



**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN STROKE ISKEMIK
PADA Ny. D DAN Tn. K DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN HAMBATAN MOBILITAS
FISIK DI RUANG MELATI RSUD
dr. HARYOTO LUMAJANG
TAHUN 2019**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh :

**Novia Lusiana
NIM 162303101089**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2019**



**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN STROKE ISKEMIK
PADA Ny. D DAN Tn. K DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN HAMBATAN MOBILITAS
FISIK DI RUANG MELATI RSUD
dr. HARYOTO LUMAJANG
TAHUN 2019**

LAPORAN TUGAS AKHIR

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Studi D3 Keperawatan
dan mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan

Oleh :

**Novia Lusiana
NIM 162303101089**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2019**

PERSEMBAHAN

Laporan Tugas Akhir ini saya persembahkan untuk:

1. Ibu Mutmainah dan Adik Fit Dwi Andini yang selalu menjadi motivator saya untuk menjalankan masa perkuliahan ini serta yang saya hormati Alm. Ayah Agus Budiono yang selalu menjadi panutan hidup saya;
2. Guru-guruku sejak taman kanak-kanak sampai dengan perguruan tinggi;
3. Almamater Fakultas Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang.

MOTO

Bukanlah Dia (Allah) yang meemperkenankan (do'a) orang yang dalam kesulitan apabila dia berdo'a kepada-Nya, dan menghilangkan kesusahan dan menjadikan kamu (manusia) sebagai khalifah (pemimpin) di bumi? apakah disamping Allah ada tuhan (yang lain)? sedikit sekali (nikmat Allah) yang kamu ingat.

(Surat *An-Naml* ayat 62*)

atau

Keberhasilan bukanlah milik orang yang pintar, tapi milik mereka yang senantiasa berusaha **)

*) Kementerian Agama Republik Indonesia. 2013. Al-Qur'an & Terjemah Al-Kaffah. Jakarta: PT. Kumudasmoro Gafindo.

***) BJ.Habibie.2018. 6 Fisolosofi Habibie untuk Kamu yang ingin sukses di Usia Muda.IDM Times

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

nama : Novia Lusiana

NIM : 162303101089

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Iskemik Pada Ny. D Dan Tn. K Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi manapun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata dikemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Lumajang, 2 Juli 2019
Yang menyatakan,

Novia Lusiana
NIM. 162303101089

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN STROKE ISKEMIK
PADA Ny. D DAN Tn. K DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN HAMBATAN MOBILITAS
FISIK DI RUANG MELATI RSUD
dr. HARYOTO LUMAJANG
TAHUN 2019**

Oleh:

**Novia Lusiana
NIM 162303101089**

Pembimbing:

Dosen Pembimbing : Achlish Abdillah, SST., M.Kes

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan Tugas Akhir berjudul “Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Iskemik Pada Ny. D Dan Tn. K Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019” telah disetujui pada:

hari, tanggal : Selasa, 2 Juli 2019

tempat : Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan
Universitas Jember

Dosen Pembimbing,

Achlish Abdillah, SST., M.Kes
NIP. 19720323 200003 1 003

PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Iskemik Pada Ny. D Dan Tn. K Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019” karya Novia Lusiana telah diuji dan disahkan pada:

hari, tanggal : Minggu, 14 Juli 2019

tempat : Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan
Universitas Jember

Ketua Penguji,

Arista Maisyaroh, S.Kep.Ners., M.Kep
NIP. 198205282 011012 013

Anggota I,

Anggota II,

Musviro, S.Kep.Ns., M.Kes
NRP. 760017243

Achlish Abdillah, SST., M.Kes
NIP. 19720323 200003 1 003

Mengesahkan,
Koordinator Program Studi
D3 Keperawatan Universitas Jember

Nurul Hayati, S.Kep. Ners., MM.
NIP. 19650629 198703 2 008

RINGKASAN

Asuhan Keperawatan Pada Ny. D dan Tn. K Dengan Penyakit Stroke Iskemik Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019; Novia Lusiana, 162303101089; 2019; xvi-125 halaman; Prodi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Penyakit Stroke Iskemik merupakan gangguan pada fungsi otak yang terjadi secara tiba-tiba, yang dapat menyebabkan penurunan kesadaran ataupun penurunan fungsi neurologi lainnya, yang terjadi lebih dari 24 jam dimana penyebabnya adalah gangguan sirkulasi aliran darah ke otak. Disebabkan oleh karena adanya oklusi yang terjadi akibat pembentukan trombus. Serangan Stroke Iskemik biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis sehingga terjadi hemiparesis dan hemiplegia. pada kekuatan ototnya akan berdampak pada aktivitas sehari-harinya, sehingga klien akan mengalami hambatan mobilitas fisik.

Metode penulisan ini adalah laporan kasus kasus terhadap 2 klien penyakit stroke iskemik dengan diagnosis keperawatan hambatan mobilitas fisik yang memenuhi kriteria partisipan dan menggunakan teknik wawancara, observasi, dan dokumentasi terhadap, serta dilakukan pengambilan laporan kasus selama 3 hari pada klien 1 dan klien 2.

Hasil studi kasus yang dilakukan penulis setelah melakukan asuhan keperawatan pasien stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik, intervensi yang dilakukan pengaturan posisi, terapi latihan mobilitas pergerakan sendi, terapi latihan ambulasi, terapi latihan kontrol otot, dan perawatan tirah baring. Didapatkan hasil tujuan tercapai pada pasien 1, sedangkan pada pasien 2 menunjukkan hasil tujuan tercapai sebagian karena saat dilakukan evaluasi keseimbangan tubuh belum tercapai. Hal ini menunjukkan bahwa latihan terapi *range of motion* dapat membantu mengurangi masalah hambatan mobilitas fisik pada pasien stroke iskemik.

Perawat juga diharapkan mampu memberikan proses asuhan keperawatan stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik, dengan latihan *range of motion* yang dilakukan selama 2 kali sehari. Hasil ini bisa digunakan sebagai data dasar bagi penulis selanjutnya agar lebih mengembangkan intervensi tambahan *range of motion* dengan memperhatikan kontraindikasi.

SUMMARY

A Nursing Care on Ischemic Stroke Clients Mrs. D and Mr. K under Nursing Problem of Impaired Physical Mobility in Melati Room of RSUD Dr. HaryotoLumajang 2019; Novia Lusiana. 162303101089; 2019; xvi-125 pages; Diploma Program of Nursery; University of Jember.

Ischemic stroke refers to a disorder which attacks to brain function that comes in sudden. This disease can cause to awareness decrease or other neurological functions decline. It is affected by occlusion that occurred because of thrombus formation. The ischemic stroke is commonly found on elderly people in the middle of sleeping or waking up from bed. This disease attack occurs because of decline of sympathetic activities, which then causes to hemiparesis and hemiplegia on the muscle capability. This condition will impact to problem of Impaired Physical Mobility on the clients', that might disturb their daily activities,

This research exerts design of case study on two clients of ischemic stroke who have nursing diagnosis of Impaired Physical Mobility who fulfill criteria of research participant. The research data is collected through techniques of interview, observation, and documentation study. Further, the data of this case study is taken along three days on the client 1 and client 2.

After the nursing care is implemented on the ischemic stroke clients under nursing problem of Impaired Physical Mobility, particularly it covers to position arrangement, therapy of joints movement mobilityexercise, therapy of ambulation exercise, therapy of muscle control exercise, and bed rest. the nursing objectives can be achieved on the client 1 and only some objectives on the client 2, since the body stability of client 2 has not achieved yet when the evaluation of nursing care. This result indicates that the range of motion therapy is able to help reducing problems of Impaired Physical Mobility on the ischemic stroke clients.

Last, the researcher suggests to the nurse to be able to give nursing intervention on the clients of ischemic stroke under problem of Impaired Physical Mobility, by training the clients to do range of motion therapy twice a day. Next, this result of nursing intervention can be employed as basic references for the next researchers to be able to develop more about further nursing intervention of range of motion and consider the contraindication from this therapy.

PRAKATA

Puji syukur ke hadirat Allah SWT. atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan tugas akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Iskemik Pada Ny. D Dan Tn. K Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019”. Laporan tugas akhir ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan diploma tiga (D3) Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Penyusunan laporan tugas akhir ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Drs. Moh. Hasan, M. Sc., Ph. D., selaku Rektor Universitas Jember;
2. Ibu Lantin Sulistyorini, S. Kep. Ners., M. Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
3. Ibu Nurul Hayati, S. Kep. Ners., MM., selaku Koordinator Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember;
4. Bapak Achlish Abdillah, SST. M.Kes selaku Dosen Pembimbing yang telah meluangkan waktu, pikiran, dan perhatian dalam penulisan karya tulis ilmiah ini;
5. Bapak Dr. Suhari, A. Per. Pen., MM selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah membimbing selama penulis menjadi mahasiswa;
6. Ibu Mutmainah yang telah memberikan dorongan dan doanya dengan terselesaikan karya tulis ilmiah ini, Alm. Ayah Agus Budiono yang selalu menjadi panutut bagi saya
7. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

Penulis juga menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan laporan tugas akhir ini. Akhirnya penulis berharap, semoga laporan tugas akhir ini dapat bermanfaat.

Lumajang, Maret 2019

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
SAMPUL	i
JUDUL	ii
PERSEMBAHAN	iii
MOTO	iv
PERNYATAAN	v
PERSETUJUAN PEMBIMBING	vii
PENGESAHAN	viii
RINGKASAN	ix
SUMMARY	x
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penulisan	5
1.4 Manfaat	5
1.4.1 Bagi Instansi	5
1.4.2 Bagi Rumah Sakit	5
1.4.3 Bagi Penulis	6
1.4.4 Bagi Keluarga dan Pasien	6
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Dasar Stroke Iskemik	7
2.1.1 Definisi.....	7
2.1.2 Etiologi.....	7
2.1.3 Faktor resiko	8
2.1.4 Manifestasi Klinik.....	8
2.1.5 Klasifikasi	10
2.1.6 Patofisiologi	12
2.1.7 Penatalaksanaan	15
2.1.8 Komplikasi.....	18
2.2 AsuhanKeperawatan	19
2.2.1 Pengkajian.....	19
2.2.2 Diagnosa	30
2.2.3 Intervensi	33
2.2.4 Implementasi.....	36
2.2.5 Evaluasi.....	38
BAB 3. METODE PENELITIAN	40
3.1 Desain Penelitian	40
3.2 Batasan Istilah	40

3.2.1 Asuhan Keperawatan	40
3.2.2 Klien Stroke Iskemik Masalah Hambatan Mobilitas Fisik	40
3.3 Partisipan.....	41
3.4 Lokasi dan Waktu.....	42
3.4.1 Lokasi.....	42
3.4.2 Waktu.....	42
3.5 Pengumpulan Data.....	42
3.5.1 Proses	42
3.5.2 Teknik	43
3.6 Uji Keabsahan Data.....	43
3.6.1 Kredibilitas.....	43
3.6.2 Transferabilitas atau Keteralihan Data	44
3.6.3 Dependabilitas (Ketergantungan)	44
3.6.4 Konfirmabilitas	44
3.7 Analisa Data	44
3.7.1 Pengumpulan Data	45
3.7.2 Mereduksi Data.....	45
3.7.3 Penyajian Data	45
3.7.4 Kesimpulan	45
3.8 Etika Penelitian	46
3.8.1 Lembar Persetujuan Penelitian	46
3.8.2 <i>Confidentiality</i>	46
3.8.3 <i>Confidentially</i>	46
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN	47
4.1 Gambaran Lokasi Laporan Kasus.....	47
4.2 Hasil dan Pembahasan	47
4.2.1 Pengkajian.....	73
4.2.2 Daftar dan Prioritas Diagnosa Keperawatan.....	73
4.2.3 Penyusunan Rencana Keperawatan	74
4.2.4 Implementasi Keperawatan.....	78
4.2.4 Evaluasi Keperawatan.....	78
BAB 5. PENUTUP.....	88
5.1 Kesimpulan.....	88
5.1.1 Pengkajian.....	88
5.1.2 Diagnosa	88
5.1.3 Intervensi	89
5.1.4 Implementasi.....	89
5.1.5 Evaluasi.....	89
5.2 Saran	90
5.2.1 Bagi Penulis	90
5.2.2 Bagi Keluarga	90
5.2.3 Bagi Rumah Sakit	90
5.2.4 Bagi Peneliti Selanjutnya.....	90
DAFTAR PUSTAKA	91

DAFTAR TABEL

	Halaman
4.1 Identitas Partisipan Stroke Iskemik	48
4.2 Identitas Penanggung Jawab Partisipan Stroke Iskemik	48
4.3 Keluhan Utama Partisipan Stroke Iskemik.....	49
4.4 Riwayat Penyakit Partisipan Stroke Iskemik.....	50
4.5 Pola Persepsi dan Tatalaksana Kesehatan Partisipan Stroke Iskemik	51
4.6 Pola Nutrisi Metabolik Partisipan Stroke Iskemik	52
4.7 Pola Eliminasi Partisipan Stroke Iskemik.....	52
4.8 Pola Tidur dan Istirahat Partisipan Strok Iskemik	53
4.9 Pola Aktivitas dan Kebersihan Diri Partisipan Stroke Iskemik	54
4.10 Pola Pengetahuan dan Persepsi Sensori Partisipan Stroke Iskemik	55
4.11 Pola Hubungan Interpersonal dan Peran Partisipan Stroke Iskemik	56
4.12 Pola Konsep Diri Partisipan Stroke Iskemik	57
4.13 Pola Reproduksi dan Seksual Partisipan Stroke Iskemik	58
4.14 Pola Penanggulangan Stress/Mekanisme Koping Partisipan Stroke Iskemik	59
4.15 Pola Tata Nilai dan Kepercayaan Partisipan Stroke Iskemik	59
4.16 Pemeriksaan Fisik Partisiapan Stroke Iskemik.....	60
4.17 Pemeriksaan Fisik Partisiapan Stroke Iskemik.....	60
4.18 Data Sistem Muskuloskeletal Stroke Iskemik	63
4.19 Data Sistem Neurologis Stoke Iskemik	64
4.20 Data Penunjang Partisiapan Stroke Iskemik.....	67
4.21 Terapi farmakologis Partisipan Stroke Iskemik	70
4.22 Analisa Data Partisipan Stroke Iskemik	71
4.23 Batasan Karakteristik Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Partisipan Stroke Iskemik	72
4.24 Daftar dan Prioritas Diagnosa Keperawatan Partisipan Stroke Iskemik	73
4.25 Rencana Keperawatan Partisipan Stroke Iskemik	74
4.26 Implementasi Keperawatan Masalah Hambatan Mobilitas Fisik Pada Pasien 1	78
4.27 Implementasi Keperawatan Masalah Hambatan Mobilitas Fisik Pada Pasien 2	80
4.28 Evaluasi Keperawatan Masalah Hambatan Mobilitas Fisik Pada Pasien 1 .	84
4.29 Evaluasi Keperawatan Masalah Hambatan Mobilitas Fisik Pada Pasien 2 .	85

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Patofisiologi dan Masalah Keperawatan Stroke.....	14

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
3. 1 Jadwal Penyelenggaraan Karsya Tulis Ilmiah	93
3. 2 Lembar Pemberitahuan Melakukan Penelitian	94
3. 3 Surat Izin Pengambilan Data	96
3. 4 <i>Informed Consent</i>	97
4. 1 Panduan Pengkajian.....	99
4. 2 Satuan Acara Penyuluhan	103
4. 3 SOP <i>Range Of Motion</i>	114
4. 4 Discharge Planning	118
4. 5 Lembar Konsul	119

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Serangan otak merupakan istilah kontemporer untuk stroke atau cedera serebrovaskular yang mengacu kepada gangguan suplai darah ke otak secara mendadak sebagai akibat dari oklusi pembuluh darah parsial atau total, atau akibat pecahnya pembuluh darah otak. Gangguan pada aliran darah ini akan mengurangi suplai oksigen, glukosa, dan nutrien lain ke bagian otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang terkena dan mengakibatkan gangguan pada sejumlah fungsi otak (Chang, 2009).

Menurut davenport dan dennis (2000) dalam Kabi (2015) secara garis besar stroke dapat dibagi menjadi dua bagian yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik. Di Negara barat dari seluruh penderita stroke yang terdata, 80% merupakan jenis stroke iskemik sementara sisanya merupakan jenis stroke hemoragik. Stroke iskemik adalah gangguan pada fungsi otak yang terjadi secara tiba-tiba, yang dapat menyebabkan penurunan kesadaran ataupun penurunan fungsi neurologi lainnya, yang terjadi lebih dari 24 jam dimana penyebabnya adalah gangguan sirkulasi aliran darah ke otak (Frotscher & Mathias, 2010). Hipoksia yang berlangsung lama dapat menyebabkan iskemik otak, iskemik yang terjadi dalam waktu yang singkat kurang dari 10-15 menit dapat menyebabkan defisit sementara dan bukan defisit permanen. sebangkan iskemik yang terjadi dalam waktu yang lama dapat menyebabkan sel mati permanen dan mengakibatkan infark pada otak (Batticaca, 2012).

Infark terjadi dibagian peredaran darah arteri serebri anterior menyebabkan hemiparesis dan hemilegia kontralateral yang terutama melibatkan tungkai (Dewanto, *et al.*, 2009). Gangguan fisiologis yang dapat terjadi seperti: kontraktur, penurunan rentang gerak sendi, gangguan fungsional, dan gangguan mobilitas (Ginsberg, 2008).

Faktor yang memicu tingginya angka kejadian stroke iskemik adalah faktor yang tidak dapat dimodifikasi (non-modifiable risk factors) seperti usia, ras

gender, genetik, dan riwayat transient ischemic attack atau stroke sebelumnya. Sedangkan faktor yang dimodifikasi (modifiable risk factors) berupa hipertensi, merokok, penyakit jantung, diabetes, obesitas, penggunaan oral kontrasepsi, alkohol, hiperkolesterolemia (Kabi, *et al.*, 2015). Stroke dapat berdampak pada berbagai fungsi tubuh. Umumnya, stroke dapat mengakibatkan lima tipe ketidakmampuan, yaitu 1) paralisis atau masalah mengontrol gerakan, 2) gangguan sensori, termasuk nyeri, 3) masalah dalam menggunakan atau mengerti bahasa, 4) masalah dalam berpikir dan memori, dan 5) gangguan emosional.

Data World Health Organization (WHO) tahun 2012 menunjukkan sekitar 31% dari 56,5 juta orang atau 17,7 juta orang di seluruh dunia meninggal akibat penyakit jantung dan pembuluh darah. Dari seluruh kematian akibat penyakit kardiovaskuler, sebesar 7,4 juta disebabkan oleh Penyakit Jantung Koroner, dan 6,7 juta disebabkan oleh stroke.

Jumlah penderita penyakit stroke di Indonesia tahun 2013 berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan (Nakes) diperkirakan sebanyak 1.236.825 orang (7,0‰), sedangkan berdasarkan diagnosis Nakes/gejala diperkirakan sebanyak 2.137.941 orang (12,1‰). Pada daerah Jawa Timur tahun 2013 berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan (Nakes) diperkirakan sebanyak 190.449 orang (6,6‰), sedangkan berdasarkan diagnosis Nakes/gejala diperkirakan sebanyak 302.987 orang (10,5‰) (Rikesdas, 2013). Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan peneliti pada bulan Juli tahun 2018 di Ruang Melati RSUD dr.Haryoto Lumajang didapatkan jumlah penderita Stroke pada Januari sampai Mei 2017 yaitu 56 pasien, sedangkan pada 1 Januari sampai 17 Juli 2018 adalah 175 orang, serta jumlah stroke iskemik mulai bulan Januari sampai Juni 2018 yaitu 51 pasien dan sisanya stroke secara umum tanpa identifikasi stroke hemoragic maupun iskemik.

Iskemik pada otak akan mengakibatkan perubahan pada sel neuron otak secara bertahap. Tahap pertama diawali dengan penurunan aliran darah sehingga menyebabkan sel-sel neuron akan kekurangan oksigen dan nutrisi. Hal ini menyebabkan kegagalan metabolisme dan penurunan energi yang dihasilkan oleh sel neuron tersebut. Sedangkan pada tahap II, ketidakseimbangan suplai dan

kebutuhan oksigen tersebut memicu respon inflamasi dan diakhiri dengan kematian sel serta apoptosis terhadapnya. Proses cedera pada susunan saraf pusat ini menyebabkan berbagai hal, antara lain gangguan permeabilitas pada sawar darah otak, kegagalan energy, hilangnya homestasis ion sel, asidosis, peningkatan kalsium akstrasel, dan toksisitas yang dipicu oleh keberadaan radikal bebas (Yasmara et al., 2016).

Setiap kondisi yang menyebabkan perubahan perfusi darah pada otak akan menyebabkan keadaan hipoksia. Hipoksia yang berlangsung lama dapat menyebabkan iskemik otak, iskemik yang terjadi dalam waktu yang singkat kurang dari 10-15 menit dapat menyebabkan defisit sementara dan bukan defisit permanen. Sedangkan iskemik yang terjadi dalam waktu yang lama dapat menyebabkan sel mati permanen dan mengakibatkan infark pada otak. Jika aliran darah ke tiap bagian otak terhambat karena trombus atau emboli, maka mulai terjadi kekurangan suplai oksigen ke jaringan otak. Kekurangan oksigen dalam satu menit dapat menunjukkan gejala yang dapat pulih seperti kehilangan kesadaran, sedangkan kekurangan oksigen dalam waktu yang lebih lama menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron-neuron, area yang mengalami nekrosis disebut infark (Batticaca, 2012).

Tanda dan gejala pada klien stroke biasanya mengalami gangguan atau kesulitan saat berjalan karena mengalami gangguan pada kekuatan otot dan keseimbangan tubuh. Seseorang yang mengalami gangguan gerak atau gangguan pada kekuatan ototnya akan berdampak pada aktivitas sehari-harinya, sehingga klien akan mengalami hambatan mobilitas fisik. Untuk mencegah terjadinya komplikasi penyakit lain, maka perlu dilakukan latihan mobilisasi. Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan kemandirian diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit khususnya penyakit degeneratif dan untuk aktualisasi diri (Pradana M. d., 2016). Mengalami gangguan gerak atau gangguan pada kekuatan ototnya akan berdampak pada aktivitas sehari-harinya. Untuk mencegah terjadinya komplikasi penyakit lain maka perlu dilakukan latihan

mobilisasi. Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan kemandirian diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit khususnya penyakit degeneratif dan untuk aktualisasi diri (harga diri dan citra tubuh) (Mubarak, Lilis, Joko, 2015 dalam Pradana, 2016).

Penatalaksanaan medis dari stroke iskemik yaitu dengan konservatif dan pembedahan. Pengobatan konservatif dapat diberikan obat-obatan Antikoagulan, Jenis obat golongan ini adalah *unfractionated heparin (UFH)* dan *Lower Molecular Weight Heparin (LMWH)*, *Antiplatelet (Aspirin)*, *Antihipertensi*, Obat Neuroprotektif. Beberapa jenis obat yang sering digunakan seperti *citicoline*, *flunarizine*, *statin*, atau *pentoxifylline* (Presley, 2014).

Kolaboratif konsultasi dengan ahli terapi fisik mengenai latihan aktif, resistif, dan ambulasi klien. Membantu dengan pemberian stimulasi elektrik-unik stimulator saraf elektrik transkutaneus (TENS), sesuai indikasi dan beri relaksan otot dan antispasmodic sesuai indikasi, seperti baklofen dan dantrolen (Yasmara *et al.*, 2016). NIC Intervensi menurut Judith M., (2016) yaitu: Promosi Mekanika Tubuh, Promosi Latihan Fisik, Terapi Latihan Fisik (Latihan Kekuatan, ambulasi, keseimbangan, mobilitas sendi, pengendalian otot, mengatur posisi), bantuan perawatan diri. Meningkatkan perawatan bagi pasien stroke guna meminimalkan terjadinya kecacatan fisik dan ketergantungan pasien stroke dalam memenuhi kebutuhannya sehari-hari. Kegiatan yang bisa ditawarkan seperti kemampuan mobilitas dan rentang gerak (*Range Of Motion*).

Prinsip dasar latihan ROM adalah ROM harus diulang sekitar 8 kali dan dikerjakan minimal 2 kali sehari, ROM dilakukan perlahan dan hati – hati agar tidak melelahkan pasien. Dalam merencanakan program latihan ROM, perhatikan umur pasien, diagnose, tanda vital, dan lamanya tirah baring, ROM aktif ataupun pasif sering diprogramkan oleh dokter dan dikerjakan oleh fisioterapi atau perawat. Bagian – bagian tubuh yang dapat dilakukan ROM adalah leher, jari, lengan, siku, bahu, tumit, kaki, dan pergelangan kaki. ROM dapat dilakukan pada semua persendian atau hanya pada bagian-bagian yang dicurigai mengalami

proses penyakit (Suratun *et al.*, 2008). Sehingga dapat disimpulkan active asistive Range Of Motion efektif terhadap kekuatan otot ekstermitas pada pasien stroke non hemoragik di RSUD Tugurejo Semarang (Ariyanti, Ismonah, & Hendrajaya, 2013).

Perawat dalam hal ini juga diharapkan mengoptimalkan peran dalam pencegahan kekambuhan atau rehabilitasi seperti penyuluhan. Untuk meningkatkan pengetahuan keluarga tentang pentingnya program Rehabilitasi Medik bagi pasien stroke sehingga keluarga lebih mengoptimalkan perawatan pada program Rehabilitasi Medik pada pasien stroke.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan Pasien Stroke iskemik Pada Ny. D dan Tn. K dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Rumah Sakit Umum dr.Haryoto Lumajang Pada Tahun 2019 ?

1.3 Tujuan Penulisan

Melakukan eksplorasi pada pasien yang mengalami stroke iskemik pada Ny. D dan Tn. K dengan masalah keperawatan Hambatan mobilitas fisik di Rumah Sakit Umum dr.Haryoto Lumajang Pada Tahun 2019.

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi Instansi

Dapat digunakan sebagai referensi atau informasi dalam pengembangan serta peningkatan mutu dan kualitas pendidikan tentang asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami stroke iskemik dengan hambatan mobiltas fisik.

1.4.2 Bagi Rumah Sakit

Sebagai penyebaran informasi terkait stroke iskemik dan sebagai dasar untuk melakukan promosi kesehatan dalam menanggulangi penyakit tidak menular khususnya stroke.

1.4.3 Bagi Penulis

Melatih penulis untuk menyusun hasil pemikiran asuhan keperawatan dan penelitian yang telah dilakukan yang selanjutnya dituangkan kedalam Karya Tulis Ilmiah.

1.4.4 Bagi Keluarga dan Pasien

Sebagai saran untuk memperoleh pengetahuan tentang stroke iskemik beserta penatalaksanaanya.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab ini, penulis memaparkan literatur review yang dijadikan sebagai sumber kepustakaan yang sesuai dengan permasalahan yang dibahas dalam penulisan studi kasus yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Iskemik dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD. dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019”.

2.1 Konsep Dasar Stroke Iskemik

2.1.1 Definisi

Stroke iskemik yaitu tersembatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti (Nurarif & Kusuma, 2016).

Stroke iskemik merupakan gangguan pada fungsi otak yang terjadi secara tiba-tiba, yang dapat menyebabkan penurunan kesadaran ataupun penurunan fungsi neurologi lainnya, yang terjadi lebih dari 24 jam dimana penyebabnya adalah gangguan sirkulasi aliran darah ke otak (Anurogo, 2014).

Stroke iskemik adalah stroke yang disebabkan oleh karena adanya oklusi yang terjadi akibat pembentukan trombus. Resiko diatas 55 tahun Wanita lebih tinggi dibanding laki-laki (Munir, 2015).

2.1.2 Etiologi

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemia jaringan otak yang dapat menimbulkan oedema dan kongesti di sekitarnya. Trombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan ischemic cerebral. Tanda dan gejala sering kali membentuk pada 48 jam Setelah trombosis.

Beberapa keadaan di bawah ini dapat menyebabkan trombosis otak :

a. Aterosklerosis

- b. Hiperkoagulasi pada polisitemia
- c. Arteritis (radang pada arteri)
- d. Emboli (Muttaqin, 2012)

Menurut Ida dan Nila (2009) dalam Sari D. P., (2017), stroke non hemoragic merupakan stroke yang terjadi akibat adanya bekuan atau sumbatan pada pembuluh darah otak yang dapat disebabkan oleh tumpukan thrombus pada pembuluh darah otak, sehingga aliran darah ke otak menjadi terhenti.

2.1.3 Faktor resiko

Faktor resiko menurut Stockslager Buss (2013) antara lain:

- a. Hipertensi, penyakit jantung
- b. Riwayat keluarga penderita stroke
- c. Riwayat mengalami serangan iskemik transien
- d. Diabetes, hiperlipidemia
- e. Merokok sigaret, asupan alkohol yang meningkat
- f. Obesitas, gaya hidup yang kurang gerak
- g. Penggunaan kontrasepsi hormonal

2.1.4 Manifestasi Klinik

Manifestasi klinis bergantung pada neuroanatomi dan vaskularisasinya. gejala klinis dan defisit neurologis yang ditemukan berguna untuk menilai lokasi iskemi.

- a. Gangguan peredaran darah arteri serebri anterior menyebabkan hemiparesis dan hemiplegia kontralateral yang terutama melibatkan tungkai.
- b. Gangguan peredaran darah arteri serebri media menyebabkan hemiparesis dan hemiplegia kontralateral yang terutama mengenai lengan disertai gangguan fungsi Luhur berupa afasia (bila mengenai area otak dominan) atau *hemispatial neglect* (bila mengenai area otak non dominan).
- c. Gangguan peredaran darah arteri cerebri posterior menimbulkan hernia homonim atau kuadrantanopsi kontralateral tanpa disertai gangguan motorik maupun sensorik. gangguan daya ingat terjadi bila terjadi infark Pada lobus

temporalis medial. Aleksia tanpa agrafia timbul bila infark terjadi pada korteks visual dominan dan splenium corpus Kalosum. agnosia dan prosopagnosia (ketidakmampuan mengenali wajah) timbul akibat infark pada korteks temporooksvitalis inferior.

d. Gangguan peredaran darah batang otak menyebabkan gangguan saraf kranial seperti di diploopia dan vertigo gangguan cerebral seperti ataksia atau hilang keseimbangan atau penurunan kesadaran.

e. Infark lakunar merupakan infark kecil dengan klinis gangguan murni motorik atau sensorik tanpa di sertai gangguan fungsi luhur (Dewanto, *et al.*, 2009).

Menurut Smeltzer (2001) dalam Ariani (2012) manifestasi klinis stroke adalah sebagai berikut:

a. Defisit lapang penglihatan

1) Homonimus hemianopsia (kehilangan setengah lapang penglihatan)

Tidak menyadari orang atau objek di tempat kehilangan, penglihatan mengabaikan salah satu sisi tubuh, kesulitan menilai jarak.

2) Kehilangan penglihatan perifer

Kesulitan melihat pada malam hari, tidak menyadari objek atau batas objek

3) Diploopia

Penglihatan ganda.

b. Defisit motorik

1) Hemiparesis

Kelemahan wajah, lengan, dan kaki pada sisi yang sama. Paralis wajah (karena lesi pada hemisfer yang berlawanan).

2) Ataksia

Berjalan tidak mantap, tegak. Tidak mampu menyatukan kaki, perlu dasar berdiri yang luas.

3) Disartria

Kesulitan dalam membentuk kata.

4) Disfagia

Kesulitan dalam menelan.

c. Defisit verbal

1) Afasia ekspresif

Tidak mampu membentuk kata yang dapat dipahami, mungkin mampu bicara dalam respons kata tunggal.

2) Afasia reseptif

Tidak mampu memahami kata yang dibicarakan, mampu berbicara tetapi tidak masuk akal.

3) Alasia global

Kombinasi baik afasia reseptif dan ekspresif.

d. Defisit kognitif

Penderita stroke akan kehilangan memori jangka pendek dan panjang, penurunan lapang perhatian, kerusakan kemampuan untuk berkonsentrasi, alasan abstrak buruk, dan perubahan penilaian.

e. Defisit emosional

Penderita akan mengalami kehilangan kontrol diri, labilitas emosional, penurunan toleransi pada situasi yang menimbulkan stres, depresi, menarik diri, rasa takut, bermusuhan dan marah, serta perasaan isolasi.

2.1.5 Klasifikasi

Klasifikasi stroke menurut Batticaca (2012) yaitu:

a. Stroke iskemik (infark atau kematian jaringan). Serangan sering terjadi pada usia 50 tahun atau lebih dan terjadi pada malam hingga pagi hari.

1) Trombosis pada pembuluh darah otak (*trombosis of cerebral vessels*).

2) Emboli pada pembuluh darah otak (*embolime of cerebral vessels*).

b. Stroke hemoragik (perdarahan). serangan sering terjadi pada usia 20-60 tahun dan biasanya timbul setelah beraktivitas fisik atau psikologis (mental).

1) Perdarahan intraserebral (*parenchymatous hemorrhage*)

Gejalanya:

a) Tidak jelas, kecuali nyeri kepala hebat karena hipertensi.

b) Serangan terjadi pada siang hari, saat beraktivitas, dan emosi atau marah.

- c) Mual muntah pada permulaan serangan.
- d) Hemiparesis atau hemiplegia terjadi sejak awal serangan.
- e) Kesadaran menurun dengan cepat dan menjadi koma (65% terjadi kurang dari ½ jam – 2 jam; >2% terjadi setelah 2 jam – 19 hari).

2) Perdarahan subaraknoid (*subarachnoid hemorrhage*)

Gejalanya:

- a) Nyeri kepala hebat dan mendadak
- b) Kesadaran sering terganggu dan sangat bervariasi
- c) Ada gejala atau tanda meningeal
- d) Papiledema terjadi bila ada perdarahan subaraknoid karena pecahnya aneurisma pada arteri komunikans anterior atau arteri karotis interna.

Klasifikasi Menurut Yasmara (2017)

a. Stroke Iskemik

Stroke iskemik yang terjadi akibat obstruksi atau bekuan di satu atau lebih arteri besar pada sirkulasi serebrum. Obstruksi dapat disebabkan oleh bekuan (trombus) yang terbentuk didalam pembuluh darah otak atau pembuluh darah organ distal. Terdapat beragam penyebab stroke trombotik dan embolik primer termasuk aterosclerosis, arteritis, keadaan hiperkoagulasi dan penyakit jantung struktural. Penyebab lain stroke iskemik adalah vasospasme yang sering merupakan respons vaskuler reaktif terhadap perdarahan ke dalam ruang antara araknoid dan piameter meningen. Sebagian stroke iskemik tidak menimbulkan nyeri, karena jaringan otak tidak peka terhadap nyeri. Namun, pembuluh darah besar dileher dan batang otak memiliki banyak reseptor nyeri sehingga cedera pada pembuluh-pembuluh darah ini saat serangan iskemik dapat menimbulkan nyeri kepala.

b. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik terjadi sekitar 20 % dari seluruh kasus stroke. Pada stroke ini, lesi vaskuler intraserebrum mengalami ruptur sehingga terjadi perdarahan di subaraknoid atau langsung ke dalam jaringan otak. Perdarahan dapat secara cepat menimbulkan gejala neurogenik karena tekanan pada struktur-struktur saraf di

dalam tengkorak. Biasanya stroke hemoragik secara cepat menyebabkan kerusakan fungsi otak dan kehilangan kesadaran (Yasmara, 2017).

2.1.6 Patofisiologi

Iskemik pada otak akan mengakibatkan perubahan pada sel neuron otak secara bertahap. Tahap pertama diawali dengan penurunan aliran darah sehingga menyebabkan sel-sel neuron akan kekurangan oksigen dan nutrisi. Hal ini menyebabkan kegagalan metabolisme dan penurunan energi yang dihasilkan oleh sel neuron tersebut. Sedangkan pada tahap II, ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen tersebut memicu respons inflamasi dan diakhiri dengan kematian sel secara apoptosis terhadapnya.

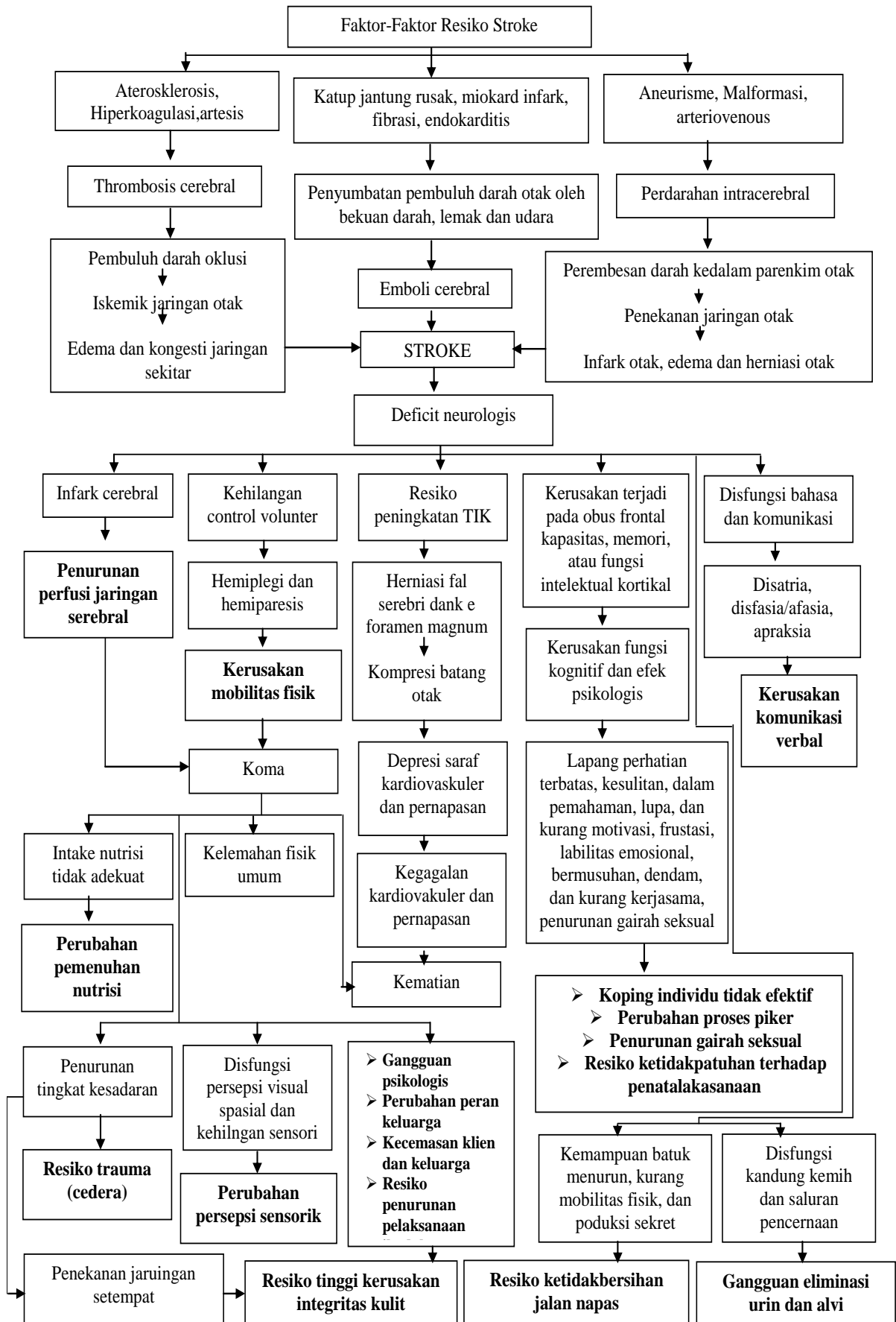
Proses pada susunan saraf pusat ini menyebabkan berbagai hal, antara lain gangguan permeabilitas pada saraf darah otak, kegagalan energi, hilangnya homeostasis ion sel, asidosis, peningkatan kalsium ekstrasel, dan toksisitas yang dipicu oleh keberadaan radikal bebas (Yasmara, 2016).

Infark serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Sampai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (trombus, emboli, perdarahan, dan spasme vaskular) atau karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung). Aterosklerosis sering sebagai faktor penyebab infark pada otak. Trombus dapat berasal dari plak arterosklerotik, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, tempat aliran darah mengalami pelambatan atau terjadi turbulensi (Muttaqin, 2008).

Trombus dan emboli di dalam pembuluh darah akan terlepas dan terbawa hingga terperangkap dalam pembuluh darah distal, lalu menyebabkan pengurangan aliran darah yang menuju ke otak sehingga sel otak akan mengalami kekurangan nutrisi dan juga oksigen, sel otak yang mengalami kekurangan oksigen dan glukosa akan menyebabkan asidosis lalu asidosis akan mengakibatkan natrium, klorida, dan air masuk ke dalam sel otak dan kalium meninggalkan sel otak sehingga terjadi edema setempat. Kemudian kalsium akan masuk dan

memicu serangkaian radikal bebas sehingga terjadi perusakan membran sel lalu mengkerut dan tubuh mengalami defisit neurologis lalu mati (Esther, 2010).

Jika aliran darah ke tiap bagian otak terhambat karena trombus atau emboli, maka mulai terjadi kekurangan suplai oksigen ke jaringan otak. Kekurangan oksigen dalam satu menit dapat menunjukkan gejala yang dapat pulih seperti kehilangan kesadaran. Sedangkan kekurangan oksigen dalam waktu yang lebih lama menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron-neuron area yang mengalami nekrosis disebut infark (Batticaca, 2008).



Gambar 2. 1 Patofisiologi dan Masalah Keperawatan Stroke (Muttaqin, 2012).

2.1.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan stroke iskemik menurut Jaime Stockslager Buss (2013) yaitu:

- a. Terapi trombolitik (aktivator plasminogen jaringan, alteplase) dalam 3 jam pertama setelah onset gejala untuk menghancurkan bekuan, membuang oklusi, dan memperbaiki aliran darah. Meminimalkan kerusakan otak (kecuali jika dikontraindikasikan).
- b. Terapi antikoagulan (heparin, warfarin) untuk mempertahankan patensi pembuluh darah dan mencegah terbentuknya bekuan (diberikan 24 jam Setelah terapi trombolitik)
- c. Penyekat beta adrenergik atau pasta nitrogliserin, sesuai indikasi, untuk menangani hipertensi
- d. Agen-agen antitrombotik (seperti aspirin) saat keluar rumah sakit untuk mencegah terjadinya stroke berikutnya
- e. Endarterektomi karotis untuk membuka sebagian (lebih dari 70%) arteria carotis yang tersumbat, atau angioplasti transluminal perkutan atau insersi bidai (stent) untuk membuka pembuluh darah yang tersumbat.

Penatalaksanaan Stroke iskemik menurut Dewanto, Et all (2009):

Umum

- a. Nutrisi
- b. Hidrasi intravena: koreksi dengan NaCl 0,9% jika hipovolemik
- c. Hiperglikemia: koreksi dengan insulin skala luncur. Bila stabil, beri insulin regular subkutan.
- d. Neurorehabilitasi dini: stimulasi dini secepatnya dan fisioterapi gerak anggota badan aktif maupun pasif.
- e. Perawatan kandung kemih: Kateter menetap hanya pada keadaan khusus (kesadaran menurun, demensia, dan afasia global).

Khusus

- a. Terapi spesifik stroke iskemik akut:

- 1) Trombolisis rt-PA intravena/intraarterial pada ≤ 3 jam setelah awitan stroke dengan dosis 0,9 mg/kg (maksimal 90 mg).Sebanyak 10% dosis awal diberi sebagai bentuk bolus, sisanya dilanjutkan melalui infus dalam waktu 1 jam.
- 2) Obat Neuroprotektif
- b. Trombosis vena dalam;
 - 1) Heparin 5000 unit/12 jam selama 5-10 hari
 - 2) Low Molecular Weight Heparin (enoksaparin/nadroparin) 2 x 0,3-0,4 IU SC abdomen
 - 3) Pneumatic boots, stoking elastic, fisioterapi, dan mobilisasi

Penatalaksanaan stroke menurut Muttaqin (2012) yaitu:

a. Pengobatan pembedahan:

- 1) Endosterektomi karotis membentuk kembali arteri karotis, yaitu dengan membuka arteri karotis di leher.
- 2) Revaskularisasi terutama merupakan tindakan pembedahan dan manfaatnya paling dirasakan oleh klien TIA
- 3) Evaluasi bekuan darah dilakukan pada stroke akut
- 4) Ugasi arteri karotis komunis di leher khususnya pada aneurisma

b. Pemeriksaan diagnostik

- 1) Angiografi serebral : memperjelas gangguan atau kerusakan pada diskulasi serebral dan merupakan pemeriksaan pilihan utama untuk mengetahui aliran darah serebral secara keseluruhan (Yasmara, 2016).
- 2) *CT scan*: mendeteksi abnormalitas struktur (Yasmara, 2016). Pada stroke non-hemoragi akan terlihat adanya infark (Ariani, 2013).
- 3) MRI (*Magnetic Resonance Imaging*): menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan besar/luas terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan area yang mengalami lesi infark akibat dari hemoragik (Muttaqin, 2012). Menunjukkan darah yang mengalami infark, hemoragi, malformasi arteriovenosa (MAV), pemeriksaan ini lebih canggih dibandingkan Ct scan (Ariani, 2013).

- 4) USG (*Ultrasonography*) Doppler: untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis) (Muttaqin, 2012)
- 5) EEG (Elektroensefalografi) : pemeriksaan ini bertujuan untuk menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak (Muttaqin, 2012)
- 6) Tomografi emisi-positron: memberi data tentang metabolisme serebral dan perubahan pada aliran darah serebral (Yasmara, 2016)
- 7) Sinar tengkorak.

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pial daerah yang berlawanan dari massa yang meluas, kalsifikasi karotis interna terdapat pada thrombosis serebral; klasifikasi parsial dinding aneurisma pada perdarahan sub arakhnoid (Batticaca, 2012).

c. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan Laboratorium menurut Muttaqin (2012) yaitu:

- 1) Lumbal punksi: pemeriksaan likuor merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (xantokhrom) sewaktu hari-hari pertama.
- 2) Analisa gas darah: pH darah di ukur secara langsung memakai pH meter. Suatu keadaan disebut asidosis bila pH di cairan ekstraseluler kurang dari 7,35 dan disebut alkalosis bila pH lebih dari 7,45
- 3) Pemeriksaan kimia darah: pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah dapat mencapai 250 mg di dalam serum dan kemudian berangsur-angsur turun kembali.
- 4) Pemeriksaan darah lengkap: untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri.
- 5) Kreatini kinase (CK): enzim yang dianalisis untuk mendiagnosa infark jantung akut dan merupakan enzim pertama yang meningkatkat. Gangguan serebri juga dihubungkan dengan nilai kadar CK dan CK-MB total abnormal.
- 6) C-Reactive protein (CRP): kadarnya akan meningkat 100x dalam 24-48 jam setelah terjadi luka jaringan.
- 7) Profil lemak darah: kolesterol serum total yang meningkat di atas 200 mg/ml merupakan prediktor peningkatan risiko stroke atau emboli serebri.

2.1.8 Komplikasi

Komplikasi stroke menurut Satyanegara (1998) dalam Ariani (2012) adalah sebagai berikut.

a. Komplikasi dini (0-48 jam pertama)

1) Edema serebri: defisit neurologis cenderung memberat, dapat mengakibatkan peningkatan tekanan intrakranial, herniasi, dan akhirnya menimbulkan kematian.

2) Infark miokard: penyebab kematian mendadak pada stroke stadium awal.

b. Komplikasi Jangka Pendek (1-14 hari pertama).

1) Pneumonia: akibat immobilisasi lama.

2) Infark miokard.

3) Emboli paru: cenderung terjadi 7-14 hari pasca-stroke, sering kali pada saat penderita mulai mobilisasi.

4) Stroke rekuren: dapat terjadi pada setiap saat.

c. Komplikasi jangka panjang.

Stroke rekuren, infark miokard, gangguan vaskular lain: penyakit vaskular perifer.

Menurut Smeltzer (2001) dalam Ariani (2012), komplikasi yang terjadi pada pasien stroke yaitu sebagai berikut.

a. Hipoksia serebral diminimalkan dengan memberi oksigenasi.

b. Penurunan darah serebral.

c. Embolisme serebral.

Menurut Jaime Stockslager Buss (2013), komplikasi yang terjadi ada pasien stroke iskemik yaitu sebagai berikut:

a. Perubahan tingkat kesadaran

b. Aspirasi

c. Edema serebral

d. Kontraktur

e. Kematian

f. Ketidakseimbangan cairan

g. Infeksi

h. Embolisme paru

- i. Gangguan sensorik
- j. Tekanan darah tidak stabil

2.2 AsuhanKeperawatan

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan pada pasien yang mengalami stroke yaitu:

a. Anamnesis

Anamnesis pada stroke meliputi identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, pengkajian psikososial (Muttaqin, 2012).

1) Identitas Klien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, dan diagnosis medis (Muttaqin, 2012). Resiko diatas 55 tahun Wanita lebih tinggi dibanding laki-laki (Munir, 2015). Stroke iskemik (infark atau kematian jaringan). Serangan sering terjadi pada usia 50 tahun atau lebih dan terjadi pada malam hingga pagi hari.

Menurut Noor (2008) dalam Raharjo dan Tuti (2015) pekerjaan juga mempunyai hubungan yang erat dengan status ekonomi, sedangkan berbagai jenis penyakit yang timbul dalam keluarga sering berkaitan dengan jenis pekerjaan yang mempengaruhi pendapatan keluarga. Angka kematian stroke sangat erat hubungannya dengan pekerjaan dan pendapatan kepala keluarga, dan telah diketahui bahwa umumnya angka kematian stroke meningkatada status social ekonomi rendah.

2) Keluhan Utama

Sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi dan penurunan tingkat kesadaran(Muttaqin, 2012).

3) Riwayat Penyakit Sekarang

Stroke iskemik dapat berupa iskemia atau emboli dan thrombosis serebral,

biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, bangun tidur atau di pagi hari. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak lain. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan didalam intrakranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsif, dan koma (Muttaqin, 2012).

4) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obatan anti koagulan, aspirin, vasodilatator, obat-obat adiktif, dan kegemukan. Pengkajian pemakaian obat-obat yang sering digunakan klien, seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta, dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya (Muttaqin, 2012).

5) Riwayat Pengkajian Keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderit hipertensi, diabetes mellitus, atau adanya riwayat stroke Non-Hemoragic dari generasi terdahulu (Neny & Fitriyani, 2014).

6) Pengkajian Psikososiospiritual

Pengkajian psikologis klien meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif, dan perilaku klien. Pengkajian mekanisme koping yang digunakan klien juga penting untuk menilai respons emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respons atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya, baik dalam keluarga ataupun dalam masyarakat. Apakah ada dampak yang timbul dari klien yaitu timbul seperti ketakutan akan kecacatan, rasa cemas, rasa ketidakmampuan untuk melakukan

aktivitas secara optimal, dan pandangan terhadap dirinya yang salah (gangguan citra tubuh).

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesulitan untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara. Pola persepsi dan konsep diri menunjukkan klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, dan tidak kooperatif. Dalam pola penanganan stress, klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berpikir dan kesulitan berkomunikasi. Dalam pola tata nilai dan kepercayaan, klien biasanya jarang melakukan ibadah spiritual karena tingkah laku yang tidak stabil dan kelemahan/kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

Oleh karena klien harus menjalani rawat inap, maka apakah keadaan ini memberi dampak pada status ekonomi klien karena biaya perawatan dan pengobatan memerlukan dana yang tidak sedikit. Stroke memang suatu penyakit yang sangat mahal. Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan, dan perawatan dapat memengaruhi keuangan keluarga sehingga faktor biasa ini dapat memengaruhi stabilitas emosi serta pikiran klien dan keluarga. Perawat juga memasukkan pengkajian terhadap fungsi neurologis dengan dampak gangguan neurologis yang akan terjadi pada gaya hidup individu. Perspektif keperawatan dalam mengkaji terdiri atas dua masalah keterbatasan yang diakibatkan oleh deficit neurologis dalam hubungannya dengan peran social klien dan rencana pelayanan yang akan mendukung adaptasi pada gangguan neurologis di dalam sistem dukungan individu (Muttaqin, 2012).

b. Pemeriksaan 11 Pola Gordon

Pengkajian menurut 11 pola fungsi kesehatan Gordon, antara lain sebagai berikut.

1) Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Pada pasien stroke infark biasanya ada riwayat perokok, penggunaan alkohol, penggunaan obat kontrasepsi oral (Muttaqin, 2008).

Sensorik motorik menurun atau hilang mudah terjadi injury, perubahan persepsi dan orientasi (Bayu uya, 2014).

2) Pola Nutrisi-metabolik

Menurut (Muttaqin, 2008) bahwa pasien kesulitan menelan dengan gejala nafsu makan hilang, mual muntah, kehilangan sensasi pada lidah, pipi dan tenggorokan.

Menurut teori dari kurniawaty dan Insan (2016) bahwa: "cara kerja kafein dalam tubuh dengan mengambil alih reseptor adinosin dalam sel saraf yang akan memicu produksi hormon ardenalin dan menyebabkan peningkatan tekanan darah, sekresi asam lambung, dan aktivitas otot, serta perangsang hati untuk melepaskan senyawa gula dalam aliran darah untuk menghasilkan energi ekstra".

Dengan tanda dan gejala: nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut (peningkatan tekanan intrakranial), hilangnya sensasi (rasa kecap) pada lidah, pipi, dan tenggorokan (M. E. doenges, 1999).

3) Pola Eliminasi

Perubahan kebiasaan BAB dan BAK. Misalnya inkontinensia urine, anuria, distensi kandung kemih, distensi abdomen, suara usus menghilang (M. E. Doenges, 1999)

4) Pola aktivitas dan latihan

Pada klien dalam kasus stroke didapatkan hasil bahwa pola latihan dan aktivitasnya terganggu dengan tanda dan gejala: kelemahan dan kelumpuhan pada separuh badan (Muttaqin, 2008).

Klien akan mengalami kesulitan aktivitas akibat kelemahan, hilangnya rasa, paralisis, hemiplegi, dan mudah lelah (Bayu uya, 2014).

5) Pola kognitif

Pada klien dalam kasus stroke didapatkan hasil bahwa pola kognitif terganggu dengan tanda dan gejala: nyeri atau sakit yang hebat pada kepala.

Gangguan penglihatan (penglihatan kabur), lapang pandang menyempit, hilangnya daya sensoripada bagian yang berlawananandibagian ekstremitas dan kadang-kadang pada sisi yang sama di muka.

Menurut (Muttaqin, 2008) pada klien stroke infark akan Mengalami gangguan pada sistem neurosensorinya, dengan tanda-tanda seperti kelemahan/paralisis, afasia, kehilangan kemampuan untuk mengenali rangsangan visual, pendengaran,

kekakuan muka, dan bisa diketahui dengan gejala pusing, sakit kepala, kesemutan/kelemahan, penglihatan menurun, penglihatan ganda, gangguan rasa pengecap dan penciuman.

6) Pola persepsi dan Konsep diri

Menurut (Hendayani & Sari, 2018) mengatakan bahwa keluarganya ada memberikan dukungan atau motivasi terhadap dirinya, seperti memberikan cinta kasih, merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan, dan memenuhi kebutuhan keluarga, 3 orang diantaranya mengatakan kadang-kadang keluarganya ada memberikan dukungan terhadap dirinya dan 2 orang lainnya juga mengatakan keluarganya sibuk dengan urusannya masing-masing.

7) Pola tidur dan istirahat

Pada klien stroke biasanya akan mengalami kesukaran untuk istirahat karena kejang otot atau nyeri otot (Muttaqin, 2008).

8) Pola Peran Hubungan

pada klien stroke infark biasanya akan mengalami kesulitan dalam interaksisosial dengan lingkungan sekitarnya, Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kerusakan untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara (Muttaqin, 2008). .Gangguan dalam bicara, ketidakmampuan berkomunikasi (Muttaqin 2012).

9) Pola Seksual dan Reproduksi

Menurut Djeno (2005) dalam M, Sumaryanto, & W, (2013) memaparkan bahwa faktor fisik, budaya dan psikis dapat mempengaruhi aktifitas seksual penderita stroke. Faktor fisik mempunyai peranan sangat penting dalam aktifitas seksual. Faktor fisik yang berperan adalah pembuluh darah, hormonal, neuromuskular dan umur. Jika kondisi fisik terganggu, kemungkinan besar akan mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan seksualitasnya.

Menurut (Muttaqin, 2008) pada klien stroke infark Biasanya terjadi penurunan gairah seksual akibat dari beberapa pengobatan stroke, seperti obat anti kejang, anti hipertensi, antagonis histamin

10) Pola Toleransi Stress- Koping

Menurut (Muttaqin, 2008) pada klien stroke infark biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berfikir dan kesulitan berkomunikasi.

Pada klien dalam kasus stroke iskemik didapatkan hasil bahwa pola koping dan toleransi diri terganggu dengan tanda dan gejala: pasien merasa gelisah dan khawatir karena tidak akan bisa lagi kembali ke aktivitas normal dalam jangka waktu yang lama (Muttaqin, 2012).

11) Nilai dan Kepercayaan

Menurut teori dari Utami dan Supratman, (2009) dalam sasmika (2016) bahwa seseorang mengalami stroke iskemik akan mempengaruhi beberapa aspek seperti aspek kesehatan fisik, psikologi, sosial dan spiritual. Stroke tidak hanya menyangkut aspek neurologis saja tetapi berdampak pada krisis kepercayaan terhadap Tuhan pemberi kekuatan, arti hidup yang mengalaminya dan harapan.

c. Pemeriksaan Fisik (*Head to toe*)

Pendekatan ini dilakukan mulai dari kepala dan secara berurutan sampai ke kaki. Mulai dari: keadaan umum, tanda-tanda vital, kepala, wajah, mata, telinga, hidung, mulut, dan tenggorokan, leher, dada, paru, jantung, perut, ginjal, punggung, genetalia, rektum, serta ekstremitas.

1) Keadaan umum

Umumnya mengalami penurunan kesadaran, kadang mengalami gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara dan pada tanda – tanda vital tekanan darah meningkat, dan denyut nadi bervariasi (Ariani, 2013).

2) Tanda-tanda Vital

Tekanan darah biasanya meningkat pada pagi hari hingga siang. Peningkatan tensi darah menyebabkan peningkatan intraplak (Sutrisno, 2007).

3) Rambut

Keadaan bersih atau kotor, warna rambut hitam merah atau putih (beruban) penyebaran rambut rambut rata atau tidak, bau atau tidak.

4) Wajah

Tampak simetris atau tidak, nyeri atau sakit yang hebat pada kepala wajah menyeringai.

5) Mata, hidung

Menurut Satyanegara (2014) pada pemeriksaan mata, klien mengalami midriasis atau dilatasi pada pupil dan reaksi/refleks cahaya yang negatif.

6) Mulut

Pemeriksaan mulut stroke iskemik didapatkan mulut klien tidak simetris (Nurarif & Kusuma, 2016).

7) Leher dan tenggorokan

Terdapat pembesaran kelenjar tyroid atau tidak, terdapat pembesaran vena dengan peningkatan produksi secret dan kemampuan batuk yang menurun yang sering didapatkan pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma.

Pada klien dengan tingkat kesadaran compos mentis, pengkajian inspeksi pernapasannya tidak ada kelainan. Palpasi thoraks didapatkan taktil premitus seimbang kanan dan kiri. Auskultasi tidak didapatkan bunyi napas tambahan.

8) Jantung

Pengkajian pada system 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).

9) Abdomen

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.

10) Ginjal dan punggung

Tidak terdapat masalah

11) Alat genitalia dan rectum

Setelah stroke iskemik 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 (Kimberly & Bilotta, 2011).

12) Ekstermitas Atas dan bawah

Stroke iskemik adalah penyakit UMN dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Oleh karena neuron motor atas menyilang, gangguan kontrol volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi motorik paling umum adalah hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesi atau kelemahan salah satu sisi tubuh, adalah tanda yang lain. Pada kulit, jika klien kekurangan O₂ kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan buruk. Selain itu perlu juga dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke mengalami masalah morbiditas fisik.

Menurut Batticaca (2008), pada sistem muskuloskeletal pasien stroke iskemik didapatkan mengalami hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh dan dapat mengarah ke hemiplegia.

Adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralise/ hemiplegi, serta mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat (Muttaqin, 2012)

b. Pemeriksaan Neurologis

1) pemeriksaan Cerebral

a) Glasgow coma scale (GCS)

Pada pemeriksaan tingkat kesadaran dilakukan pemeriksaan yang dikenal sebagai GCS untuk mengamati pembukaan kelopak mata, kemampuan bicara, dan

tanggap motorik (gerakan) (Ariani, 2013). Menurut Kimberly & Bilotta (2011) pada stroke iskemik terjadi perubahan tingkat kesadaran.

b) Pemeriksaan Serebral

Pengkajian ini meliputi status mental, fungsi intelektual, kemampuan bahasa, lobus frontal, dan hemisfer (Muttaqin, 2012).

(1) Status mental

Observasi penampilan, tingkah laku, nilai gaya bicara, ekspresi wajah, dan aktivitas motorik pasien. Pada klien stroke tahap lanjut biasanya status mental pasien mengalami perubahan (Muttaqin, 2012).

(2) Fungsi intelektual

Didapatkan penurunan dalam ingatan dan memori, baik jangka pendek maupun jangka panjang. Penurunan kemampuan berhitung dan kalkulasi. Pada beberapa kasus klien mengalami brain damage, yaitu kesulitan untuk mengenal persamaan dan perbedaan yang tidak begitu nyata (Muttaqin, 2012).

(3) Kemampuan bahasa

Penurunan kemampuan bahasa tergantung daerah lesi yang memengaruhi fungsi dari serebral. Lesi pada daerah hemisfer yang dominan pada bagian posterior dari girus temporalis superior (area Wernicke) didapatkan disfasia reseptif, yaitu klien tidak dapat memahami bahasa lisan atau bahasa tertulis. Sedangkan lesi pada bagian posterior dari girus frontalis inferior (area Broca) didapatkan disfagia ekspresif, yaitu klien dapat mengerti tetapi tidak dapat menjawab dengan tepat dan bicaranya tidak lancar. Disartria (kesulitan berbicara), ditunjukkan dengan berbicara yang sulit dimengerti, yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara. Apraksia (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya), seperti terlihat ketika pasien mengambil sisir dan berusaha untuk menyisir rambutnya (Muttaqin, 2012).

Menurut Smeltzer (2013), kemampuan wicara pada klien yang menderita stroke iskemik biasanya akan mengalami gangguan, diantaranya bicara pelo (ditrasia), atau bahkan klien mengalami afasia (kehilangan kemampuan berbicara).

(4) Lobus frontal

Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologis didapatkan jika kerusakan telah terjadi dalam lobus frontal kapasitas, memori, atau fungsi intelektual kortikal yang lebih tinggi mungkin rusak. Disfungsi ini dapat ditunjukkan dalam lapang perhatian terbatas, kesulitan dalam pemahaman, lupa, dan kurang motivasi, yang menyebabkan klien ini menghadapi masalah frustrasi dalam program rehabilitasi mereka. Depresi umum terjadi dan mungkin diperberat oleh respons alamiah klien terhadap penyakit katastrofik ini. Masalah psikologis lain juga umum terjadi dan dimanifestasikan oleh emosi yang labil, bermusuhan, frustrasi, dendam, dan kurang kerja sama (Muttaqin, 2012).

(5) Hemisfer

Stroke hemisfer kanan didapatkan hemiparese sebelah kiri tubuh, penilaian buruk dan mempunyai kerentanan terhadap sisi kolateral sehingga kemungkinan terjatuh ke sisi yang berlawanan tersebut. Pada stroke hemisfer kiri, mengalami hemiparese kanan, perilaku lambat dan sangat hati-hati, kelainan bidang pandang sebelah kanan, disfagia global, afasia, dan mudah frustrasi (Muttaqin, 2012).

2) Pemeriksaan Cranialis

Pemeriksaan ini meliputi pemeriksaan saraf kranial I-XII Muttaqin (2012).

a) Saraf I

Biasanya pada klien stroke iskemik tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.

b) Saraf II

Disfungsi persepsi visual karena gangguan saraf sensori primer di antara mata dan korteks. Gangguan hubungan visual-spasial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial) sering terlihat pada klien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.

c) Saraf III, IV, dan VI

Jika akibat stroke iskemik mengakibatkan paralisis, pada satu sisi otot-otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral di sisi yang sakit.

d) Saraf V

Pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigeminus, penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah ke sisi ipsilateral, serta kelumpuhan satu sisi otot pterigoideus internus dan eksternus.

e) Saraf VII

Persepsi pengecapan dalam batas normal, wajah asimetris, dan otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat.

f) Saraf VIII

Tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi.

g) Saraf IX dan X

Kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut.

h) Saraf XI

Tidak ada atrofi otot sternokleidoimastoideus dan trapezius.

i) Saraf XII

Lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi, serta indra pengecapan normal.

4) Pemeriksaan system sensorik

Dapat terjadi hemihipestesi. Pada persepsi terdapat ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi. Disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensori primer diantara mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visual-spasial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial) sering terlihat pada klien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh. Kehilangan sensori karena stroke dapat berupa kerusakan sentuhan ringan atau mungkin lebih berat, dengan kehilangan proprioepsi (ketidakmampuan untuk merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh) serta kesulitan dalam menginterpretasikan stimuli visual, taktil, dan auditorius.

5) Pemeriksaan system motorik

Stroke adalah penyakit saraf motorik atas (UMN) dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Oleh karena UMN

bersilangan, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada UMN di sisi yang berlawanan dari otak.

a) Inspeksi umum: Didapatkan hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh adalah tanda yang lain.

b) Fasikulasi: Didapatkan pada otot-otot ekstremitas.

c) Tonus otot: Didapatkan meningkat.

d) Kekuatan otot: Pada penilaian dengan menggunakan tingkat kekuatan otot pada sisi sakit didapatkan tingkat 0.

e) Keseimbangan dan koordinasi: Didapatkan mengalami gangguan karena hemiparesis dan hemiplegia.

f) Gerakan volunter: tidak ditemukan adanya tremor, tic, dan distonia. Pada keadaan tertentu, klien biasanya mengalami kejang umum, terutama pada anak dengan stroke disertai peningkatan suhu tubuh yang tinggi. Kejang berhubungan sekunder akibat area fokal kortikal yang peka.

6) Pengkajian Reflek

Pemeriksaan refleks terdiri atas pemeriksaan refleks profunda dan pemeriksaan refleks patologis.

a) Pemeriksaan refleks profunda. Pengetukan pada tendon, ligamentum atau periosteum derajat refleks pada respons normal.

b) Pemeriksaan refleks patologis. Pada fase akut refleks fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari refleks fisiologis akan muncul kembali didahului dengan refleks patologis (Muttaqin, 2012).

2.2.2 Masalah keperawatanyang dapat terjadi pada pasien Stroke yaitu Muttaqin (2008) :

1) Penurunan perfusi jaringan cerebral

2) Hambatan Mobilitas Fisik

3) Kerusakan komunikasi verbal

4) Perubahan pemenuhan nutrisi

5) Resiko trauma (cedera)

6) Kematian

- 7) Perubahan persepsi sensori
- 8) Resiko tinggi kerusakan integritas kulit
- 9) Gangguan eliminasi urine dan alvi

a. Definisi hambatan mobilitas fisik (Domain 4 Kelas 2) Wilkinson J. M., (2016). Keterbatasan dalam, pergerakan fisik Mandiri dan terarah pada tubuh atau satu ekstremitas atau lebih (Sebutkan tingkatnya, gunakan skala fungsional terstandarisasi):

Tingkat 0 : Mandiri total

Tingkat 1: Memerlukan penggunaan peralatan atau alat bantu

Tingkat 2 : Memerlukan bantuan orang lain untuk pertolongan, pengawasan, atau pengajaran

Tingkat 3 : Membutuhkan bantuan orang lain dan peralatan atau alat bantu t

Tingkat 4 : Ketergantungan, tidak berpartisipasi dalam aktivitas.

b. Batasan karakteristik hambatan mobilitas fisik menurut Wilkinson J., (2016)

Objektif

- 1) Penurunan waktu reaksi
- 2) Kesulitan membolak-balik posisi tubuh
- 3) Asyik dengan aktivitas lain sebagai pengganti pergerakan (mis., peningkatan perhatian terhadap aktivitas orang lain, perilaku pengendalian, berfokus pada kondisi sebelum sakit atau ketunadayaan aktivitas)
- 4) Dispnea saat beraktivitas
- 5) Perubahan cara berjalan (Mis., penurunan aktivitas dan kecepatan berjalan, kesulitan untuk memulai berjalan, langkah kecil, berjalan dengan menyeret kaki, pada saat berjalan badan mengayun ke samping)
- 6) Pergerakan menyentak
- 7) Keterbatasan kemampuan untuk melakukan keterampilan motorik halus
- 8) Keterbatasan kemampuan melakukan keterampilan motorik kasar
- 9) Keterbatasan rentang pergerakan sendi
- 10) Tremor yang diinduksi oleh pergerakan sendi

- 11) Ketidakstabilan postur tubuh (saat melakukan rutinitas Aktivitas kehidupan sehari-hari)
- 12) Melambatkan pergerakan
- 13) Gerakan tidak teratur atau tidak terkoordinasi

c. Faktor yang Berhubungan menurut Wilkinson J., (2016)

- 1) Intoleransi aktivitas
- 2) Perubahan metabolisme sel
- 3) ansietas indeks massa tubuh diatas percentile ke-75 sesuai usia
- 4) Gangguan kognitif
- 5) Kepercayaan budaya terkait aktivitas sesuai dengan usia
- 6) Kelemahan
- 7) Penurunan daya tahan
- 8) Penurunan kekuatan, kendali, atau massa otot
- 9) Defisiensi pengetahuan tentang nilai aktivitas fisik
- 10) Keadaan dalam perasaan depresi
- 11) Keterlambatan perkembangan
- 12) Ketidaknyamanan
- 13) Kaku sendi atau kontraktur
- 14) Kurang dukungan lingkungan fisik atau sosial
- 15) Keterbatasan ketahanan kardiovaskuler
- 16) Hilangnya integritas struktur tulang
- 17) Malnutrisi
- 18) Medikasi
- 19) Gangguan muskuloskeletal
- 20) Gangguan neuromuskular
- 21) Nyeri
- 22) Program pembatasan pergerakan
- 23) Keengganan untuk memulai pergerakan
- 24) Gaya hidup kurang gerak, disuse, atau melemah
- 25) Gangguan sensori persepsi

2.2.3 Intervensi

a. Tujuan Kriteria Hasil (NOC) Hambatan Mobilitas Fisik Menurut Moorhead,*et al.*, (2013):

1) Ambulasi:

- a) Mampu menopang berat badan dengan skala 5 (tidak terganggu)
- b) Mampu berjalan dengan langkah yang efektif, skala 5 (tidak terganggu)
- c) Mampu berjalan dengan pelan, skala 5 (tidak terganggu)
- d) Mampu berjalan dengan kecepatan sedang dan cepat, skala 5 (tidak terganggu)
- e) Mampu berjalan mengelilingi kamar dengan skala 5 (tidak terganggu)

2) Keseimbangan:

- a) Mampu mempertahankan keseimbangan saat duduk tanpa sokongan pada punggung
- b) Mampu mempertahankan keseimbangan dari posisi duduk ke posisi berdiri
- c) Mampu mempertahankan keseimbangan ketika berdiri
- d) Mampu mempertahankan keseimbangan ketika berjalan
- e) Mampu mempertahankan keseimbangan ketika berdiri dengan satu kaki
- f) Mampu mempertahankan keseimbangan postur

3) Pergerakan sendi:

- a) Mampu melakukan pergerakan sendi: rahang, leher, punggung, jari (kanan/kiri), jempol (kanan/kiri), pergelangan tangan (kanan/kiri), siku (kanan/kiri), pergelangan kaki (kanan/kiri), lutut (kanan/kiri), panggul (kanan/kiri)

4) Penampilan mekanika tubuh:

- a) Mampu menggunakan postur tubuh yang benar untuk berdiri
- b) Mampu menggunakan postur tubuh yang benar untuk duduk
- c) Mampu menggunakan postur tubuh yang benar untuk berbaring
- d) Mampu melakukan teknik mengangkat yang tepat
- e) Mampu mempertahankan kekuatan otot
- f) Mampu mempertahankan fleksibilitas sendi

5) Cara berjalan:

- a) Mampu mempertahankan keseimbangan saat berjalan dengan skala 5 (tidak terganggu)

- b) Mampu melangkah dengan mantap, skala 5 (tidak terganggu)
- c) Mampu mempertahankan postur saat berjalan dengan skala 5 (tidak terganggu)
- d) Mampu mengayunkan lengan dengan skala 5 (tidak terganggu)
- 6) Kemampuan berpindah:
 - a) Mampu berpindah dari satu permukaan ke permukaan lain sambil berbaring, dengan skala 5 (tidak terganggu)
 - b) Mampu berpindah dari tempat tidur ke kursi dengan skala 5 (tidak terganggu)
 - c) Mampu berpindah dari kursi ke tempat tidur dengan skala 5 (tidak terganggu)
 - d) Mampu berpindah dari kursi ke kursi dengan skala 5 (tidak terganggu)
 - e) Mampu berpindah dari ke kursi roda ke toilet, begitu sebaliknya dengan skala 5 (tidak terganggu)
- 7) Posisi tubuh: Berinisiatif sendiri
 - a) Berpindah dari satu sisi ke sisi lain sambil berbaring
 - b) Bergerak dari depan ke belakang atau sebaliknya (menggeser tubuhnya)
 - c) Bergerak dari posisi duduk ke posisi berbaring atau sebaliknya
 - d) Bergerak dari posisi duduk ke posisi berdiri
- 8) Integritas jaringan: Kulit dan membran mukosa
 - a) Lesi pada kulit dengan skala 5 (tidak terganggu)
 - b) Pengelupasan kulit dengan skala 5 (tidak terganggu)
 - c) Eritema dengan skala 5 (tidak terganggu)
 - e) Pengerasan kulit dengan skala 5 (tidak terganggu)
 - f) Pigmentasi abnormal dengan skala 5 (tidak terganggu)

b. Intervensi Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Menurut Bulechek, *et al.*, (2013)

- 1) Pengaturan posisi:
 - a) Dukung pasien latihan ROM aktif dan pasif
 - b) Posisikan pasien untuk mengurangi dispnea (misalnya, posisi semifowler)
 - c) Ubah posisi pasien yang sadar minimal tiap 2 jam (terlentang, miring)
 - d) Tempatkan pasien diatas matras
 - e) Jelaskan pada pasien bahwa (badan) pasien akan dibalik

f) Masukkan posisi tidur yang diinginkan ke dalam rencana perawatan jika tidak ada kontraindikasi

g) Meminimalisir gesekan dan cedera ketika memposisikan dan membalikkan tubuh pasien

h) Tinggikan kepala tempat tidur

2) Terapi latihan: Mobilitas (pergerakan) sendi

a) Independen:

(1) Jelaskan pada pasien manfaat dan tujuan melakukan latihan sendi

(2) Monitor lokasi dan adanya nyeri dan ketidaknyamanan selama pergerakan

(3) Bantu pasien untuk duduk di tempat tidur, disamping tempat tidur atau dikursi

(4) Pakaikan baju yang tidak menghambat pergerakan pasien

(5) Dukung ambulasi, jika memungkinkan

(6) Latihan Terapi *Range Of Motion* sekitar 8 kali dan dikerjakan minimal 2 kali sehari lama waktu 10 menit.

b) Kolaborasi:

(1) Kolaborasikan dengan ahli terapi fisik dalam mengembangkan dan menerapkan sebuah program latihan.

3) Terapi latihan: Ambulasi

a) Independen:

(1) Bantu pasien untuk berdiri dan berjalan dengan jarak tertentu

(2) Bantu pasien untuk duduk di sisi tempat tidur

(3) Bantu pasien untuk menggunakan alas kaki yang memfasilitasi pasien untuk berjalan dan mencegah cedera

(4) Bantu pasien untuk perpindahan

b) Kolaborasi:

(1) Konsultasikan pada ahli terapi fisik mengenai rencana ambulasi

4) Terapi latihan: kontrol otot

a) Independen:

(1) Tentukan kesiapan pasien untuk terlibat dalam aktivitas

(2) Evaluasi fungsi sensori (misalnya: penglihatan, pendengaran, dan perabaan)

(3) Jelaskan rasionalisasi latihan pada pasien dan keluarga

- (4) Bantu pasien untuk posisi duduk atau berdiri untuk melakukan latihan
 - (5) Ulangi instruksi yang dilakukan pada pasien mengenai cara yang tepat dalam melakukan latihan untuk meminimalkan cedera.
- b) Kolaborasi:
- (1) Kolaborasikan dengan ahli terapi fisik, okupasional dan rekreasional dalam mengembangkan dan menerapkan program latihan
 - (2) Konsultasikan dengan ahli terapi fisik untuk menentukan posisi optimal bagi pasien selama latihan dan jumlah pengulangan untuk setiap pola gerakan
- 5) Perawatan tirah baring
- a) Jelaskan dilakukan tirah baring
 - b) Tempatkan matras atau kasur terapeutik dengan cara yang tepat
 - c) Posisikan sesuai body alignment yang tepat
 - d) Jaga kain linen kasur tetap bersih, kering dan bebas kerutan
 - e) Monitor kondisi kulit pasien
 - f) Balikkan pasien sesuai dengan kondisi kulit
 - g) Balikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam
 - h) Bantu menjaga kebersihan
 - i) Monitor komplikasi dari tirah baring

2.2.4 Implementasi

Implementasi merupakan tahap ke empat pada proses keperawatan. Untuk mengatasi stroke dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik menurut (Yasmara, 2016) dapat dilakukan tindakan keperawatan meliputi:

a. Pemberian posisi:

Independen

- 1) Mengkaji kemampuan fungsi dan luas hambatan pada saat pertama kali dan secara teratur. Mengklasifikasi sesuai dengan skala 0 sampai 4. Mengubah posisi setiap 2 jam (terlentang, miring) dan kemungkinan lebih sering jika klien diposisikan miring ke sisi bagian tubuh yang terganggu.
- 2) Memposisikan tengkurap satu atau dua kali sehari jika klien dapat menoleransinya.

- 3) Menyangga ekstremitas dalam posisi fungsional; menggunakan papan kaki selama periode paralisis flaksid. mempertahankan posisi kepala netral.
- 4) Menggunakan mitela lengan ketika klien berada dalam posisi duduk tegak, sesuai indikasi.
- 5) Mengevaluasi penggunaan dan perlunya bantuan posisi dan bebat selama paralisis spastik:
 - a) Meletakkan bantal dibawah aksila untuk mengabduksi lengan
 - b) Mengelevasikan lengan dan tangan
 - c) Meletakkan gulungan tangan yang keras dalam telapak tangan dengan jari dan ibu jari berhadapan
 - d) Meletakkan lutut dan pinggul dalam posisi ekstensi
 - e) Mempertahankan tungkai dalam posisi netral dengan trokanter roll
 - f) Menghentikan penggunaan papan kaki, jika tepat
- 6) Mengobservasi warna, edema, atau tanda lain dari perburukan sirkulasi pada sisi yang terganggu.
- 7) Menginspeksi kulit secara teratur, terutama di atas tonjolan tulang. Secara perlahan masase setiap area kemerahan dan beri bantuan seperti bantalan kulit kambing, sesuai kebutuhan.

Kolaboratif

Menyediakan kasur seperti tempat tidur air, alat apung, atau tempat tidur khusus, seperti kinetik, sesuai indikasi.

b. Terapi latihan: kontrol otot

Independen

- 1) Memulai latihan rentang gerak aktif atau pasif ke semua ekstremitas (termasuk yang dibebat) saat masuk kerumah sakit. Dorong latihan, seperti latihan kuadriseps atau gluteal, meremas bola karet, dan ekstensi jari tangan dan tungkai bawah serta kaki.
- 2) Membantu klien mengembangkan keseimbangan saat duduk (seperti meninggikan kepala tempat tidur), minta klien menggunakan lengan yang kuat untuk menopang berat badan dan tungkai bawah yang kuat untuk menggerakkan tungkai yang terganggu; tambahkan waktu duduk dan keseimbangan berdiri –

pakaikan sepatu datar untuk berjalan pada klien, topang punggung bawah klien dengan tangan sambil memosisikan lutut klien, dan bantu penggunaan batang paralel dan walker.

- 3) Dudukkan pasien di kursi segera setelah tanda vital stabil
- 4) Bantali alas duduk kursi busa, jel, atau bantal berisi air, dan bantu klien memindahkan berat badannya secara sering.
- 5) Menetapkan tujuan dengan klien/orang dekat untuk meningkatkan partisipasi dalam aktivitas, latihan, dan perubahan posisi.
- 6) Mendorong klien untuk membantu pergerakan dan latihan menggunakan ekstremitas yang tidak terpengaruh untuk menopang dan menggerakkan sisi yang lemah.
- 7) Latihan Terapi *Range Of Motion* sekitar 8 kali dan dikerjakan minimal 2 kali sehari lama waktu 10 menit.

Kolaboratif

- 1) Konsultasi dengan ahli terapi fisik mengenai latihan aktif, resistif, dan ambulasi klien.
- 2) Membantu dengan stimulasi elektrik – untuk stimulator saraf elektrik transkutaneus (TENS), sesuai indikasi.
- 3) Memberikan relaksan otot dan antispasmodik sesuai indikasi, seperti baklofen dan dantrolen.

2.2.5 Evaluasi

Dari hasil evaluasi penulis pada masalah hambatan mobilitas fisik pada pasien stroke, setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah hambatan mobilitas fisik dapat teratasi atau berkurang dengan kriteria hasil yang telah dicapai menurut Wilkinson (2016) yaitu:

Memperlihatkan mobilitas, yang dibuktikan oleh indikator berikut (sebutkan 1-5: gangguan ekstrem, berat, ringan, sedang, ringan, atau tidak mengalami gangguan):

- 1) Keseimbangan
- 2) Koordinasi
- 3) Performa posisi tubuh

- 4) Pergerakan sendi dan otot
- 5) Berjalan
- 6) Bergerak dengan mudah

BAB 3. METODE PENELITIAN

Metode penelitian adalah cara yang akan dilakukan dalam proses penelitian. Pada bab ini akan dijelaskan tentang desain penelitian kerangka kerja (*frame work*), identifikasi variabel, definisi operasional, populasi, sampel, sampling desain, pengumpulan data, waktu dan tempat penelitian, analisa data, dan etika penelitian.

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan hal yang penting dalam menentukan jenis uji statistik yang digunakan dalam penelitian (Nursalam, 2015).

Pada laporan kasus dalam karya tulis ini adalah studi untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada pasien Stroke Iskemik dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019. Pada kasus ini peneliti menggunakan desain laporan kasus. Penelitian laporan kasus bertujuan untuk mengeksplorasi suatu masalah/fenomena dengan batasan terprinci, serta memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Desain laporan kasus dalam penelitian ini bertujuan untuk memaparkan bagaimana asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien Stroke Iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019.

3.2 Batasan Istilah

3.2.1 Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan pada klien stroke iskemik adalah penerapan proses keperawatan mulai dari pengkajian sampai evaluasi pada Ny. D dan Tn. K dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik di Rumah Sakit Umum dr.Haryoto Lumajang Pada Tahun 2019.

3.2.2 Klien stroke iskemik yang mengalami masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik

Klien stroke iskemik dalam laporan kasus ini adalah dua orang yang didiagnosa stroke iskemik pada rekam medik klien dan memenuhi dua atau tiga dari batasan karakteristik berikut: dispnea setelah beraktivitas, gangguan sikap berjalan, gerakan lambat, gerakan spastik, gerakan tidak terkoordinasi, instabilitas postur, kesulitan membolak-balik posisi, keterbatasan rentang gerak, ketidaknyamanan melakukan aktivitas lain sebagai pengganti pergerakan (mis., meningkatkan perhatian pada aktivitas orang lain, mengendalikan perilaku, fokus pada aktivitas sebelum sakit), penurunan kemampuan melakukan keterampilan motorik halus. penurunan kemampuan melakukan keterampilan motorik kasar, penurunan waktu reaksi, tremor akibat bergerak (Wilkinson, 2016).

Menurut Sari dkk. (2015) Hasil penelitian menunjukkan bahwa batasan karakteristik utama yang muncul pada pasien stroke adalah kesulitan membolak-balik posisi (100%), keterbatasan kemampuan melakukan keterampilan motorik halus (100%), keterbatasan kemampuan melakukan keterampilan motorik kasar (100%), keterbatasan rentang gerak sendi (26,9%), dan pergerakan lambat (3,8%). Etiologi utama yang muncul pada pada pasien stroke adalah penurunan kekuatan otot (92,3%), gangguan neuromuskular (80,8%), nyeri (19,2%), kaku sendi (3,8%) , dan gangguan sensoriperseptual (3,8%).

3.3 Partisipan

Partisipan dalam penyusunan laporan kasus ini adalah pasien stroke iskemik pada Ny. D dan Tn. K dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik di Rumah Sakit Umum dr.Haryoto Lumajang Pada Tahun 2019 yang memenuhi kriteria:

3.3.1 Klien yang didiagnosa stroke iskemik dalam rekam medik klien.

3.3.2 Menjalani rawat inap di kelas 3 Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang

3.3.3 Bersedia menjadi partisipan dengan menandatangani *Informed Consent*.

3.3.4 Klien tanpa kontraindikasi infark miokard, operasi arteri koronaria, dan penyembuhan cedera.

3.3.5 Mengalami masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik, yang dibuktikan dengan adanya minimal 2 atau 3 dari batasan karakteristik sebagai berikut (Wilkinson,2016) : dispnea setelah beraktivitas, gangguan sikap berjalan, gerakan lambat, gerakan spastik, gerakan tidak terkoordinasi, instabilitas postur, kesulitan membolak-balik posisi, keterbatasan rentang gerak, ketidaknyamanan melakukan aktivitas lain sebagai pengganti pergerakan (mis., meningkatkan perhatian pada aktivitas orang lain, mengendalikan perilaku, fokus pada aktivitas sebelum sakit), penurunan kemampuan melakukan keterampilan motorik halus. penurunan kemampuan melakukan keterampilan motorik kasar, penurunan waktu reaksi, tremor akibat bergerak.

3.4 Lokasi dan Waktu

3.4.1 Lokasi

Penelitian ini dilakukan di Ruang Melati kelas 3 pasien Ny. D pada Ruang Melati 12 dan Tn K Ruang Melati 8 RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019.

3.4.2 Waktu

Pada laporan kasus ini dilakukan asuhan keperawatan pada klien Stroke Iskemik dengan masalah keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di RSUD Dr.Haryoto Lumajang selama dirawat di Rumah Sakit pada bulan Februari sampai Mei 2019. Pengambilan data Ny. D dilakukan pada tanggal 3 – 6 April 2019 dan Tn. K dilakukan pada tanggal 22 – 25 Mei 2019.

3.5 Pengumpulan Data

3.5.1 Proses

Proses dari pengumpulan data ini dimulai dari perizinan yang diperoleh dari kaprodi D3 keperawatan yang kemudian dikirimkan ke Bangkesbangpol Lumajang untuk mendapatkan izin penelitian dari direktur RSUD dr. Haryoto Lumajang yang kemudian surat izin dari direktur rumah sakit diteruskan kepada kepala ruangan ruang interna agar peneliti dapat melakukan penelitian di ruangan yang bersangkutan.

3.5.2 Teknik

a. Wawancara

Data yang diperoleh dari wawancara adalah: hasil anamnesa berisi identitas klien, keluhan utama klien kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi dan penurunan tingkat kesadaran. Riwayat penyakit sekarang berupa iskemia atau emboli dan thrombosis serebral biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat. Riwayat penyakit dahulu riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, penyakit jantung, anemia, trauma kepala, penggunaan obat-obat anti koagulan. Riwayat penyakit keluarga hipertensi, diabetes mellitus, atau adanya stroke terdahulu. Pola fungsi kesehatan klien, yang bersumber dari klien atau keluarga klien.

b. Observasi

Observasi yang bisa dilakukan pada klien stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik adalah kemampuan klien dalam melakukan ROM aktif maupun ROM pasif, tanda-tanda vital, keadaan umum klien, pemeriksaan fisik, memposisikan ekstremitas yang mengalami kelumpuhan pada posisi yang lebih tinggi, dan juga kemampuan membolak-balikkan posisi.

c. Studi Dokumentasi

Data yang diperoleh dari studi dokumentasi adalah: hasil pemeriksaan laboratorium (Pemeriksaan kimia darah, Pemeriksaan darah lengkap, *Kreatin kinase* (CK), Profil lemak darah) status rekam medis klien, dan pemeriksaan CT-Scan.

3.6 Uji Keabsahan Data

3.6.1 Kredibilitas (Keterpercayaan Data)

Kredibilitas data atau ketepatan dan keakurasian suatu data yang dihasilkan dari studi kualitatif menjelaskan derajat atau nilai kebenaran dari data yang dihasilkan termasuk proses analisis data tersebut dari penelitian yang dilakukan. Suatu hasil penelitian dikatakan memiliki kredibilitas yang tinggi atau baik ketika hasil-hasil temuan pada penelitian tersebut dapat dikenali dengan baik oleh para partisipannya dalam konteks sosial mereka.

3.6.2 Transferabilitas atau Keteralihan Data (*Applicability, Fittingness*)

Seberapa mampu suatu hasil penelitian kualitatif dapat diaplikasikan dan dialihkan pada keadaan atau konteks lain atau kelompok atau partisipan lainnya merupakan pertanyaan untuk menilai kualitas tingkat keteralihan atau transferabilitas. Penilaian keteralihan suatu hasil penelitian kualitatif ditentukan oleh para pembaca. Istilah transferabilitas dipakai pada penelitian kualitatif untuk menggantikan konsep generalisasi yang digunakan pada penelitian kuantitatif.

3.6.3 Dependabilitas (Ketergantungan)

Dependabilitas memertanyakan tentang konsistensi dan reliabilitas suatu instrumen yang digunakan lebih dari sekali penggunaan. Masalah yang ada pada studi kualitatif adalah instrumen penelitian dan peneliti sendiri sebagai manusia yang memiliki sifat-sifat tidak dapat konsisten dan dapat diulang. Antara peneliti satu dengan peneliti lainnya memiliki fokus-fokus penekanan yang berbeda dalam menginterpretasikan dan menyimpulkan hasil temuannya, sekalipun menggunakan sampel dan lokasi yang sama.

3.6.4 Konfirmabilitas

Konfirmabilitas menggantikan aspek objektivitas, pada penelitian kuantitatif, namun tidak persis sama arti dari keduanya, yaitu kesediaan peneliti untuk mengungkap secara terbuka proses dan elemen-elemen penelitiannya. Cara peneliti menginterpretasikan, mengimplikasikan, dan menyimpulkan konfirmabilitas temuannya dapat melalui audit trial dan menggunakan teknik pengambilan sampel yang ideal. Peneliti mengenali pengalamannya dan pengaruh subjektif dari interpretasi yang telah dibuatnya, sehingga pembaca mengetahui proses reflektivitas yang dibuat peneliti. Selanjutnya, untuk memperoleh hasil penelitian kualitatif yang objektif, peneliti perlu menggunakan teknik pengambilan sampel dengan cara memaksimalkan variasi sampelnya, cara ini dapat mengurangi bias hasil penelitian.

3.7 Analisa Data

Analisis data merupakan bagian yang penting dalam pengolahan data. Sebelum menarik suatu kesimpulan, hasil analisis yang masih aktual terlebih

dahulu harus diinterpretasikan dan diberi makna oleh peneliti. Hasil analisis biasanya dibandingkan dengan hipotesis penelitian (kalau ada), kemudian dibahas dengan menghubungkannya dengan hasil penelitian lain serupa atau terdahulu, kemudian diberi kesimpulan.

3.7.1 Pengumpulan Data

Data dikumpulkan dari hasil WOD (Wawancara, observasi, dan dokumentasi). Pengumpulan data dapat dilakukan dengan beberapa tahapan, yang diawali dengan kegiatan memeriksa validitas data yang masuk, mengklasifikasi data dan jawaban menurut kategori masing-masing sehingga memudahkan dalam pengelompokan data, memproses data agar dapat dianalisis, pemrosesan data dilakukan dengan cara meng-entry (memasukkan) data hasil pengisian kuisioner ke dalam master tabel atau database komputer, pengecekan kembali data yang sudah di entry dan melakukan koreksi bila terdapat kesalahan, dan yang terakhir memasukkan data yang telah dikumpulkan ke dalam master tabel atau database komputer, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana atau bisa juga dengan membuat tabel kontigensi.

3.7.2 Mereduksi Data

Dari hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan dengan nilai normal.

3.7.3 Penyajian Data

Penyajian dapat dilakukan dalam bentuk tabel, gambar, dan teks naratif. Kerahasiaan klien dijaga dengan cara mengaburkan identitas diri klien.

3.7.4 Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penulisan terdahulu dan secara teoritis dengan pelaku kesehatan. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi.

3.8 Etika Penelitian

Sebelum melakukan penelitian terlebih dahulu peneliti mengajukan permohonan ijin kepada Kepala RSUD Haryoto Lumajang dan Kepala Ruang Melati RSUD Haryoto Lumajang untuk mendapatkan persetujuan dalam melaksanakan penelitian, peneliti menjelaskan maksud dan tujuan kepada Kepala Ruang Melati RSUD Haryoto Lumajang dan pihak-pihak yang terkait dengan penelitian.

3.8.1 Lembar Persetujuan Penelitian (*Informed Consent*)

Subjek harus mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden. Pada *informed consent* juga perlu dicantumkan bahwa data yang diperoleh hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu.

3.8.2 *Confidentiality* (kerahasiaan)

Informasi yang diberikan oleh seseorang kepada orang lain dengan rasa percaya dan keyakinan bahwa informasi tersebut akan dirahasiakan. Hukum melindungi informasi tentang klien yang diperoleh melalui pemeriksaan, observasi, dialog langsung atau melalui proses keperawatan.

3.8.3 *Confidentially* (dapat dipercaya)

Undang-undang melindungi informasi tentang pasien yang dikumpulkan dengan cara pemeriksaan observasi, *conversation* atau *treatment*. Perawat secara legal dan etis melindungi informasi tentang pasien.

BAB 5. PENUTUP

Pada bab 5 ini penulis akan memaparkan kesimpulan dan saran dari laporan tugas akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Iskemik Pada Ny. D dan Tn. K Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019”

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Pengkajian

Dari hasil pengkajian berdasarkan biodata dari pengkajian didapat pasien 1 berusia 66 tahun sedangkan pasien 2 berusia 37 tahun. Pada keluhan utama, kedua pasien sama-sama mengeluh mengalami kelemahan pada satu sisi anggota gerak. Kedua pasien memiliki riwayat penyakit dahulu yakni pada pasien 1 memiliki riwayat penyakit stroke sedangkan pada pasien 2 tidak memiliki riwayat penyakit. Kedua keluarga pasien sama-sama memiliki riwayat hipertensi. Pada pola persepsi dan tatalaksana kesehatan pasien 1 sering mengkonsumsi obat yang dijual bebas di toko tanpa resep dokter sedangkan pasien 2 adalah perokok aktif. Kedua pasien sama-sama mengalami penurunan nafsu makan, mengeluh susah tidur nyenyak karena keadaan lingkungan rumah sakit. Pada pola eliminasi kedua pasien terdapat keluhan tidak bisa BAB. Keadaan fisik pada kedua pasien sama-sama terjasi gangguan afasia ekspresif. Berdasarkan pemeriksaan penunjang yakni hasil pasien 2 mengalami peningkatan pada pemeriksaan kolesterol. Pada pemeriksaan penunjang CT-scan kedua pasien terdiagnosa Infark cerebri. Pemberian terapi pada kedua pasien, sama-sama mendapatkan terapi neuroprotektor juga mendapat terapi tambahan lainnya.

5.1.2 Diagnosa

Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan pada kedua pasien sama-sama didapatkan diagnosa keperawatan prioritas yaitu Hambatan Mobilitas Fisik. Batasan karakteristik yang terdapat pada kedua pasien juga sesuai teori penegakan diagnosa keperawatan yang ada pada buku Wilkinson (2016) dari 13 batasan karakteristik terdapat 4 batasan yang muncul yaitu: gangguan sikap berjalan,

keterbatasan rentang gerak, penurunan kemampuan melakukan ketrampilan motorik halus dan kasar. Selain itu terdapat dua diagnosa lain yang muncul pada kedua klien yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum dan gangguan pola tidur berhubungan dengan bising.

5.1.3 Intervensi

Dalam merencanakan tindakan keperawatan tidak ada perbedaan antara teori dan kasus, serta perencanaan yang dilakukan pada kasus tetap disesuaikan dengan kondisi pasien. Seperti promosi mekanika tubuh, promosi latihan fisik, terapi latihan fisik, pengaturan posisi, dan bantuan perawatan diri.

5.1.4 Implementasi

Tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada kedua pasien sama yaitu asuhan keperawatan selama 5x24 jam, tindakan implementasi yang dilakukan adalah sesuai dengan intervensi yakni pemantauan promosi mekanika tubuh, promosi latihan fisik *range of motion*, latihan pergerakan sendi, mobilisasi fisik, dan bantuan perawatan diri.

5.1.5 Evaluasi

Dalam melakukan evaluasi pada kedua pasien ditetapkan berdasarkan kriteria hasil yang telah disusun pada intervensi oleh penulis. Pada kedua pasien, untuk masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik dapat teratasi sebagian setelah perawatan hari ke-3. Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan didapatkan pada pasien 1 masalah teratasi sebagian, hentikan intervensi karena pasien pulang. didapatkan hasil tujuan tercapai pada pasien 1, sedangkan pada pasien 2 menunjukkan hasil tujuan tercapai sebagian karena saat dilakukan evaluasi keseimbangan tubuh belum tercapai. Hal ini menunjukkan bahwa latihan terapi *range of motion* dapat membantu mengurangi masalah hambatan mobilitas fisik pada pasie stroke iskemik.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Penulis

Diharapkan penulis dapat terus menerapkan ilmu dan pengalaman yang didapat dalam pemberian asuhan keperawatan pada penyakit stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik agar ilmu yang diperoleh dapat berguna dan bermanfaat baik bagi diri sendiri dan orang lain.

5.2.2 Bagi Keluarga

Anggota keluarga yang menderita stroke iskemik dapat menerapkan latihan terapi *range of motion* dengan hambatan mobilitas fisik agar dapat meningkatkan kekuatan otot dengan dilakukan minimal 2 kali sehari.

5.2.3 Bagi Rumah Sakit

Diharapkan rumah sakit memberikan pelayanan dan perawatan secara optimal khususnya bagi pasien yang mengalami stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik dengan membuat lembar observasi keperawatan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik dengan latihan terapi *range of motion*.

5.2.4 Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya mampu memodifikasi dan mengembangkan intervensi lebih selektif untuk mengatasi masalah keperawatan pada klien khususnya dengan penyakit stroke iskemik dan bagi peneliti selanjutnya diharapkan melakukan intervensi *range of motion* pasif secara optimal dilaksanakan 8 kali pada setiap gerakan dalam waktu 15 - 30 menit untuk setiap siklus diberikan selama 2 kali sehari dan menambahkan intervensi inovasi *slow stroke back massage*.

DAFTAR PUSTAKA

- A.J, K., & Bilotta. 2011. *Kapita Selekta Penyakit dengan Implementasi Keperawatan* . Jakarta: EGC.
- Afiyanti, Y., & Imami, d. R. 2014. Metodologi Penelitian Kualitatif dalam Rise t Keperawatan. Jakarta: Rajawali Pers.
- Anurogo, D. 2014. 45 Penyakit dan Gangguan Saraf Deteksi Dini& Atasi 45 Penyakit dan Gangguan Saraf. Yogyakarta: Rapha Publishing.
- Ariani, T. A. 2012. *Sistem Neurobehaviour*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ariyanti, D., Ismonah, & Hendrajaya. 2013. Efektivitas Active Asistive Range Of Motion Terhadap Kekuatan Otot Eksterminas Pada Pasien Stroke Non Hemoragik. 8.
- Batticaca, F. B. 2012. Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan/ Fransisca B. Batticaca. Jakarta: Salemba Medika.
- Batticaca, F.B., 2008. *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Bulechek, Gloria M., Docterman, Joanne M., Wegner, Cheryl M. 2013. Nursing Interventions Classification (NIC). Jakarta: CV. Mocomedia
- Chang, E. 2009. *Patofisiologi : aplikasi pada praktik keperawatan* . Jakarta : EGC.
- Dosen Keperawatan Medikal Bedah Indonesia, 2016. *Rencana Asuhan keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Dewanto, et all. 2009. Panduan Praktis Diagnosa & Tata Laksana Penyakit Saraf. Jakarta : EGC.
- E. Doenges, M. 1999. Rencana, Intervensi, & Dokumentasi Asuhan Keperawatan. Jakarta: EGC.
- Esther, 2010. *Patofisiologi Aplikasi Pada Praktek Keperawatan*. Jakarta: Buku
- Ginsberg, L. 2008. Lecture Notes Neurologi. Ed 8. Jakarta :Erlangga.
- Hendayani, W. L., & Sari, D. M. 2018. Pengaruh Dukungan Keluarga Terhadap Konsep Diri Pasien Stroke Yang Mengalami Kelumpuhan Di Poli Klinik Saraf Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2018. *Jurnal Kesehatan Medika Saintika* , 96.
- Hendayani, W. L., & Sari, D. M. 2018. Pengaruh Dukungan Keluarga Terhadap Konsep Diri Pasien Stroke Yang Mengalami Kelumpuhan Di Poli Klinik Saraf Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2018. *Jurnal Kesehatan Medika Saintika* , 96.
- Kabi, G. Y., Tumewah, R. & Kembuan, M. A., 2015. Gambaran Faktor Risiko Pada Penderita Stroke Iskemik Yang Dirawat Inap Neurologi RSUP Prof. R. D. Kandou Manado Periode Juli 2012 - Juni 2013. *Jurnal e-Clinic (eCl)*, Volume 3, p. 6.
- Kimberly A.,J. & Bilotta. 2011. *Kapita Selekta Penyakit dengan Implementasi Keperawatan* . Jakarta: EGC.
- Mathias Baehr dan Frotscher Michael. 2010. *Diagnosis topik neurologi duus: anatomi, fisiologi, tanda, gejala*. Jakarta:EGC.

- Muhlisin, A. 2011. Dokumentasi Keperawatan. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Munir, B. 2015. *NEUROLOGI DASAR*. Jakarta : Sagung Seto.
- Muttaqin, A. 2008. Asuhan keperawatan klien gangguan sistem muskuloskeletal . Jakarta: EGC.
- Muttaqin, A. 2012. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Moorhead, S., Johnson, M., Mass, M. L. & Elizabeth, S., 2013. *Nursing Outcomes Classification (NOC) Pengukur Outcomes Kesehatan*. 5 ed. Singapore: Elsevier.
- Neny, K., & Fitriyani. 2014. Hemiparese Sinistra, Parese Nervus VII, IX, X, XII E.C Stroke Non-Hemoragik. *MEDULA* .
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. 2016. Asuhan Keperawatan Praktis Berdasarkan Penerapan Diagnosa Nanda, NIC, NOC dalam Berbagai Kasus Edisi Revisi Jilid 2. Yogyakarta: Mediaction Publishing.
- Nursalam. 2015. Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: pendekatan Praktis Edisi 4. Jakarta: Salemba Medika.
- Pradana, M. D. 2016. Upaya Peningkatan Mobilitas Fisik pada Pasien Stroke Nonhemoragik di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro. hal. 3.
- Presley, B. 2014. Penatalaksanaan Farmakologis Stroke iskemik Akut. *Buletin Rasional*.
- Raharjo, A. S., & Tuti, R. 2015. *Hubungan faktor usia, jenis kelamin, Dan Pekerjaan Dengan Jenis Stroke Di PoliSaraf RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan*. Program studi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan, 1.
- Rikesdas, 2013. *Info Datin Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI*. Jakarta : Pusdatin Kementerian Kesehatan RI.
- Sari, S. H., Agianto, & Wahid, A. 2015. Batasan Karakteristik dan Faktor Yang Berhubungan (Etiologi) Diagnosa Keperawatan: Hambatan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke . *Dunia Keperawatan Jurnal Keperawatan dan Kesehatan* .
- Suratun, Heryati, Manurung, S. & Raenah, E., 2008. *Klien gangguan sistem muskuloskeletal : seri asuhan keperawatan*. 1st ed. Jakarta: EGC.
- Utrin, I., Mutiara & Yusad., 2011. Pengaruh Hipertensi Terhadap Kejadian Stroke Iskemik Dan Stroke Hemoragik Di Ruang Neurologi Di Rumah Sakit Stroke Nasional (RSNN) Bukittinggi Tahun 2011. 9
- Wilkinson, J. M. 2011. Buku Saku Diagnosis Keperawatan: diagnosis NANDA, intervensi NIC, kriteria hasil NOC Edisi 9. Jakarta: EGC.
- Yasmara, D., Nursiswati & Arafat, R., 2016. *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Diagnosis Nanda-I 2015-2017 Intervensi NIC Hasil NOC*. Jakarta : EGC.

Lampiran 3. 1 Jadwal Penyelenggaraan Karya Tulis Ilmiah

JADWAL PENYELENGGARAAN KARYA TULIS ILMIAH: LAPORAN KASUS

KETERANGAN	TAHUN 2018																TAHUN 2019																			
	JUNI				JULI-SEPT				OKT				NOV-DES				JAN				FEB-APR				MEI				JUNI				JULI			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Informasi Penelitian																																				
Konfirmasi Penelitian																																				
Konfirmasi Judul																																				
Penyusunan Proposal Laporan Kasus																																				
Seminar Proposal																																				
Revisi																																				
Pengumpulan Data																																				
Konsul Penyusunan Data																																				
Ujian Sidang																																				
Revisi																																				
Pengumpulan Laporan Kasus																																				

Lampiran 3. 2 Lembar Pemberitahuan Melakukan Penelitian


KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN KAMPUS LUMAJANG
 Jl. Brigjend. Katamso Telp. (0334) 882262, Fax. (034) 882262 Lumajang 67312
 Email : d3keperawatan@unej.ac.id

KEPUTUSAN KOORDINATOR PRODI D3 KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER KAMPUS LUMAJANG

Nomor : 312 /UN25.1.14.2/UT /2019

TENTANG

IJIN PENYUSUNAN TUGAS AKHIR

Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang, setelah menimbang pedoman menyusun Tugas Akhir Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Lumajang, Nomor : 188.4/472/427.35.28/2015 Tanggal 20 Agustus 2015, dengan persetujuan pembimbing tanggal 18 Februari 2019

MEMUTUSKAN

Menetapkan kepada mahasiswa tersebut dibawah ini :

N a m a	: NOVIA LUSIANA
Nomor Induk Mahasiswa	: 162303101089
Tempat, Tanggal Lahir	: Lumajang, 19 November 1996
Prodi	: D3 Keperawatan
Tingkat / Semester	: III/ VI
A l a m a t	: Dusun Krajan Rt 019 Rw 005, Desa Yosowilangun Lor, Kecamatan Yosowilangun, Kabupaten Lumajang

diijinkan memulai menyusun Tugas Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Stroke Iskemik Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Tahun 2019".

Dengan pembimbing :

1. Achlish Abdullah, S.ST. M.Kes

Surat Keputusan ini mulai berlaku sejak ditetapkan dan akan ditinjau kembali jika dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan.

Ditetapkan di : Lumajang
 Pada Tanggal : 18 Februari 2019

Koordinator Prodi D3 Keperawatan
 Universitas Jember Kampus Lumajang


NURUL HAYATI, S.Kep.Ners.MM
 NIP. 19650629 198703 2 008



**PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jalan : Arif Rahman Hakim No. 1 Telp./Fax. (0334) 881586 e-mail : kesbangpol@lumajang.go.id
LUMAJANG - 67313

SURAT PEMBERITAHAUAN UNTUK MELAKUKAN PENELITIAN/SURVEY/KKN/PKL/KEGIATAN

Nomor : 072/454/427.75/2019

- Dasar** : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 ;
2. Peraturan Daerah Kabupaten Lumajang Nomor 20 Tahun 2007 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Lumajang.
- Menimbang** : Surat dari Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang Nomor:313/UN25.1.14.2/LT/2019 tanggal 18 Februari 2019, perihal izin Pengambilan Data atas nama NOVIA LUSIANA.

Atas nama Bupati Lumajang, memberikan rekomendasi kepada :

1. Nama : NOVIA LUSIANA
2. Alamat : Dsn. Krajan RT 19 RW 05 Yosowilangun Lor, Yosowilangun
3. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
4. Instansi/NIM : UNEJ Kampus Lumajang/162303101089
5. Kebangsaan : Indonesia

Untuk melakukan Penelitian/Survey/KKN/PKL/Kegiatan:

1. Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Stroke Iskemik Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019
2. Bidang Penelitian : Keperawatan
3. Penanggungjawab : Nurul Hayati, S.Kep.Ners.MM
4. Anggota/Peserta : -
5. Waktu Penelitian : 25 Februari 2019 s/d 31 Mei 2019
6. Lokasi Penelitian : Dinas Kesehatan Kab. Lumajang, RSUD dr. Haryoto Lumajang

- Dengan ketentuan** :
1. Berkewajiban menghormati dan mentaati peraturan dan tata tertib di daerah setempat/lokasi penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
 2. Pelaksanaan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di daerah/lokasi setempat;
 3. Wajib melaporkan hasil penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan dan sejenisnya kepada Bupati Lumajang melalui Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Lumajang setelah melaksanakan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
 4. Surat Pemberitahuan ini akan dicabut dan dinyatakan tidak syah/tidak berlaku lagi apabila ternyata pemegang Surat Pemberitahuan ini tidak mematuhi ketentuan tersebut di atas.

Lumajang, 21 Februari 2019
a.n KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK
KABUPATEN LUMAJANG
Kepala Bidang HAL

Drs. ABU HASAN
Pembina
NIP. 19620801 199303 1 001

Tembusan Yth. :

1. Bupati Lumajang (*sebagai laporan*),
2. Sdr. Ka. Polres Lumajang,
3. Sdr. Ka. BAPPEDA Kab. Lumajang,
4. Sdr. Ka. Dinas Kesehatan Kab. Lumajang,
5. Sdr. Direktur RSUD dr. Haryoto Lumajang,
6. Sdr. Koord Prodi D3 Keperawatan
UNEJ Kampus Lumajang,
7. Sdr. Yang Bersangkutan.

Lampiran 3. 3Surat Izin Pengambilan Data

Lumajang, 18 Februari 2019

Yth. Koordinator Prodi D3 Keperawatan
UNEJ Kampus Lumajang
di –
LUMAJANG

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember
Kampus Lumajang :

Nama : Novia Lusiana
NIM : 162303101089

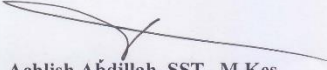
Telah mendapatkan ijin dari Pembimbing Tugas Akhir saya untuk menyusun Tugas Akhir dengan
judul “Asuhan Keperawatan Stroke Iskemik Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas
Fisik Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Tahun 2019 “.Sehubungan dengan hal
tersebut, bersama ini kami mohon perkenan Koordinator Prodi D3 Keperawatan UNEJ Kampus
Lumajang untuk memberikan surat pengantar dan permohonan ijin untuk melakukan penelitian di
institusi tersebut dibawah ini :

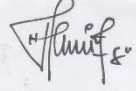
Nama Instansi : RSUD dr. Haryoto Lumajang
Alamat : Jl. Basuki Rahmat No. 5, Tompokersan, Kecamatan Lumajang,
Kabupaten Lumajang, Jawa Timur 67316
Waktu penelitian : Februari 2019– Mei 2019

Demikian atas perkenannya diucapkan terima kasih

Mengetahui :
Pembimbing KTI

Hormat kami,
Pemohon,


Achlish Abdillah, SST., M.Kes
NIP.19720323 200003 1 003


Novia Lusiana
NIM 162303101089

Lampiran 3. 4 *Informed Consent*

Informed Consent klien 1

42

Lampiran 2

**FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)**

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Inisial : N. N

Umur : 42 th

Jenis kelamin : Perempuan

Alamat : Benteng Rejo - Kunir

Pekerjaan : IBU RUMAH TANGGA

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan risiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul:

“Asuhan Keperawatan pada Klien Stroke Iskemik dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019”

Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Lumajang, ... 04 April 2019

Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian

Yang Menyetujui,
Peserta Penelitian

Novia Lusiana
NIM. 162303101089

(.....)

Informed Consent klien 2

42

Lampiran 2

FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN (INFORMED CONSENT)

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Inisial :

Umur : 29 Thn

Jenis kelamin : Perempuan

Alamat : Klaten Kebon

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan risiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul:

“Asuhan Keperawatan pada Klien Stroke Iskemik dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019”

Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Lumajang, 22 April 2019

Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian



Novia Lusiana
NIM. 162303101089

Yang Menyetujui,
Peserta Penelitian



(..........)

Lampiran 4. 1 Panduan Pengkajian

**PANDUAN PENGKAJIAN KEPERAWATAN PADA KLIEN STROKE
ISKEMIK DENGAN MASALAH KEPERAWATAN HAMBATAN
MOBILITAS FISIK**

No.	Pengkajian	Klien 1	Klien 2
1.	Biodata: Jenis Kelamin Resiko diatas 55 tahun Wanita lebih tinggi dibanding laki-laki (Munir, 2015). Umur Serangan sering terjadi pada usia 50 tahun atau lebih dan terjadi pada malam hingga pagi hari.		
2.	Keluhan Utama Sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi dan penurunan tingkat kesadaran (Muttaqin, 2012).		
3.	Riwayat Penyakit Sekarang Stroke iskemik dapat berupa iskemia atau emboli dan thrombosis serebral, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, bangun tidur atau di pagi hari. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak lain (Muttaqin, 2012).		
4.	Riwayat Penyakit Dahulu Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obatan anti koagulan, aspirin, vasodilatator, obat-obat adiktif, dan kegemukan (Muttaqin, 2012).		
5.	Riwayat Penyakit Keluarga Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes mellitus, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu (Muttaqin, 2012).		
Pola Kesehatan			
6.	persepsi dan manajemen kesehatan Sensorik motorik menurun atau hilang mudah terjadi injury, perubahan persepsi dan orientasi (Bayu uya, 2014).		
7.	Pola Nutrisi-Metabolik Nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut (peningkatan tekanan intrakranial), hilangnya sensasi (rasa kecap) pada lidah, pipi, dan tenggorokan (M. E. doenges, 1999).		
8.	Pola Eliminasi Perubahan kebiasaan BAB dan BAK. Misalnya inkontinensia urine, anuria, distensi kandung kemih, distensi abdomen, suara usus menghilang (M. E. Doenges, 1999)		

9.	<p>Pola aktivitas dan latihan</p> <p>Pada klien dalam kasus strokedidapatkan hasil bahwa pola latihan dan aktivitasnya terganggu dengan tanda dan gejala: kelemahan dan kelumpuhan pada separuh badan.</p> <p>Klien akan mengalami kesulitan aktivitas akibat kelemahan, hilangnya rasa, paralisis, hemiplegi, dan mudah lelah (Bayu uya, 2014).</p>		
10.	<p>Pola kognitif</p> <p>Pada klien dalam kasus stroke didapatkan hasil bahwa pola kognitif terganggu dengan tanda dan gejala: nyeri atau sakit yang hebat pada kepala.</p> <p>Gangguan penglihatan (penglihatan kabur), lapang pandang menyempit, hilangnya daya sensoripada bagian yang berlawanandibagian ekstremitas dan kadang-kadang pada sisi yang sama di muka.</p>		
11.	<p>Pola persepsi dan Konsep diri</p> <p>Pada klien dalam kasus stroke didapatkan hasil bahwa pola persepsi konsep diri terganggu dengan tanda dan gejala: pasien merasa malu dengan kecacatan pada tubuhnya, klien kehilangan pekerjaan karena penyakitnya dan pasien tidak dapat memerankan peran sebagai suami/istri/orang tua. Emosi labil, respon yang tak tepat, mudah marah,kesulitan untuk mengekspresikan diri.</p>		
12.	<p>Pola tidur dan istirahat</p> <p>Mudah lelah dan susah tidur.</p>		
13.	<p>Pola Peran Hubungan</p> <p>Gangguan dalam bicara, ketidakmampuan berkomunikasi.</p>		
14.	<p>Pola Seksual dan Reproduksi</p> <p>Menurut Djeno (2005) dalam M, Sumaryanto, & W, (2013) memaparkan bahwa faktor fisik, budaya dan psikis dapat mempengaruhi aktifitas swksual penderita stroke. Faktor fisik mempunyai peranan sangat penting dalam aktifitas seksual. Faktor fisik yang berperan adalah pembuluh darah, hormonal, neuromuskular dan umur. Jika kondisi fisik terganggu, kemungkinan besar akn mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan seksualitasnya.</p>		
15.	<p>Pola Toleransi Stress- Koping</p> <p>Pada klien dalam kasus stroke didapatkan hasil bahwa pola koping dan toleransi diri terganggu dengan tanda dan gejala: pasien merasa gelisah dan khawatir karena tidak akan bisa lagi kembali ke aktivitas normal dalam jangka waktu yang lama.</p>		
16.	<p>Nilai dan Kepercayaan</p> <p>Menurut teori dari Utami dan Supratman, (2009) dalam sasmika (2016) bahwa seseorang mengalami stroke akan mempengaruhi beberapa aspek seperti aspek kesehatan fisik, psikologi, sosial dan spiritual. Stroke tidak hanya menyangkut aspek neurologis saja tetapi berdampaknya pada krisis kepercayaan terhadap Tuhan pemberi kekuatan, arti hidup yang mengalaminya dan harapan.</p>		
Observasi dengan Pemeriksaan Fisik (<i>Head to toe</i>)			

17.	Keadaan umum Umumnya mengalami penurunan kesadaran, kadang mengalami gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara dan pada tanda – tanda vital tekanan darah meningkat, dan denyut nadi bervariasi (Ariani, 2013).		
18.	Tanda-tanda Vital Tekanan darah biasanya meningkat pada pagi hari hingga siang. Peningkatan tensi darah menyebabkan peningkatan intraplak (Sutrisno, 2007).		
19.	Rambut Keadaan bersih atau kotor, warna rambut hitam merah atau putih (beruban) penyebaran rambut rata atau tidak, bau atau tidak.		
20.	Wajah Tampak simetris atau tidak, nyeri atau sakit yang hebat pada kepala wajah menyeringai.		
21.	Mata dan hidung Gangguan penglihatan (penglihatan kabur), lapang pandang menyempit, hilangnya daya sensoripada bagian yang berlawanandibagian ekstremitas dan kadang-kadang pada sisi yang sama di muka.		
22.	Mulut Bicara pelo, Mulut tidak simetris.		
23.	Leher dan tenggorokan Terdapat pembesaran kelenjar tyroid atau tidak, terdapat pembesaran veaen dengan peningkatan produksi secret dan kemampuan batuk yang menurun yang sering didapatkan pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma.		
24.	Jantung Pengkajian pada system 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).		
25.	Abdomen 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.		
26.	Alat genitalia dan rectum Setelah stroke iskemik 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.		
27.	Ekstermitas atas dan bawah Adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralise/ hemiplegi, serta mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat (Muttaqin, 2012).		

	<p>Batasan karakteristik Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik :</p> <p>Dispnea setelah beraktivitas, gangguan sikap berjalan, gerakan lambat, gerakan spastik, gerakan tidak terkoordinasi, instabilitas postur, kesulitan membolak-balik posisi, keterbatasan rentang gerak, ketidaknyamanan melakukan aktivitas lain sebagai pengganti pergerakan (mis., meningkatkan perhatian pada aktivitas orang lain, mengendalikan perilaku, fokus pada aktivitas sebelum sakit), penurunan kemampuan melakukan keterampilan motorik halus. penurunan kemampuan melakukan keterampilan motorik kasar, penurunan waktu reaksi, tremor akibat bergerak (Wilkinson, 2016).</p>		
28.	<p>Dokumentasi</p> <p>Pemeriksaan Laboratorium :</p> <p>Lumbal pungsi : pemeriksaan likuor merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (xantokrom) sewaktu hari-hari pertama.</p> <p>Analisa gas darah</p> <p>Pemeriksaan kimia darah: pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah dapat mencapai 250 mg.</p> <p>Pemeriksaan darah lengkap: untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri.</p> <p>Kreatini kinase (CK): Gangguan serebri juga dihubungkan dengan nilai kadar CK dan CK-MB total abnormal.</p> <p>C-Reactive protein (CRP): kadarnya akan meningkat 100x dalam 24-48 jam setelah terjadi luka jaringan.</p> <p>Profil lemak darah: kolesterol serum total yang meningkat di atas 200 mg/ml.</p>		
29.	<p>Angiografi serebral</p> <p>Memperjelas gangguan atau kerusakan pada diskulasi serebral dan merupakan pemeriksaan pilihan utama untuk mengetahui aliran darah serebral secara keseluruhan (Yasmara,2016)</p>		
30.	<p>Ct-Scan</p> <p>Pada stroke non-hemoragi akan terlihat adanya infark (Ariani, 2013).</p>		
31.	<p>MRI</p> <p>Didapatkan area yang mengalami lesi infark akibat dari hemoragik (Muttaqin, 2012).</p>		

Lampiran 4. 2 Satuan Acara Penyuluhan

SATUAN ACARA PENYULUHAN
“Stoke Iskemik dengan Latihan Range Of Motion”
DI RUANG MELATI RSU dr.HARYOTO LUMAJANG
Tahun 2019



Disusun oleh:
NOVIA LUSIANA
162303101089

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
TAHUN 2019

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok Bahasan	: Stoke Iskemik dengan Latihan Range Of Motion
Sasaran	: Pasien dan Keluarga Pasien
Waktu	: 15 Menit
Tempat	: Ruang Melati
Penyuluh	: Mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember

A. ANALISA SITUASI

1. Sasaran/Peserta Penyuluhan
 - 1) Pasien dan keluarga pasien di Ruang Melati
 - 2) Jumlah peserta di sekitar 2-3 orang
 - 3) Peserta yang bersedia mengikuti penyuluhan
2. Penyuluh
 - 1) Mampu berkomunikasi dengan baik
 - 2) Mempunyai kemampuan ilmu tentang Stoke Iskemik dengan Latihan Range Of Motion
3. Mampu membuat peserta penyuluh paham tentang Stoke Iskemik dengan Latihan Range Of Motion
 - 1) Di Ruang Melati
 - 2) Ruangan dapat menampung 2-3 orang
 - 3) Penerangan, ventilasi, dan fasilitator cukup baik yang disertai suasana kondusif untuk terlaksananya kegiatan penyuluhan

B. TUJUAN INSTRUKTUSIONAL

1. Tujuan Instruktusional Umum

Setelah dilakukan penyuluhan tentang “Stoke Iskemik dengan Latihan Range Of Motion”, diharapkan peserta penyuluhan mampu memahami penyakit Stroke Iskemik.
2. Tujuan Instruktusional Khusus

Setelah dilakukan penyuluhan tentang “Stoke Iskemik dengan Latihan Range Of Motion”, diharapkan peserta penyuluhan mampu untuk:

- 1) Menjelaskan pengertian Stroke Iskemik
- 2) Memahami penyebab Stroke Iskemik
- 3) Memahami faktor resiko Stroke Iskemik
- 4) Menyebutkan tanda dan gejala Stroke Iskemik
- 5) Memahami penatalaksanaan Stroke Iskemik
- 6) Memahami cara perawatan Stoke Iskemik dengan Latihan Range Of Motion di rumah

C. MATERI PENYULUHAN

1. Pengertian Stroke Iskemik
2. Etiologi Stroke Iskemik
3. Faktor Resiko Stroke Iskemik
4. Tanda dan Gejala Stroke Iskemik
5. Penatalaksanaan Stroke Iskemik
6. Perawatan Stoke Iskemik dengan Latihan Range Of Motion di rumah

D. METODE

1. Ceramah
2. Diskusi

E. PENYULUH

Novia Lusiana

F. KEGIATAN PENYULUHAN

Tahap Kegiatan		Kegiatan Penyuluh	Kegiatan Sasaran	Waktu
Pembukaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyampaikan salam dan memperkenalkan diri 2. Apersepsi 3. Relevansi 4. Menjelaskan tujuan umum dan tujuan khusus 5. Melakukan kontrak waktu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyampaikan salam dan memperkenalkan diri 2. Menggali pengetahuan awal peserta 3. Membandingkan pendapat peserta dengan kenyataan dan manfaat penyuluhan 4. Menyebutkan materi/pokok bahasan yang akan disampaikan 5. Melakukan kontrak waktu dengan peserta 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyambut salam dan mendengar-kan 2. Mendengar-kan dan menjawab 3. Mendengar-kan dan memperhatikan 4. Mendengar-kan dan memahami tujuan; 5. Mendengar-kan dan menyepakati kontrak waktu 	3 menit

Penyajian	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengertian Stroke Iskemik 2. Penyebab Stroke Iskemik 3. Faktor resiko Stroke Iskemik 4. Tanda dan gejala Stroke Iskemik 5. Penatalaksanaan Stroke Iskemik 6. Perawatan di Rumah 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan pengertian Stroke Iskemik; Memberi kesempatan peserta untuk bertanya 2. Menjelaskan penyebab Stroke Iskemik; Memberi kesempatan peserta untuk bertanya 3. Menjelaskan faktor resiko stroke iskemik 4. Menjelaskan tanda dan gejala Stroke iskemik; Memberi kesempatan peserta untuk bertanya 5. Menjelaskan penatalaksanaan Stroke Iskemik Memberi kesempatan peserta untuk bertanya 6. Menjelaskan perawatan stroke iskemik dengan latihan ROM di rumah 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengar-kan dan memperhatikan materi yang disampaikan; Mengajukan pertanyaan 2. Mendengar-kan dan memperhatikan penyebab Stroke iskemik; Mengajukan pertanyaan 3. Mendengarkan dan memperhatikan faktor resiko stroke iskemik; 4. Mendengar-kan dan memperhatikan tanda dan gejala Stroke iskemik; Mengajukan pertanyaan 5. Mendengar-kan dan memperhatikan penatalaksanaan Stroke iskemik; Mengajukan pertanyaan 6. Mendengarkan dan memperhatikan perawatan di rumah 	10 menit
Penutup	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meninjau kembali 2. Evaluasi 3. Tindak lanjut 4. Kesimpulan 5. Salam penutup 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meninjau kembali pemahaman peserta 2. Mengevaluasi pengetahuan peserta dengan menanyakan materi yang sudah dijelaskan 3. Memberikan tindak lanjut 4. Menarik kesimpulan dan memberi leaflet 5. Mengucapkan salam. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab pertanyaan yang diajukan penyuluh 2. Menjawab pertanyaan yang diajukan penyuluh 3. Menyimak tindak lanjut; Menerima leaflet 4. Mendengar-kan kesimpulan dan menerima leaflet 5. Menyambut salam 	2 menit

G. EVALUASI

1. Apakah pengertian Stroke Iskemik ?
2. Apakah penyebab Stroke Iskemik?
3. Apakah faktor resiko Stroke Iskemik?
4. Bagaimanakah tanda dan gejala Stroke Iskemik?

5. Bagaimanakah penatalaksanaan Stroke Iskemik?
6. Bagaimanakah perawatan di rumah?

H. MATERI

1. Definisi

Stroke iskemik merupakan gangguan pada fungsi otak yang terjadi secara tiba-tiba, yang dapat menyebabkan penurunan kesadaran ataupun penurunan fungsi neurologi lainnya, yang terjadi lebih dari 24 jam dimana penyebabnya adalah gangguan sirkulasi aliran darah ke otak (Anurogo, 2014).

2. Penyebab

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemia jaringan otak yang dapat menimbulkan oedema dan kongesti di sekitarnya. Trombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan ischemic cerebral. Tanda dan gejala sering kali membentuk pada 48 jam Setelah trombosis. Beberapa keadaan di bawah ini dapat menyebabkan trombosis otak :

- a. Aterosklerosis
- b. Hiperkoagulasi pada polisitemia
- c. Arteritis (radang pada arteri)
- d. Emboli (Muttaqin, 2012)

3. Faktor Resiko

- a. Hipertensi, penyakit jantung
- b. Riwayat keluarga penderita stroke
- c. Riwayat mengalami serangan iskemik transien
- d. Diabetes, hiperlipidemia
- e. Merokok sigaret, asupan alkohol yang meningkat
- f. Obesitas, gaya hidup yang kurang gerak
- g. Penggunaan kontrasepsi hormonal (Stockslager Buss, 2013)

4. Tanda dan Gejala

Manifestasi klinis bergantung pada neuroanatomi dan vaskularisasinya. gejala klinis dan defisit neurologis yang ditemukan berguna untuk menilai lokasi iskemik.

- a. Gangguan peredaran darah arteri serebri anterior menyebabkan hemiparesis dan hemiplegia kontralateral yang terutama melibatkan tungkai.
- b. Gangguan peredaran darah arteri serebri media menyebabkan hemiparesis dan hemiplegia kontralateral yang terutama mengenai lengan disertai gangguan fungsi Luhur berupa afasia (bila mengenai area otak dominan) atau hemispatial neglect (bila mengenai area otak non dominan).
- c. Gangguan peredaran darah arteri cerebri posterior menimbulkan hernia homonim atau kuadrantanopsi kontralateral tanpa disertai gangguan motorik maupun sensorik. gangguan daya ingat terjadi bila terjadi infark Pada lobus temporalis medial. Aleksia tanpa agrafia timbul bila infark terjadi pada korteks visual dominan dan splenium corpus Kalosum. agnosia dan prosopagnosia (ketidakmampuan mengenali wajah) timbul akibat infark pada korteks temporooksisivitalis inferior.
- d. Gangguan peredaran darah batang otak menyebabkan gangguan saraf kranial seperti di diplopia dan vertigo gangguan cerebral seperti ataksia atau hilang keseimbangan atau penurunan kesadaran.
- e. Infark lakunar merupakan infark kecil dengan klinis gangguan murni motorik atau sensorik tanpa di sertai gangguan fungsi luhur.

5. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan stroke iskemik menurut Jaime Stockslager Buss (2013) yaitu:

- a. Terapi trombolitik (aktivator plasminogen jaringan, alteplase) dalam 3 jam pertama setelah onset gejala untuk menghancurkan bekuan, membuang oklusi, dan memperbaiki aliran darah. Meminimalkan kerusakan otak (kecuali jika dikontraindikasikan).
- b. Terapi antikoagulan (heparin, warfarin) untuk mempertahankan patensi pembuluh darah dan mencegah terbentuknya bekuan (diberikan 24 jam Setelah terapi trombolitik)

- c. Penyekat beta adrenergik atau pasta nitrogliserin, sesuai indikasi, untuk menangani hipertensi
 - d. Agen-agen antitrombotik (seperti aspirin) saat keluar rumah sakit untuk mencegah terjadinya stroke berikutnya
 - e. Endarterektomi karotis untuk membuka sebagian (lebih dari 70%) arteria carotis yang tersumbat, atau angioplasti transluminal perkutan atau insersi bidai (stent) untuk membuka pembuluh darah yang tersumbat.
6. Perawatan di Rumah dengan menggunakan latihan ROM (Range of Motion)
- a. Promosi Mekanika Tubuh: Memfasilitasi penggunaan postur dan pergerakan dalam aktivitas sehari-hari untuk mencegah keletihan dan ketegangan atau cedera muskuloskeletal
 - b. Promosi Latihan Fisik: Memfasilitasi aktivitas fisik teratur untuk mempertahankan atau meningkatkan ke tingkat kemampuan dan kesehatan yang lebih tinggi
 - c. Terapi Latihan Fisik: Latihan Kekuatan: Memfasilitasi pelatihan otot resistif secara rutin untuk mempertahankan atau meningkatkan kekuatan otot
 - d. Terapi Latihan Fisik: Ambulasi: Meningkatkan dan membantu dalam berjalan untuk mempertahankan atau mengembalikan fungsi tubuh autonom dan volunter selama pengobatan dan pemulihan dari kondisi sakit atau cedera
 - e. Terapi Latihan Fisik: Keseimbangan: Menggunakan aktivitas, postur, dan gerakan tertentu untuk mempertahankan, meningkatkan, atau memulihkan keseimbangan
 - f. Terapi Latihan Fisik: Mobilitas Sendi: Menggunakan gerakan tubuh aktif dan pasif untuk mempertahankan atau mengembalikan fleksibilitas sendi
 - g. Terapi Latihan Fisik: Pengendalian Otot: Menggunakan aktivitas tertentu atau protokol latihan yang sesuai untuk meningkatkan atau mengembalikan gerakan tubuh yang terkendali
 - h. Pengaturan Posisi: Mengatur posisi pasien atau bagian tubuh pasien secara hati-hati untuk meningkatkan kesejahteraan fisiologis atau psikologis

- i. Pengaturan Posisi: Kursi Roda: Mengatur posisi pasien dengan benar di kursi roda pilihan untuk mencapai rasa nyaman, meningkatkan integritas kulit, dan menumbuhkan kemandirian pasien
- j. Bantuan Perawatan Diri: Berpindah: Membantu individu untuk mengubah posisi tubuhnya

DAFTAR PUSTAKA

- Batticaca, Fransisca B. 2008. *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Muttaqin, Arif. 2008. *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Anurogo, D. (2014). 45 Penyakit dan Gangguan Saraf Deteksi Dini& Atasi 45 Penyakit dan Gangguan Saraf. Yogyakarta: Rapha Publishing.
- Wilkinson, J. M. (2011). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan: diagnosis NANDA, intervensi NIC, kriteria hasil NOC Edisi 9*. Jakarta: EGC.

**Stroke Iskemik dengan Latihan
Range Of Motion**



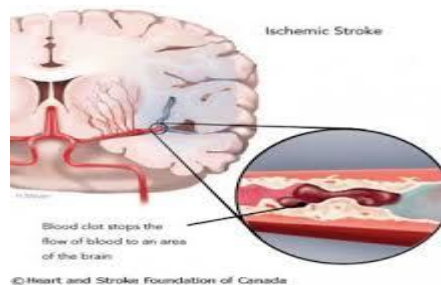
Oleh :
Novia Lusiana
162303101089

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN UNEJ
FAKULTAS KEPERAWATA
UNIVERSITAS JEMBER
2019**

STROKE ISKEMIK ?



Gangguan pada fungsi otak yang terjadi secara tiba-tiba, yang dapat menyebabkan penurunan kesadaran ataupun penurunan fungsi neurologi lainnya, yang terjadi lebih dari 24 jam.



PENYEBAB STROKE ISKEMIK:

Dapat disebabkan karena adanya sumbatan atau penyempitan pembuluh darah otak akibat penumpukan bekuan darah, lemak, ataupun udara.

Faktor Resiko

- Hipertensi, penyakit jantung
- Riwayat keluarga penderita stroke
- Diabetes
- Perokok aktif
- Obesitas dan gaya hidup yang kurang sehat

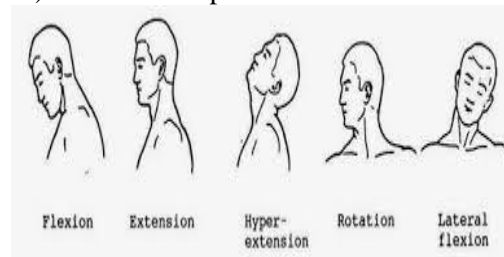
Tanda dan gejala

- 1) Kehilangan motorik : terjadi kelemahan pada anggota gerak tubuh salah satu sisi
- 2) Kehilangan komunikasi : bicara pelo, wajah perot
- 3) Gangguan persepsi dan kehilangan sensori : terjadi gangguan penglihatan, pendengaran, penciuman dan perabaan.
- 4) Gangguan efek kognitif dan psikologi.

Latihan ROM

Adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan/memperbaiki tingkat kemampuan pergerakan sendi secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan kekuatan otot.

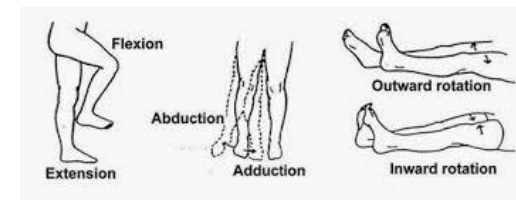
1) Gerakan Kepala



2) Gerakan Tangan



3) Gerakan Kaki



Lampiran 4. 3 SOP *Range Of Motion*

Standart Operasional Prosedur

Range Of Motion

1. Pengertian

Range of motion adalah latihan gerakan sendi yang memungkinkan terjadinya kontraksi dan pergerakan otot, dimana klien menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal baik secara aktif ataupun pasif. ROM baik pasif maupun aktif memberikan efek pada fungsi motorik pada anggota ekstremitas atas pada pasien pasca stroke (Chaidir, Ilma, 2014).

2. Tujuan

- a. Menjaga kelenturan otot-otot
- b. Mencegah kekakuan otot
- c. Meningkatkan kekuatan otot
- d. Mencegah terjadinya kekakuan (kontraktur) dan kemunduran pemecahan kekakuan (dekondisioning)

3. Klasifikasi

- a. ROM Aktif adalah kontraksi otot secara aktif melawan gaya gravitasi seperti mengangkat tungkai dalam posisi lurus.
- b. ROM Pasif yaitu gerakan otot klien yang dilakukan oleh orang lain dengan bantuan oleh klien (Sulistiawan & Husna, 2014).

4. Kontraindikasi

- a. Latihan ROM tidak boleh diberikan apabila gerakan dapat mengganggu proses penyembuhan cedera.
 - 1) yang terkontrol dengan seksama dalam batas-batas gerakan yang bebas nyeri selama fase awal penyembuhan akan memperlihatkan manfaat terhadap penyembuhan dan pemulihan.
 - 2) terdapatnya tanda-tanda terlalu banyak atau terdapat gerakan yang salah, termasuk meningkatnya rasa nyeri dan peradangan .

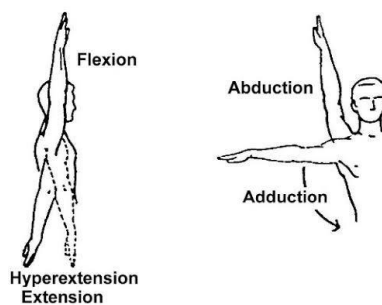
b. ROM tidak boleh dilakukan bila respon pasien atau kondisinya membahayakan (*life threatening*).

- 1) PROM dilakukan secara hati-hati pada sendi-sendi besar, sedangkan AROM pada sendi ankle dan kaki untuk meminimalisasi venous statis dan pembentukan thrombus.
- 2) Pada keadaan setelah infark miokard, operasi arteri koronaria, dan lain-lain, AROM pada ekstremitas atas masih dapat diberikan dalam pengawasan yang ketat (Sulistiawan & Husna, 2014).

5. Prosedur Tindakan Latihan Range Of Motion

1) Terapi Latihan Range Of Motion Pada Ekstermitas Atas

a. Bahu



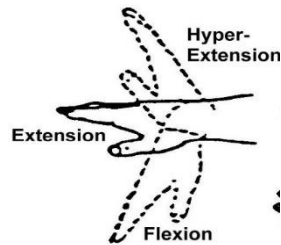
Gerakkan lengan abduksi adduksi (geser lengan menjauh menyamping dari badan, biarkan lengan berputar dan berbalik), fleksi-ekstensi (angkat lengan lurus melewati kepala pasien, istirahatkan lengan terlentang diatas kepala ditempat tidur).

b. Siku



Menggerakkan lengan bawah fleksi-ekstensi (tekuk lengan pasien sehingga lengan menyentuh kebahu, luruskan lengan ke depan).

c. Pergelangan lengan



(Tekuk pergelangan tangan kedepan dan menggenggam, tekuk pergelangan tangan kebelakang dan tegakkan jari-jari, gerakkan pergelangan tangan kelateral).

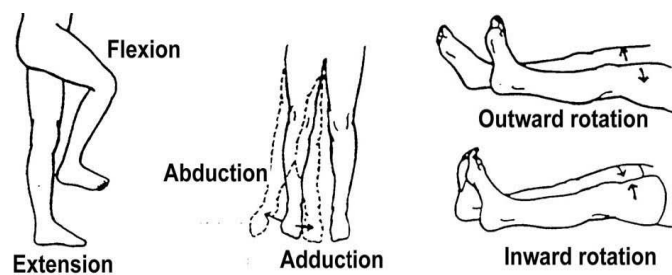
d. Kemudian jari-jari



Fleksi-ekstensi (memegang telapak tangan, tekuk semua jari sekali, luruskan semua jari sekali).

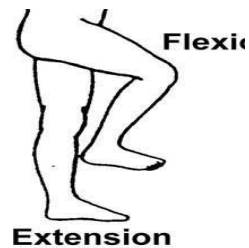
2) Melatih Range Of Motion pada ekstremitas bawah

a. Panggul



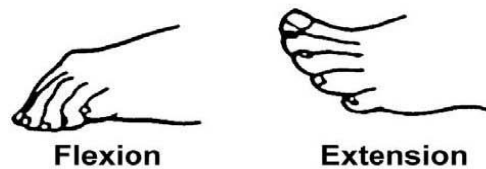
menggerakkan kaki fleksi-ekstensi (angkat lutut mengarah kedepan, tekuk pinggul sedapat mungkin, biarkan lutut menekuk sedikit), kemudian rotasi keluar-kedalam (geser kaki mengarah kesamping badan kemudian putar kaki dari luar kedalam).

b. Lutut



Menggerakkan lengan bawah fleksi-ekstensi (tekuk keatas dan luruskan sampai lurus).

c. jari kaki



Fleksi-ekstensi (tekuk semua jari menurun dan mendorong semua jari kebelakang).

3) Pengaturan Posisi

Pengaturan posisi ini dapat diubah setiap dua jam.

a. Pertama dalam posisi berbaring terlentang, posisi kepala, leher, dan punggung harus lurus. Letakkan bantal dibawah anggota bagian yang mengalami kelemahan secara hati-hati.



b. Memiringkan pasien ke kanan dan kiri




Lampiran 4. 4Discharge Planning

DISCHARGE PLANNING KLIEN 2

Discharge Planning	
Tanggal MRS : 21 Mei 2019 Tanggal KRS : 27 Mei 2019	
Dipulangkan dari Rumah Sakit dengan keadaan : <input type="checkbox"/> Sembuh <input type="checkbox"/> Meneruskan dengan obat jalan <input type="checkbox"/> Pindah ke Rumah Sakit lain	<input type="checkbox"/> Pulang Paksa <input type="checkbox"/> Meninggal <input type="checkbox"/> DLL
Kontrol Waktu : 31 Mei 2019 Tempat : Poli Syaraf RSUD dr. Haryoto Lumajang	
Pendidikan Kesehatan	1) Pengertian Stroke Iskemik 2) Penyebab Stroke Iskemik 3) Tanda dan Gejala Stroke Iskemik 4) Faktor Resiko Stroke Iskemik 5) Komplikasi Stroke Iskemik
Obat – obat yang dikonsumsi	1) Neurobat 1x1 2) Vitamin B Kompleks 1x1
Diet Makanan (Rendah Lemak Hewani, Rendah Garam)	1) Sumber Karbohidrat : Beras, Kentang, ubi, singkong, mie bihun, roti biscuit, kue kering 2) Sumber pangan hewani Daging sapi dan ayam yang tidak berlemak, telur ayam 3) Sumber protein nabati Semua kacang-kacangan dan produk olahan yang dibuat dengan garam dapur dalam jumlah terbatas 4) Sayuran Bayam, kangkung, kacang panjang, labu siam, tomat, taoge, dan wortel 5) Sumber lemak Minyak jagung dan minyak kedelai, margarin dan metega tanpa garam yang digunakan untung menumis, santan encer
Lanjutan Perawatan Di Rumah	Latihan terapi ROM Aktif/Pasif min. 2 kali sehari pada anggota gerak yang mengalami kelemahan
Activity Daily Living untuk di rumah	1) Toileting 2) Berpakaian dan berhias 3) Mandi 4) Makan minum





Lampiran 4. 5 Lembar Konsul

	FORMULIR	No. Dok. :
	LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL MAHASISWA	Berlaku sejak : Revisi :

LOGBOOK PENYUSUNAN PROPOSAL
MAHASISWA D3 KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER KAMPUS LUMAJANG

NAMA MAHASISWA : Novia Lusiana
 NIM : 162303101089
 PROGRAM STUDI : D3 Keperawatan
 JUDUL PROPOSAL :






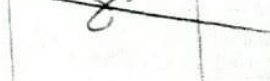




TAHAP PENYUSUNAN PROPOSAL

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1.	06/07/2018	Konsul judul	Asuhan Keperawatan pada pasien stroke dengan masalah Keperawatan hambatan mobilitas fisik di Rumah sakit umum dr. Haryoto Lumajang (ACC)		
2.	11/07/2018	Lesi tag	Asuhan Keperawatan & Sistem & Sistem Taji		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
8.	21/01/2019	Latihan Teori Materi 9 Keperawatan	→ Validasi Data Sesuai Waktu Waktu - Durasi Klasik - Kapan - Data yang dikumpulkan Data yang didapat - Kondisi dan alat		
9.	23/01/2019	Bab 2	Review for File Kondisi dan alat		
10.	24/01/2019	Bab 2 Bab 3.	Review for File Kondisi dan alat Revisi: hanya isih, partan Obr, Stral Nakumb		
11.	02/02/2019		Lain → Dlg Uraian paper		
12.	12/02/2019	Bab 1	Review for File Kondisi dan alat		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASILKEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDATANGAN DOSEN
3.	25/09/2018		versi MSBS > fajar		
4.	28/09/2018		< speech v th WHO ✓ Dampak (Arum) ✓ The gym ✓ Koneksi ✓ Interaksi	 mob PSM	
5.	08/01/2019	bab I	family bb shp ↳ Struktur area		
6.	11/01/2019	bab I	Acc SBCs → kelas Ave - one many of you		
7.	17/01/2019	bab 2	struktur - ada bar ✓ kultur shu (sistem) ✓ Asly " prole - lain sen sam Head to the		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
22.	02/07/2019	bab 5	<p> Ade → Riny → Keglyn </p> <p> KTI - </p>		
23.	13/07/2019	Revisi KTI	<p>Bab 1 → Kronologi & pertajam</p> <p>Bab 4 → Implementasi disesuaikan bab 2.</p>		
24.	14/07/2019	Konsul Revisi KTI	<p>summary & cek lagi di nanda.</p>		
25.	14/07/2019		<p>pa pui rny</p> <p>KTI</p>		
26.	16/07/2019		<p>versi xmi</p> <p>anal ...</p>		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TND TANGAN DOSEN
17.	21/06/2019	Bab 4	Ada sby bly lgh perubahan PTO & kaji taj		
18.	26/06/2019	Bab 4	Menyusun Nubaha bly lgh FTO taj		
19.	27/06/2019	Bab 4	Bab Hst ren Ace		
20.	28/06/2019	Bab 5	Rem. → sua → → /		
21.	01/07/2019	Bab 5	syar & saka → bly Apilut sda d Hst pulasan ASy sua		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
27	17/07/2019		Assistensi guru ASMG.	