misalnya mengancing baju) 10: Mandiri	5
9.	Naik turun tangga	0: Tidak mampu 5: Butuh pertolongan 10: Mandiri	0
10.	Mandi	0: Tergantung orang lain 5: Mandiri	0
Total SKOR			45
Kesimpulan : Ketergantungan berat			
Keterangan :			
Skor 0 -20 : Ketergantungan total			
Skor 25-40 : Ketergantungan berat			
Skor 45-55 : Ketergantungan sedang			
Skor 60-95 : Ketergantungan ringan			
Skor 100 : Mandiri			