

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Stroke Non Hemoragik

2.1.1 Definisi Stroke Non Hemoragik

Menurut Sylvia A. Price dan Lorraine M. Wilson dalam buku *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit* tahun 2023, stroke non hemoragik adalah gangguan fungsi neurologis yang terjadi akibat terhentinya suplai darah ke bagian tertentu otak karena adanya sumbatan (trombus atau embolus) pada pembuluh darah serebral, sehingga menyebabkan iskemia dan kerusakan jaringan otak yang bersifat mendadak serta berlangsung lebih dari 24 jam. Menurut Suzanne C. Smeltzer dan Brenda G. Bare dalam *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing* tahun 2020, stroke non hemoragik atau stroke iskemik merupakan kehilangan fungsi otak secara tiba-tiba yang disebabkan oleh gangguan aliran darah ke jaringan otak akibat oklusi pembuluh darah, baik karena trombosis maupun emboli, yang mengakibatkan hipoksia dan infark serebral. Sedangkan menurut *World Health Organization (WHO)*, stroke non hemoragik termasuk dalam kategori stroke yang terjadi akibat gangguan suplai darah ke otak tanpa adanya perdarahan, ditandai dengan gejala defisit neurologis fokal maupun global yang berkembang cepat dan berlangsung lebih dari 24 jam atau menyebabkan kematian, dengan penyebab utama berupa obstruksi vaskular serebral (Oktavia, H. S. 2024).

2.1.2 Klasifikasi Stroke Non Hemoragik

Klasifikasi Stroke Non Hemoragik dibagi menjadi 3 berdasarkan mekanisme terjadinya, sistem dan perjalanan klinis (Ahnaf Dwi Cahyani, J. 2023).

1. Berdasarkan mekanisme terjadinya

- a. Stroke Trombotik

Terjadi karena terbentuknya trombus (bekuan darah) di pembuluh darah otak, biasanya akibat proses aterosklerosis. Sumbatan berkembang secara bertahap dan sering didahului oleh TIA (Transient Ischemic Attack).

- b. Stroke Embolik

Disebabkan oleh embolus (bekuan darah atau material lain) yang berasal dari bagian tubuh lain—sering dari jantung—kemudian menyumbat pembuluh darah otak. Onset biasanya mendadak. Faktor risiko umum adalah fibrilasi atrium.

c. Stroke Lakunar

Terjadi akibat oklusi pada pembuluh darah kecil (small vessel disease) yang menimbulkan infark kecil (lakuna) di area subkortikal seperti kapsula interna, talamus, atau pons. Sering berhubungan dengan hipertensi kronis dan diabetes melitus.

2. Berdasarkan sistem TOAST (*Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment*)

a. Large Artery Atherosclerosis

Disebabkan aterosklerosis pada arteri besar seperti karotis atau arteri serebri.

b. Cardioembolism

Sumber emboli berasal dari jantung (misalnya akibat fibrilasi atrium, penyakit katup jantung).

c. Small Vessel Occlusion (Lacunar)

Oklusi pembuluh darah kecil di otak.

d. Stroke of Other Determined Etiology

Penyebab lain yang jarang, seperti gangguan koagulasi atau vaskulitis.

e. Stroke of Undetermined Etiology

Penyebab tidak diketahui atau multifaktorial.

3. Berdasarkan perjalanan klinis

a. Transient Ischemic Attack (TIA)

Gangguan neurologis sementara < 24 jam tanpa infark permanen.

b. Reversible Ischemic Neurologic Deficit (RIND)

Defisit neurologis berlangsung > 24 jam tetapi pulih sempurna dalam beberapa hari.

c. Complete Stroke

Defisit neurologis menetap dan disertai kerusakan jaringan otak permanen.

2.1.3 Etiologi Stroke Non Hemoragik

Stroke non hemoragik (stroke iskemik) terjadi akibat gangguan aliran darah ke jaringan otak tanpa disertai perdarahan, yang umumnya disebabkan oleh oklusi atau sumbatan pembuluh darah serebral. Secara etiologis, penyebab utama adalah aterosklerosis pada arteri besar otak yang menimbulkan pembentukan trombus sehingga menghambat suplai oksigen dan glukosa ke jaringan otak. Selain itu, stroke non hemoragik juga dapat disebabkan oleh emboli yang berasal dari jantung (kardioemboli), seperti pada kasus fibrilasi atrium, infark miokard, atau penyakit katup jantung, di mana bekuan darah terbawa aliran darah dan menyumbat arteri serebral (Dewi L, & Fitraneti E. 2024). Gangguan pada pembuluh darah kecil (small vessel disease) akibat hipertensi kronis dan diabetes melitus juga menjadi penyebab penting, terutama pada stroke lakunar. Faktor risiko lain yang berperan meliputi hiperlipidemia, merokok, obesitas, kurang aktivitas fisik, serta gangguan koagulasi yang meningkatkan kecenderungan pembentukan trombus. Dengan demikian, etiologi stroke non hemoragik berkaitan erat dengan proses aterotrombotik, embolik, dan kelainan vaskular yang menyebabkan terhentinya perfusi otak secara mendadak.

2.1.4 Faktor Risiko Stroke Non Hemoragik

Beberapa faktor risiko stroke non hemoragik (Permatasari, N. 2020):

1. Hipertensi
Dapat meningkatkan tekanan darah perifer sehingga menyebabkan penebalan pembuluh darah
2. Penyakit jantung
Embolus biasanya terbentuk di jantung akibat adanya kelainan di katup jantung, irama jantung yang tidak teratur, atau setelah serangan jantung
3. Kolesterol tinggi
Kadar lemak darah yang tinggi dapat meningkatkan resiko aterosklerosis dan penyakit jantung koroner
4. Gaya hidup yang tidak sehat
Pola makan yang berlebih (obesitas), merokok, kurang berolahraga serta penyalahgunaan obat
5. Diabetes melitus

Diabetes melitus dapat menimbulkan perubahan pada sistem vasculer (pembuluh darah dan jantung) serta mendorong terjadinya aterosklerosis

6. Stress emosional

Pada jangka panjang dapat meningkatkan tekanan darah dan kadar kolestrol.

7. Umur

Semakin tinggi usia semakin tinggi pula resiko terkena stroke, pada penelitian yang dilakukan oleh (Selvirawati, Wahab, and Rizarullah 2020) usia tersering yang mengalami stroke yaitu 55-64 tahun. Pasien stroke iskemik didominasi oleh kelompok umur 56-60 tahun sebanyak 18 orang (78,3%). Sedangkan pasien dengan kelompok usia 50-56 tahun sebanyak 9 orang (75,0%) mendominasi angka kejadian stroke hemoragik.

8. Jenis kelamin

Pada kebanyakan kasus didapatkan pria lebih sering mengalami stroke dibandingkan dengan wanita, sesuai dengan penelitian oleh (Selvirawati, Wahab, and Rizarullah 2020) jumlah pasien stroke lebih banyak laki-laki yaitu sebanyak 33 orang (58,9%) sedangkan perempuan sebanyak 23 (41,1%). Hal ini diakibatkan oleh faktor pencetus lain seperti merokok, minum alkohol yang dominan oleh laki-laki.

9. Faktor turunan

2.1.5 Patofisiologis Stroke Non Hemoragik

Stroke non hemoragik (stroke iskemik) diawali oleh terjadinya oklusi atau sumbatan pada pembuluh darah serebral, baik akibat trombus yang terbentuk di tempat (aterotrombosis) maupun embolus yang berasal dari tempat lain seperti jantung. Sumbatan ini menyebabkan penurunan atau terhentinya aliran darah ke jaringan otak (iskemia), sehingga suplai oksigen dan glukosa yang sangat dibutuhkan untuk metabolisme sel saraf menjadi terganggu. Karena otak tidak memiliki cadangan energi yang cukup, dalam beberapa menit saja sel-sel neuron akan mengalami gangguan fungsi. Penurunan perfusi otak mengakibatkan kegagalan metabolisme aerob dan beralih ke metabolisme anaerob, yang menghasilkan asam laktat dan menyebabkan asidosis intraseluler. Kekurangan ATP menyebabkan kegagalan pompa natrium-kalium (Na^+/K^+ -ATPase), sehingga terjadi depolarisasi membran sel dan masuknya ion kalsium secara berlebihan ke dalam

sel. Peningkatan kalsium intraseluler memicu pelepasan neurotransmitter eksitatorik seperti glutamat yang berlebihan (eksitotoksisitas), yang selanjutnya memperberat kerusakan neuron (Amelisa. F. D. 2024).

Proses ini diikuti oleh pembentukan radikal bebas, kerusakan membran sel, edema sitotoksik, serta aktivasi enzim proteolitik yang menyebabkan kematian sel (nekrosis pada area inti infark). Di sekitar area inti terdapat daerah penumbra iskemik, yaitu jaringan yang masih berpotensi diselamatkan apabila reperfusi segera dilakukan. Jika tidak tertangani, area infark akan meluas dan menimbulkan defisit neurologis sesuai lokasi pembuluh darah yang terkena.

2.1.6 Manifestasi Klinis Stroke Non Hemoragik

Menurut Kemenkes RI Tahun 2020 tanda dan gejala dari stroke adalah **SEGERA KE RS** yang merupakan singkatan dari :

1. Senyum tidak simetris (mencong ke satu sisi), tersedak, sulit menelan air minum secara tiba-tiba
2. Gerak separuh anggota tubuh melemah tiba-tiba
3. bicaRa pelo / tiba-tiba tidak dapat bicara / tidak mengerti kata-kata / bicara tidak nyambung
4. Kebas atau baal, atau kesemutan separuh tubuh
5. Rabun, pandangan satu mata kabur, terjadi tiba-tiba
6. Sakit kepala hebat yang muncul tiba-tiba dan tidak pernah dirasakan sebelumnya, Gangguan fungsi keseimbangan, seperti terasa berputar, gerakan sulit dikoordinasi (tremor / gemetar, sempoyongan).

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang Stroke Non Hemoragik

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan diantaranya:

1. Laboratorium meliputi pemeriksaan darah lengkap.
2. Foto thorax untuk memperlihatkan keadaan jantung.
3. Angiografi serebral untuk membantu menemukan penyebab dari stroke secara spesifik.
4. CT scan untuk melihat secara spesifik letak edema, adanya jaringan otak yang infark, dan posisinya.
5. MRI (Magnetic Imaging Resonance) menggunakan gelombang magnetik

untuk menentukan posisi, besar dan luas adanya pendarahan otak.

6. EEG bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak.

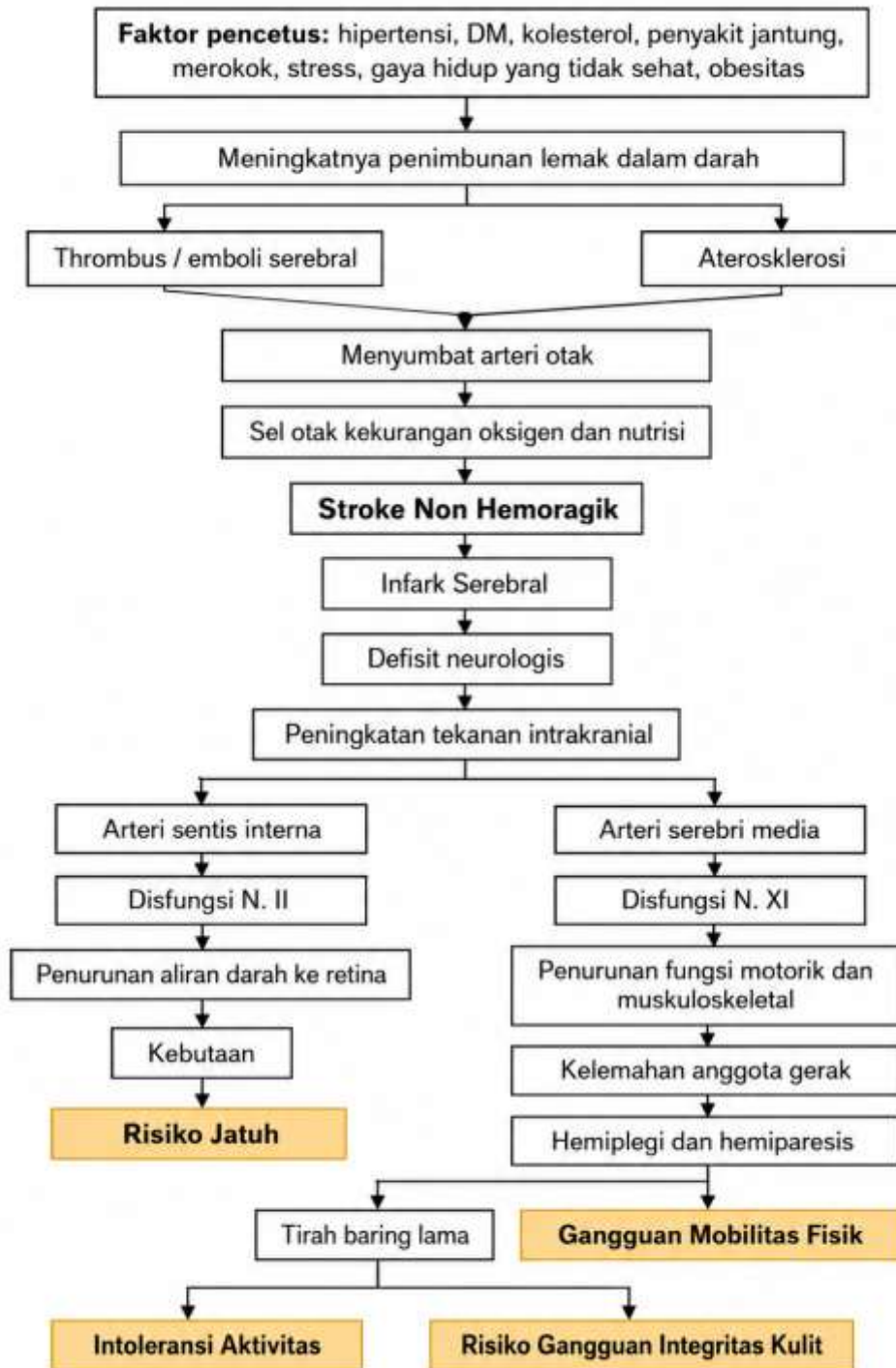
2.1.8 Penatalaksanaan Stroke Non Hemoragik

1. Posisi kepala dan badan diatas 20-30 derajat, posisi lateral dekubitus bila disertai muntah. Boleh dimulai mobilisasi bertahap bila hemodinamik stabil.
2. Bebaskan jalan nafas dan usahakan ventilasi adekuat bila perlu berikan oksigen 1-2 liter/menit.
3. Kandung kemih yang penuh dikosongkan dengan kateter.
4. Suhu tubuh harus dipertahankan.
5. Nutrisi peroral hanya boleh diberikan setelah tes fungsi menelan baik, bila terhadap gangguan menelan atau pasien yang kesadaran menurun, dianjurkan pemasangan NGT.
6. Mobilisasi dan rehabilitasi dini jika tidak ada kontraindikasi.
7. Penerapan terapi komplementer *Effleurage Massage* (Mega 2021).

2.1.9 Komplikasi Stroke Non Hemoragik

1. Komplikasi yang berhubungan dengan sitem saraf meliputi edema dan kejang epileptik
2. Terjadinya infeksi
3. Adanya masalah pada anggota gerak
4. Komplikasi akibat mobilisasi
5. Kurangnya nutrisi
6. Dampak psiko-sosial

Pathway



Sumber : (Tim Pokja SDKI, 2016; Haryono, 2019; Maria, 2021)

2.2 Konsep Kualitas Hidup

2.2.1 Definisi Kualitas Hidup

Kualitas hidup adalah suatu konsep multidimensional yang menggambarkan persepsi individu terhadap kondisi kehidupannya secara menyeluruh, mencakup aspek fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan. Konsep ini tidak hanya menilai keadaan kesehatan secara objektif, tetapi juga bagaimana individu merasakan dan menilai kesejahteraan dirinya dalam konteks budaya dan sistem nilai tempat ia hidup. Menurut World Health Organization (WHO), kualitas hidup adalah persepsi individu terhadap posisi mereka dalam kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai di mana mereka tinggal serta hubungannya dengan tujuan, harapan, standar, dan perhatian mereka. Definisi ini menekankan bahwa kualitas hidup bersifat subjektif dan dipengaruhi oleh pengalaman personal. Sementara itu, Campbell mendefinisikan kualitas hidup sebagai tingkat kepuasan individu terhadap berbagai domain kehidupan yang dianggap penting bagi dirinya. Definisi ini lebih menitikberatkan pada kepuasan hidup (life satisfaction) sebagai indikator utama kualitas hidup (Rokhimawaty, A. dkk, 2025).

2.2.2 Dimensi atau Domain Kualitas Hidup

Secara umum, kualitas hidup bersifat multidimensional, artinya terdiri dari beberapa aspek yang saling berkaitan. Berdasarkan konsep dari World Health Organization melalui instrumen WHOQOL, domain kualitas hidup meliputi (Rizki. FA. 2023):

1. Domain Fisik

Mencakup kondisi kesehatan dan fungsi tubuh individu, seperti:

- a. Tingkat energi dan kelelahan
- b. Nyeri dan ketidaknyamanan
- c. Pola tidur dan istirahat
- d. Mobilitas dan aktivitas sehari-hari
- e. Ketergantungan terhadap obat atau terapi

2. Domain Psikologis

Berhubungan dengan kondisi mental dan emosional, meliputi:

- a. Perasaan positif dan negatif
- b. Harga diri

- c. Citra tubuh
- d. Konsentrasi dan daya pikir
- e. Tingkat kecemasan atau depresi

3. Domain Hubungan Sosial

Menggambarkan interaksi individu dengan lingkungan sosialnya, seperti:

- a. Hubungan personal
- b. Dukungan sosial
- c. Kehidupan seksual
- d. Peran dalam keluarga dan masyarakat

4. Domain Lingkungan

Berkaitan dengan kondisi eksternal yang memengaruhi kehidupan individu, antara lain:

- a. Keamanan dan kenyamanan lingkungan
- b. Kondisi tempat tinggal
- c. Status ekonomi dan pekerjaan
- d. Akses terhadap pelayanan kesehatan
- e. Kesempatan rekreasi dan informasi

2.2.3 Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Faktor yang mempengaruhi kualitas hidup meliputi (Abdu, S. 2022):

1. Faktor kesehatan (penyakit kronis, disabilitas)
2. Faktor demografis (usia, jenis kelamin, pendidikan)
3. Faktor sosial ekonomi
4. Dukungan keluarga
5. Gaya hidup dan lingkungan

2.2.4 Instrumen Pengukuran Kualitas Hidup

WHOQOL-BREF merupakan instrumen pengukuran kualitas hidup yang dikembangkan oleh World Health Organization sebagai versi singkat dari WHOQOL-100. Instrumen ini terdiri dari 26 item pertanyaan yang mencakup empat domain utama, yaitu domain fisik (7 item), psikologis (6 item), hubungan sosial (3 item), dan lingkungan (8 item), serta dua pertanyaan umum mengenai persepsi kualitas hidup secara keseluruhan dan kepuasan terhadap kesehatan. WHOQOL-BREF dirancang untuk digunakan secara lintas budaya dan telah

diterjemahkan ke berbagai bahasa, termasuk Bahasa Indonesia, sehingga banyak digunakan dalam penelitian kesehatan, keperawatan, dan sosial (Rizky, FA. 2023).

Dari segi validitas, WHOQOL-BREF memiliki validitas konstruk yang baik karena setiap item telah melalui uji analisis faktor yang menunjukkan kesesuaian dengan empat domain yang diukur. Instrumen ini juga memiliki validitas isi (content validity) yang kuat karena dikembangkan melalui studi kolaboratif internasional melibatkan berbagai negara dan budaya. Sementara itu, reliabilitas WHOQOL-BREF umumnya menunjukkan nilai koefisien Cronbach's alpha $> 0,70$ pada masing-masing domain, yang berarti memiliki konsistensi internal yang baik dan dapat dipercaya sebagai alat ukur kualitas hidup (Abdu, S .2022).

Dalam sistem skoring, setiap item dinilai menggunakan skala Likert 1 sampai 5, di mana skor yang lebih tinggi menunjukkan kualitas hidup yang lebih baik. Beberapa item bersifat negatif sehingga memerlukan proses reverse scoring sebelum perhitungan total. Skor pada domain dihitung dengan menjumlahkan skor item dalam domain tersebut, kemudian ditransformasikan ke dalam skala 0–130 agar memudahkan interpretasi. Semakin tinggi skor domain, semakin baik kualitas hidup individu pada aspek tersebut. Dengan demikian, WHOQOL-BREF merupakan instrumen yang valid, reliabel, dan praktis digunakan untuk mengukur kualitas hidup dalam berbagai setting penelitian dan klinis (Rizky, AF.2023)

2.3 Konsep Gangguan Mobilitas Fisik

2.3.1 Definisi Gangguan Mobilitas Fisik

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) yang diterbitkan oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Tahun 2020, gangguan mobilitas fisik didefinisikan sebagai keterbatasan dalam pergerakan fisik secara mandiri dan terarah pada satu atau lebih ekstremitas. Kondisi ini dapat disebabkan oleh gangguan neuromuskular, kelemahan otot, nyeri, penurunan kekuatan, gangguan keseimbangan, maupun penurunan toleransi aktivitas. Secara umum, gangguan mobilitas fisik tidak hanya berdampak pada fungsi fisik, tetapi juga dapat memengaruhi aspek psikologis dan sosial individu akibat meningkatnya ketergantungan terhadap orang lain. Oleh karena itu, pemahaman mengenai konsep

gangguan mobilitas fisik penting dalam perencanaan asuhan keperawatan yang komprehensif dan berkelanjutan.

2.3.2 Faktor Risiko Gangguan Mobilitas Fisik

Gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke non hemoragik terutama dipengaruhi oleh kerusakan jaringan otak akibat iskemia yang menyerang area motorik, seperti korteks motorik, kapsula interna, atau traktus piramidal. Kerusakan ini menyebabkan hemiparesis atau hemiplegi yang menjadi faktor utama keterbatasan gerak. Selain itu, luas dan lokasi infark sangat menentukan derajat kelemahan otot serta gangguan koordinasi yang dialami pasien (Nurfitriyani. P. 2025).

Faktor risiko lain yang memperberat gangguan mobilitas fisik meliputi usia lanjut, karena terjadi penurunan massa dan kekuatan otot secara fisiologis; hipertensi kronis dan diabetes melitus yang memperburuk kerusakan vaskular; serta adanya penyakit penyerta seperti penyakit jantung dan gangguan muskuloskeletal. Imobilisasi yang berkepanjangan setelah serangan stroke juga meningkatkan risiko atrofi otot, kontraktur sendi, dan penurunan rentang gerak (ROM). Selain faktor fisik, gangguan persepsi, gangguan keseimbangan, penurunan kesadaran, serta depresi pasca-stroke turut berkontribusi terhadap terbatasnya kemampuan mobilisasi pasien (Nurfitriyani. F. 2025).

2.3.3 Etiologi Gangguan Mobilitas Fisik

Penyebab gangguan mobilitas fisik berkaitan dengan faktor-faktor yang menyebabkan keterbatasan pergerakan secara mandiri dan terarah. Secara umum, etiologi tersebut meliputi gangguan neuromuskular seperti penurunan kekuatan otot, paralisis, atau gangguan koordinasi; gangguan muskuloskeletal seperti fraktur, dislokasi, kontraktur, kekakuan sendi, dan deformitas; serta nyeri yang menghambat pergerakan. Selain itu, penurunan massa dan tonus otot akibat imobilisasi lama, tirah baring berkepanjangan, atau kurang aktivitas fisik juga menjadi faktor penyebab penting (Kuniawati. T. 2022).

2.3.4 Data Mayor dan Minor Gangguan Mobilitas Fisik

Untuk menegakkan diagnosis Nyeri Akut, perawat perlu memastikan bahwa sekurang-kurangnya 80% dari tanda dan gejala berikut muncul pada pasien. Hal ini

penting guna menjamin keakuratan diagnosis dan kesesuaian intervensi keperawatan yang akan diberikan, yaitu (Kurniawati, T. 2022):

1. Gejala dan Tanda Mayor

a. Subjektif (DS):

- 1) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
- 2) Mengeluh nyeri saat bergerak

b. Objektif (DO):

- 1) Penurunan kekuatan otot
- 2) Rentang gerak (ROM) menurun
- 3) Keterbatasan dalam melakukan pergerakan
- 4) Tampak lemah saat mobilisasi

2. Gejala dan Tanda Minor

a. Subjektif (DS):

- 1) Mengeluh cepat lelah saat aktivitas
- 2) Mengeluh tidak mampu melakukan aktivitas tertentu

b. Objektif (DO):

- 1) Gangguan koordinasi gerak
- 2) Gerakan tidak stabil / tidak seimbang
- 3) Postur tubuh tidak normal
- 4) Penurunan kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari (ADL)

2.4 Konsep Effleurage Massage

2.4.1 Definisi Effleurage Massage

Effleurage massage adalah salah satu teknik dalam terapi pijat yang dilakukan dengan gerakan usapan lembut, panjang, dan ritmis menggunakan telapak tangan atau jari pada permukaan kulit, biasanya mengikuti arah aliran vena menuju jantung. Teknik ini bertujuan untuk meningkatkan sirkulasi darah dan limfatik, memberikan efek relaksasi, serta mempersiapkan jaringan sebelum dilakukan teknik pijat yang lebih dalam. Menurut literatur terapi manual, *effleurage* merupakan teknik dasar dalam pijat klasik (*Swedish massage*) yang berfungsi untuk merangsang reseptor sensorik pada kulit sehingga membantu menurunkan ketegangan otot dan meningkatkan aliran oksigen ke jaringan. Gerakan dilakukan

secara sistematis dengan tekanan ringan hingga sedang, disesuaikan dengan kondisi dan toleransi pasien (Listriyani, N. 2025).

Dalam konteks keperawatan dan terapi komplementer, *effleurage massage* digunakan sebagai intervensi nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, meningkatkan relaksasi, memperbaiki mobilitas, serta membantu memperlancar sirkulasi pada pasien dengan gangguan muskuloskeletal atau neurologis, termasuk pasien pasca stroke. Teknik ini relatif aman, mudah dipelajari, dan dapat diaplikasikan sebagai bagian dari perawatan holistik.

2.4.2 Mekanisme Kerja *Effleurage Massage*

Mekanisme kerja *effleurage massage* melibatkan stimulasi mekanik pada kulit dan jaringan di bawahnya melalui gerakan usapan lembut dan ritmis. Stimulasi ini mengaktifkan reseptor sensorik (mekanoreseptor) pada kulit yang kemudian mengirim impuls ke sistem saraf pusat. Berdasarkan teori gate control, rangsangan sentuhan dapat menghambat transmisi impuls nyeri ke otak sehingga persepsi nyeri berkurang. Secara fisiologis, gerakan *effleurage* meningkatkan sirkulasi darah superfisial dan memperlancar aliran limfatik. Peningkatan aliran darah membantu distribusi oksigen dan nutrisi ke jaringan serta mempercepat pembuangan sisa metabolisme, seperti asam laktat, yang dapat menimbulkan nyeri dan kekakuan otot. Selain itu, tekanan ringan hingga sedang pada jaringan lunak membantu mengurangi spasme otot dan meningkatkan elastisitas jaringan (Jamil. Y. 2023).

Effleurage juga merangsang sistem saraf parasimpatis yang berperan dalam respons relaksasi. Aktivasi sistem ini dapat menurunkan frekuensi denyut jantung, tekanan darah, serta kadar hormon stres seperti kortisol, sehingga memberikan efek menenangkan dan meningkatkan kenyamanan pasien. Pada pasien dengan gangguan mobilitas, seperti pasca stroke, peningkatan sirkulasi dan relaksasi otot dapat membantu memperbaiki rentang gerak (ROM) dan mengurangi kekakuan ekstremitas.

2.4.3 Indikasi dan Kontraindikasi *Effleurage Massage*

1. Indikasi *effleurage massage*
 - a. Nyeri otot
 - b. Gangguan mobilitas fisik

- c. Pasien pasca-stroke
 - d. Stres dan kecemasan
 - e. Gangguan sirkulasi ringan
2. Kontraindikasi *effleurage massage*
- a. Luka terbuka
 - b. Infeksi kulit
 - c. Trombosis vena dalam
 - d. Fraktur akut
 - e. Perdarahan aktif

2.4.4 Prosedur *Effleurage Massage*

Pelaksanaan *effleurage massage* harus dilakukan secara sistematis, memperhatikan prinsip kenyamanan, keamanan, dan kondisi klinis pasien. Berikut tahapan prosedurnya yang dapat dituliskan dalam skripsi (Listriyani, N. 2025):

1. Persiapan
 - a. Jelaskan prosedur kepada pasien dan minta persetujuan (informed consent).
 - b. Cuci tangan sesuai prosedur.
 - c. Siapkan lingkungan yang nyaman dan privat.
 - d. Posisikan pasien dengan rileks (misalnya posisi supine atau prone sesuai area yang dipijat).
 - e. Gunakan pelumas (minyak pijat atau lotion) secukupnya untuk mengurangi gesekan.
2. Tahap Pelaksanaan
 - a. Letakkan kedua telapak tangan pada area yang akan dipijat.
 - b. Lakukan gerakan usapan panjang, lembut, dan ritmis mengikuti arah aliran vena menuju jantung.
 - c. Tekanan diberikan ringan hingga sedang, disesuaikan dengan toleransi pasien.
 - d. Gerakan dilakukan secara kontinu dan sistematis, biasanya dari distal ke proksimal.
 - e. Ulangi gerakan selama 5–15 menit pada area yang ditentukan (misalnya ekstremitas atas atau bawah).

- f. Amati respons pasien terhadap nyeri atau ketidaknyamanan selama tindakan.
3. Tahap Terminasi
 - a. Kurangi tekanan secara perlahan sebelum mengakhiri pijatan.
 - b. Bersihkan sisa pelumas pada kulit pasien.
 - c. Bantu pasien kembali ke posisi nyaman.
 - d. Evaluasi respons pasien (misalnya penurunan nyeri, peningkatan relaksasi, atau peningkatan rentang gerak).

2.4.5 Manfaat dan Efektivitas *Effleurage Massage*

Effleurage massage memiliki berbagai manfaat fisiologis dan psikologis yang mendukung penggunaannya sebagai terapi komplementer dalam praktik keperawatan dan rehabilitasi. Secara fisiologis, teknik ini membantu meningkatkan sirkulasi darah dan aliran limfatik melalui gerakan usapan lembut dan ritmis ke arah jantung. Peningkatan sirkulasi tersebut berperan dalam memperbaiki suplai oksigen dan nutrisi ke jaringan, mempercepat pembuangan sisa metabolisme, serta mengurangi edema ringan. Selain itu, stimulasi mekanoreseptor kulit dapat membantu menurunkan ketegangan otot dan mengurangi spasme, sehingga meningkatkan fleksibilitas dan rentang gerak (*range of motion/ROM*) (Fadilah, K. 2022).

Dari aspek pengendalian nyeri, *effleurage* bekerja melalui mekanisme *gate control theory*, di mana rangsangan sentuhan ringan dapat menghambat transmisi impuls nyeri ke sistem saraf pusat. Efek ini menjadikan *effleurage* sebagai intervensi nonfarmakologis yang efektif untuk mengurangi nyeri muskuloskeletal maupun nyeri pada pasien dengan kondisi neurologis. Secara psikologis, *effleurage* merangsang aktivasi sistem saraf parasimpatis yang menimbulkan efek relaksasi, menurunkan stres, kecemasan, denyut jantung, dan tekanan darah, serta meningkatkan rasa nyaman dan kesejahteraan.

Dalam konteks pasien stroke non hemoragik, *effleurage massage* terbukti membantu meningkatkan relaksasi otot yang mengalami spastisitas ringan, memperbaiki sirkulasi pada ekstremitas yang lemah, serta mendukung proses rehabilitasi mobilitas fisik. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pemberian

effleurage secara rutin dapat memberikan perbaikan pada skala nyeri, tingkat kenyamanan, serta fungsi gerak, terutama bila dikombinasikan dengan latihan rentang gerak (ROM) dan fisioterapi. Dengan demikian, *effleurage massage* merupakan intervensi yang relatif aman, mudah diaplikasikan, dan efektif sebagai terapi pendukung dalam meningkatkan fungsi fisik dan kualitas hidup pasien (Listriyani, N. 2025).

2.5 Standar Operasional Kualitas Hidup dan Terapi *Effleurage Massage*

A. Judul Sop

Pengukuran Kualitas Hidup Menggunakan Kuesioner (Pre-Test Dan Post-Test) Serta Pemberian *Effleurage Massage* Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan Mobilitas Fisik

B. Tujuan

1. Mengukur Kualitas Hidup Pasien Stroke Non Hemoragik Sebelum Dan Sesudah Intervensi Menggunakan Kuesioner Kualitas Hidup.
2. Memberikan Terapi *Effleurage Massage* Sebagai Intervensi Nonfarmakologis Untuk Meningkatkan Relaksasi, Sirkulasi Darah, Dan Kualitas Hidup Pasien.
3. Mengetahui Perubahan Kualitas Hidup Setelah Pemberian Terapi *Effleurage Massage*.

C. Pengertian

1. Kuesioner Kualitas Hidup Merupakan Instrumen Untuk Menilai Persepsi Pasien Mengenai Kondisi Fisik, Psikologis, Sosial, Dan Lingkungan Sebelum Serta Setelah Intervensi.
2. *Effleurage Massage* Merupakan Teknik Pijat Berupa Usapan Lembut, Perlahan, Dan Ritmis Menggunakan Telapak Tangan Pada Bagian Tubuh Tertentu Untuk Meningkatkan Sirkulasi Darah, Relaksasi Otot, Dan Kenyamanan Pasien.

D. Indikasi

- Pasien Stroke Non Hemoragik.
- Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik.
- Kesadaran Compos Mentis.
- Mampu Berkomunikasi Atau Dibantu Keluarga.

- Bersedia Menjadi Responden Dan Menandatangani Informed Consent.

E. Kontraindikasi

- Luka Terbuka Pada Area Massage.
- Fraktur.
- Deep Vein Thrombosis (Dvt).
- Infeksi Kulit.
- Demam Tinggi.
- Nyeri Hebat Pada Area Massage.
- Kondisi Hemodinamik Tidak Stabil.

F. Persiapan Alat

1. Kuesioner Kualitas Hidup (Misalnya Whoqol-Bref Atau Stroke Specific Quality Of Life/Ss-Qol Sesuai Penelitian).
2. Lembar Informed Consent.
3. Lembar Observasi.
4. Pulpen.
5. Baby Oil Atau Massage Oil.
6. Handuk Kecil.
7. Tisu.
8. Handsanitizer.

G. Persiapan Pasien

1. Menjelaskan Tujuan Tindakan.
2. Memastikan Identitas Pasien.
3. Memastikan Pasien Bersedia Mengikuti Penelitian.
4. Mengatur Posisi Pasien Senyaman Mungkin (Supine Atau Semi Fowler).
5. Menjaga Privasi Pasien.

H. Prosedur Pelaksanaan

Tahap I (Pre-Test)

No	Tindakan
1	Cuci Tangan Sesuai Prosedur.
2	Memberikan Salam Terapeutik.
3	Menjelaskan Tujuan Pengisian Kuesioner.

No	Tindakan
4	Membagikan Kuesioner Kualitas Hidup Kepada Pasien.
5	Membantu Pasien Apabila Mengalami Kesulitan Membaca Atau Menulis Tanpa Memengaruhi Jawaban.
6	Memastikan Seluruh Pertanyaan Telah Terisi.
7	Memberikan Skor Sesuai Pedoman Instrumen.
8	Mencatat Hasil Sebagai Data Pre-Test.

Tahap II (Intervensi Effleurage Massage)

No	Tindakan
1	Cuci Tangan.
2	Gunakan Hand Sanitizer Bila Diperlukan.
3	Pastikan Posisi Pasien Nyaman.
4	Jelaskan Prosedur Massage.
5	Oleskan Massage Oil Secukupnya Pada Telapak Tangan.
6	Lakukan Usapan Ringan Dari Distal Ke Proksimal Mengikuti Arah Aliran Vena.
7	Gunakan Kedua Telapak Tangan Dengan Tekanan Ringan Hingga Sedang.
8	Gerakan Dilakukan Secara Perlahan, Ritmis, Dan Kontinu.
9	Lakukan Pada Ekstremitas Yang Mengalami Gangguan Mobilitas Sesuai Kondisi Pasien.
10	Durasi Tindakan ±10–15 Menit Setiap Sesi.
11	Amati Respon Pasien Selama Tindakan.
12	Hentikan Tindakan Apabila Pasien Merasa Nyeri, Tidak Nyaman, Atau Muncul Keluhan Lain.
13	Bersihkan Sisa Massage Oil Menggunakan Handuk Atau Tisu.

Tahap III (Post-Test)

Dilakukan Setelah Seluruh Rangkaian Terapi Selesai Sesuai Jadwal Penelitian.

No	Tindakan
1	Jelaskan Bahwa Pasien Akan Mengisi Kembali Kuesioner Kualitas Hidup.
2	Bagikan Kuesioner Yang Sama Seperti Saat Pre-Test.
3	Pastikan Seluruh Item Terisi Lengkap.
4	Hitung Skor Sesuai Pedoman Instrumen.
5	Catat Hasil Sebagai Data Post-Test.
6	Bandingkan Skor Pre-Test Dan Post-Test Untuk Analisis Penelitian.

I. Evaluasi

- Pasien Mengikuti Seluruh Prosedur.
- Kuesioner Pre-Test Dan Post-Test Terisi Lengkap.
- Terapi Effleurage Massage Dilakukan Sesuai Sop.
- Tidak Terjadi Efek Samping Selama Tindakan.
- Data Kualitas Hidup Terdokumentasi Dengan Baik.

J. Dokumentasi

Petugas Mencatat:

- Identitas Pasien.
- Tanggal Dan Waktu Pelaksanaan.
- Hasil Skor Kualitas Hidup Pre-Test.
- Pelaksanaan Effleurage Massage (Durasi, Frekuensi, Respon Pasien).
- Hasil Skor Kualitas Hidup Post-Test.
- Nama Dan Tanda Tangan Pelaksana.

2.6 Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Semua data dikumpulkan secara sistematis dan komprehensif dengan aspek biologis, psikologis, sosial, maupun spiritual pasien

a. Data Umum

Tanyakan pada pasien tentang nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, agama, suku, tanggal masuk RS dan lainnya mengenai identitas klien.

b. Keluhan Utama

Keluhan utama stroke infark yang sering menjadi alasan pasien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan tingkat kesadaran.

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Riwayat kesehatan sekarang meliputi pertanyaan berupa kapan gejala mulai muncul, apakah mendadak atau bertahap, berapa kali masalah terjadi, lokasi gangguan yang pasti, karakter keluhan. Serangan stroke infark sering kali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intrakranial. Keluhari perubahan perilaku juga umum terjadi.

d. Riwayat Penyakit Dahulu

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

e. Riwayat Penyakit Keluarga

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

f. Pemeriksaan Fisik

1) B1 (*Breath*)

Pada inspeksi didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas, dan peningkatan frekuensi pernapasan. Auskultasi bunyi napas tambahan seperti ronkhi pada klien dengan peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk yang menurun yang sering didapatkan pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma. Pada klien dengan tingkat kesadaran compos mends, pengkajian inspeksi pernapasannya tidak ada kelainan. Palpasi toraks didapatkan taktil premitus seimbang kanan dan kiri. Auskultasi tidak didapatkan bunyi napas tambahan.

2) B2 (*Blood*)

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

3) B3 (*Brain*)

Pemeriksaan 12 Saraf kranial :

- a) Saraf Olfaktorius (N. I) : saraf sensorik, untuk penciuman.
- b) Saraf Optikus (N. II) : saraf sensorik, untuk penglihatan.
- c) Saraf Okulomotorius (N. III) : saraf motorik, untuk mengangkat kelopak mata dan kontraksi pupil.
- d) Saraf troklearis (N. IV) : saraf motorik, untuk pergerakan bola mata.
- e) Saraf Trigeminalis (N. V) : saraf motorik, gerakan mengunyah, sensasi wajah, lidah dan gigi, reflek kornea dan reflek berkedip.
- f) Saraf Abdusen (N. VI) : saraf motorik, pergerakan bola mata kesamping melalui otot lateralis.
- g) Saraf Fasialis (N. VII) : saraf motorik, untuk ekspresi wajah.
- h) Saraf Vestibulokoklear (N. VIII) : saraf sensorik, untuk pendengaran dan keseimbangan.
- i) Saraf Glossofaringeus (N. IX) : saraf sensorik dan motorik, untuk sensasi rasa.
- j) Saraf Vagus (N. X) : saraf sensorik dan motorik, reflek muntah dan menelan.
- k) Saraf Asesorius (N. XI) : saraf motorik, untuk menggerakkan bahu.
- l) Saraf Hipoglosus (N. XII) : saraf motorik, untuk menggerakkan lidah.

4) B4 (*Bladder*)

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

5) B5 (*Bowel*)

Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual sampai muntah disebabkan oleh peningkatan

produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

6) B6 (Bone)

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

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan embolisme (SDKI D.0017)
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan massa otot (SDKI D.0054)
- c. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis (SDKI D.0063)
- d. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (SDKI D.0077)
- e. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral (SDKI D.0119)
- f. Resiko gangguan integritas kulit ditandai dengan tirah baring (SDKI D.0139)
- g. Resiko jatuh ditandai dengan penurunan kekuatan otot (SDKI D.0143)

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan embolisme (SDKI D0017, hal.51)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan perfusi serebral meningkat, dengan kriteia hasil: 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. TIK menurun 3. Kesadaran membaik (SLKI L.02014)	<p>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (SIKI : 1. 06198)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>) 4. Monitor CVP (<i>Central Venous Pressure</i>), jika perlu 5. Monitor PAWP, jika perlu 6. Monitor PAP, jika perlu 7. Monitor ICP (<i>Intra Cranial Pressure</i>), jika tersedia 8. Monitor CPP (<i>Cerebral Perfusion Pressure</i>) 9. Monitor gelombang ICP 10. Monitor status pernapasan 11. Monitor intake dan output cairan 12. Monitor cairan serebro- spinalis (mis. Warna, konsistensi) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Minimalkan

			<p>stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</p> <p>14. Berikan posisi semi fowler</p> <p>15. Hindari maneuver Valsava</p> <p>16. Cegah terjadinya kejang</p> <p>17. Hindari penggunaan PEEP</p> <p>18. Hindari pemberian cairan IV hipotonik</p> <p>19. Atur ventilator agar PaCO₂ optimal</p> <p>20. Pertahankan suhu tubuh normal</p> <p>Kolaborasi Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, <i>jika perlu</i></p>
2.	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan massa otot (SDKI D0054)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria</p> <p>hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Kelemahan fisik berkurang <p>(SLKI L.05042)</p>	<p>Dukungan Ambulasi (SIKI : 1.06171)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk) 6. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien

			<p>dalam meningkatkan ambulasi</p> <p>Edukasi</p> <p>8. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi</p> <p>9. Anjurkan melakukan ambulasi dini</p> <p>10. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi).</p>
3.	<p>Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis (SDKI D.0063)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan status menelan membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Refleks menelan membaik 2. Frekuensi tersedak menurun Batuk menurun <p>(SLKI L.06052)</p>	<p>Dukungan perawatan diri : makan/minum (SIKI.11351)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor diet setiap harinya (porasi bertambah ataukah kurang) 2. Monitor kemampuan menelan (dapat menelan berapa sendok) 3. Atur posisi nyaman saat minum susu/air 4. Bantu untuk meningkatkan jumlah air yang bisa ditelan 5. Jika pasien tersedak, berhenti memberi susu/air, lalu beri melalui NGT
4.	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. (SDKI D.0077)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 2x24 jam, diharapkan nyeri akut menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis 	<p>Manajemen Nyeri (SIKI : I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal

		<p>menurun</p> <p>3. Sikap protektif menurun</p> <p>4. Kesulitan tidur menurun</p> <p>5. Frekuensi nadi membaik</p> <p>(SLKI L.08066)</p>	<p>Terapeutik:</p> <p>4. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (kompres hangat atau dingin)</p> <p>5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suburuangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>6. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>Edukasi:</p> <p>7. Jelaskan penyebab, pemicu nyeri</p> <p>8. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.</p>
5.	<p>Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral</p> <p>(SDKI D.0119)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan komunikasi verbal meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan berbicara meningkat 2. Kesesuaian wajah meningkat 3. Disfasia 	<p>Promosi komunikasi defisit bicara (SIKI I.13492)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kecepatan tekanan dan diksi bicara 2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis saat bicara (misalkan memori, pendengaran dan bahasa) 3. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi <p>Terapeutik</p> <p>Gunakan metode komunikasi alternatif</p>

4. Implementasi

Tahap implementasi atau pelaksanaan merupakan tahap ke empat dari proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan (tindakan keperawatan) yang telah direncanakan dalam rencana tindakan keperawatan. Pada tahap ini, perawat harus mengetahui berbagai hal diantaranya bahaya-bahaya fisik dan perlindungan pada klien, tehnik komunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan, pemahaman tentang hak-hak dari pasien serta dalam memahami tingkat perkembangan pasien.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencanakeperawatan tercapai atau tidak. Dalam melakukan evaluasi perawat seharusnya memiliki pengetahuan dan kemampuan dalam memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil.



2.7 Analisis Jurnal Berdasarkan PICO

Tabel 2. 2 Analisa Jurnal Berdasarkan PICO

No	Judul, Penulis, Nama Jurnal	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Hasil	Kaitan dengan Skripsi
1.	<p>Judul : The Effectiveness Massage Therapy on Motoric Status among Non-Hemorrhagic Stroke Patients</p> <p>Penulis : Iga Kurnia Rohmah Rohmah</p> <p>Nama Jurnal : International Journal of Nursing and Health Services (IJHNS)</p>	<p>The study aimed to determine the effectiveness of massage therapy on motor status among non-hemorrhagic stroke patients</p>	<p>Jenis penelitian ini This study was a literature review.</p>	<p>A total of 25 journals from 7,747 published journals were identified based on inclusion and exclusion criteria. This shows massage therapy was an intervention that can be applied to improve motor status in non-hemorrhagic stroke patients and does not cause harmful effects to be carried out as an intervention. The focus form of the intervention provides feedback or information that can be on motor status. Intervention in the form of massage therapy is one of the complementary therapies that can be used by health professionals in handling and improving motor status in non-hemorrhagic stroke patients.</p>	<p>Terdapat kesamaan dalam upaya penatalaksanaan terapi pijat terhadap pasien stroke non hemoragik</p>

2.	<p>Judul : Terapi Massage Effleurage Menggunakan Virgin Coconut Oil (Vco) Untuk Mencegah Resiko Luka Tekan Pada Pasien Cva Non Hemoragik : Case Report</p> <p>Penulis : THOMAS, JEREMY</p> <p>Nama Jurnal : Repository STIKES Bethesda Yakkum</p>	<p>Terapi pijat effleurage menggunakan VCO dapat memperlancar peredaran darah dan melembabkan kulit sehingga bisa menurunkan terjadinya luka tekan pada kulit.</p>	<p>Desian penelitian menggunakan deskriptif dengan pendekatan studi kasus yang melibatkan 1 partisipan dengan Stroke Non Hemoragik</p>	<p>Hasil penerapan menunjukkan bahwa setelah dilakukan intervensi pijat effleurage menggunakan VCO, terjadi peningkatan skala Branden yaitu dari skala 9 menjadi 14 selama 6 kali intervensi dalam 3 hari. Kesimpulan : Pada pasien stroke akan mengalami kelemahan gerak atau kecacatan sehingga dapat mengakibatkan terjadinya luka tekan.</p>	<p>Terdapat kesamaan dalam intervensi pemberian terapi komplementer <i>effleurage massage</i> terhadap pasien stroke non hemoragik dengan diagnosa keperawatan yang berbeda</p>
3.	<p>Judul : Penerapan Massage Effleurage Menggunakan Virgin Coconut Oil Menurunkan Risiko Gangguan Integritas Kulit Pada Pasien Stroke Non Hemoragik</p> <p>Penulis :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angelica Tarigan • Rahayu Winarti <p>Nama Jurnal : Jurnal Praba : Jurnal Rumpun Kesehatan Umum</p>	<p>Menganalisis penanganan pasien stroke non-hemoragik melalui penerapan terapi Pijat Effleurage menggunakan Minyak Kelapa Murni (VCO) untuk mengurangi risiko gangguan integritas kulit.</p>	<p>Studi kasus ini melibatkan pasien stroke non-hemoragik yang diamati selama kunjungan rumah sakit selama tiga hari.</p>	<p>Penurunan risiko gangguan integritas kulit diamati setelah intervensi, sebagaimana dibuktikan dengan peningkatan skor Skala Braden. Kesimpulan: Pijat Effleurage menggunakan Minyak Kelapa Murni dapat berfungsi sebagai terapi komplementer yang efektif untuk mengurangi risiko gangguan integritas kulit pada pasien stroke non-hemoragik .</p>	<p>Terdapat kesamaan dalam intervensi pemberian terapi komplementer <i>effleurage massage</i> terhadap pasien stroke non hemoragik dengan diagnosa keperawatan yang berbeda</p>