



**ASUHAN KEPERAWATAN STROKE HEMORAGIK PADA
Ny. B DAN Ny. M DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
HAMBATAN MOBILITAS FISIK DI RUANG MELATI
RSUD dr. HARYOTO LUMAJANG TAHUN 2019**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh :

**Eno Aprilya Wati
NIM 162303101039**

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



**ASUHAN KEPERAWATAN STROKE HEMORAGIK PADA
Ny. B DAN Ny. M 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 Ilmu Keperawatan (D3)
dan mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan*

Oleh :

**Eno Aprilya Wati
NIM 162303101039**

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

PERSEMBAHAN

Laporan tugas akhir ini saya persembahkan untuk:

1. Kedua orang tuaku (Hari Sutrisno dan Emi Purwanti) yang selalu memberikan kasih sayang, dukungan dan doa.
2. Ibu Indriana Noor Istiqomah selaku pembimbing dan merupakan motivator utama untuk tidak takut menjadi penulis.
3. Seluruh rekan-rekan mahasiswa dan sahabat tercinta (Tias Agustin Ayuningrum, Nurul Sahidah, Lutfi Saidah, Ade Irniawati dan Fatus) yang telah memberi dukungan doa, motivasi penuh pada penulis, sehingga penulis dapat menjalankan tugas program studi dengan baik.
4. Seluruh staff, dosen pembimbing, dan civitas akademika yang telah membimbing, mendidik, serta memberikan dukungan dan motivasi selama menjalani proses pendidikan di perguruan tinggi.

MOTO

“Sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan. Maka apabila engkau telah selesai (dari sesuatu urusan), tetaplah bekerja keras (untuk urusan yang lain)”
(terjemahan QS. *Asy-Syarah* ayat 6 dan 7) *)

Jangan membawa masalahmu sebagai sebuah beban, letakkan bebanmu seperti
Anda meletakkan gelasmu, hingga masalah tidak menghambat sebuah aktivitasmu.
**)



*) Kementerian Agama RI. 2007. *Al-Quran Tajwid dan Terjemahannya dilengkapi dengan AsbabunNuzul dan Hadits Sahih*. Bogor: PTSyigma Exa Grafika.

***) M., Thomas Kristo. 2009. *Suara Pemimpin*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Eno Aprilya Wati

NIM : 162303101039

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul "**Asuhan Keperawatan Stroke Hemoragik pada Ny. B dan Ny. Mdengan 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 mana pun, 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 mana pun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Lumajang, 2 Juli 2019

Yang menyatakan,



Eno Aprilya Wati
NIM. 162303101039

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN STROKE HEMORAGIK PADA
Ny. B DAN Ny. M DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
HAMBATAN MOBILITAS FISIK DI RUANG MELATI
RSUD dr. HARYOTO LUMAJANG TAHUN 2019**

Oleh :

Eno Aprilya Wati

NIM 162303101039

Pembimbing,

Indriana Noor Istiqomah, S. Kep. Ners., M. Kep.

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN STROKE HEMORAGIK PADA
Ny. B DAN Ny. M DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
HAMBATAN MOBILITAS FISIK DI RUANG MELATI
RSUD dr. HARYOTO LUMAJANG TAHUN 2019**

Oleh :

Eno Aprilya Wati

NIM 162303101039

Mengetahui

Pembimbing,

Indriana Noor Istiqomah, S. Kep. Ners., M. Kep.

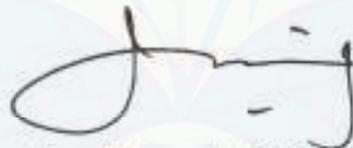
PERSETUJUAN PEMBIMBING

Proposal berjudul "Asuhan Keperawatan Stroke Hemoragik pada Ny. B dan Ny. M 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 Universitas Jember Kampus
Lumajang

Dosen Pembimbing,



Indriana Noor Istiqomah, S. Kep. Ners., M. Kep.
NIP. 19720519 199703 2 003

PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir yang berjudul "Asuhan Keperawatan Stroke Hemoragik pada Ny. B dan Ny. M dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019" karya Eno Aprilya Wati telah diuji dan disahkan pada:

hari, tanggal : Selasa, 16 Juli 2019

tempat : Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan
Universitas Jember Kampus Lumajang

Ketua Penguji,



Arista Maisyaroh, S.Kep.Ners., M.Kep.
NIP. 198205282 01 1012 013

Anggota I,



Eko Prasetya W., S.Kep. Ners., M. Kep.
NRP. 760017255

Anggota II,



Indriana Noor I., S. Kep. Ners., M. Kep.
NIP. 19720519 199703 2 003

Mengesahkan,

Koordinator Prodi D3 Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang



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

RINGKASAN

Asuhan Keperawatan Stroke Hemoragik pada Ny. B dan Ny. M dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019. Eno Aprilya Wati, 162303101039; 2019:196 halaman; Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Stroke merupakan penyebab kecacatan kedua terbanyak di seluruh dunia pada individu di atas 60 tahun. Menurut WHO (World Health Organization), 15 juta orang menderita stroke di seluruh dunia setiap tahun, dimana semua stroke yang ada 15% disebabkan adanya perdarahan di dalam otak. Gangguan aliran darah pada otak ini menyebabkan rusaknya jalur motorik atau girus presentral yang merupakan area motorik volunter utama, rusaknya jalur motorik ini menyebabkan pasien stroke mengalami disfungsi motorik hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi tubuh) atau hemiparesis (kelemahan yang terjadi pada satu sisi tubuh). Kondisi tersebut dapat menyebabkan terjadinya penurunan kekuatan otot yang merupakan faktor yang berhubungan pada masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi Asuhan Keperawatan Stroke Hemoragik pada Ny. B dan Ny. M dengan masalah Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang.

Desain yang digunakan adalah desain deskriptif dalam bentuk laporan kasus, kepada dua orang pasien yang sudah terdiagnosa Stroke Hemoragik pada rekam medik pasien dan mengalami hambatan mobilitas fisik. Data dikumpulkan dengan cara wawancara, pemeriksaan fisik dan observasi, serta studi dokumentasi. Intervensi dan implementasi yang dilakukan meliputi 5 intervensi umum, yaitu latihan ambulasi, latihan kontrol otot, latihan mobilitas (pergerakan sendi), pengaturan posisi, dan pemberian rangsang taktil, ditambah dua intervensi khusus yaitu mengajarkan ROM (*Range Of Motion*) aktif/pasif dan pemberian rangsang taktil dengan menggunakan *surgical brush* pada pasien.

Hasil evaluasi keperawatan pada kedua pasien adalah tujuan tercapai sebagian, pasien mengalami peningkatan mobilitas fisik, 8 dari 10 kriteria hasil terpenuhi (pasien dapat mendemonstrasikan teknik ambulasi yang aman, rentang pergerakan sendi pasien aktif dengan gerakan atas inisiatif sendiri, pasien tidak mengalami hambatan dalam program latihan, dapat mengikuti program latihan ROM dan pemberian rangsang taktil, tanda-tanda vital pasien normal, pasien mampu melakukan pergerakan pada salah satu ekstremitas yang terkena dampak secara mandiri tanpa mengalami keterbatasan). Hal ini terjadi karena intervensi diberikan hanya dalam waktu 3 hingga 4 hari, dimana pasien 1 dibolehkan pulang karena kondisinya membaik dan tanda-tanda vitalnya telah stabil, sedangkan pasien 2 ingin melanjutkan perawatan di rumah

Agar tujuan tidak ada hambatan mobilitas fisik dapat tercapai, pasien stroke hemoragik membutuhkan perawatan yang rutin, dimana intervensi yang telah

didapatkan di rumah sakit dapat diterapkan di rumah. Selain itu diperlukan dukungan keluarga agar pasien tetap termotivasi untuk segera pulih kembali.



SUMMARY

Nursing Care of Hemorrhagic Stroke towards Mrs. B and Mrs. M with Nursing Problem of Impaired Physical Mobility in Melati Room of RSUD dr. Haryoto Lumajang 2019. Eno Aprilya Wati, 162303101039; 2019: 196 pages; D3 Nursing Study Program Faculty of Nursing University of Jember.

Stroke is the second largest cause of disability worldwide in people over 60 years. According to WHO (World Health Organization), 15 million people worldwide suffer a stroke each year, of which all the existing 15% stroke caused by bleeding in the brain. Impaired blood flow in the brain causes damage to the motor track or gyrus precentral, which is the motor areas of the voluntary primary. Disturbance to these motor track causes of stroke patients experiences motor dysfunction as hemiplegia (paralysis on one side of the body) or hemiparesis (a weakness that occurs on one side of the body). The condition can cause decreased muscle strength, which is a factor related to the nursing problems impaired physical mobility. This study aims to explore nursing care of Haemorrhagic Stroke to Mrs. B and Mrs. M with Impaired Physical Mobility issues in Melati Ward of dr. Haryoto General Hospital in Lumajang.

The design used is descriptive in the form of case reports, to two patients who had been diagnosed with a hemorrhagic stroke at patient medical records and undergo impaired physical mobility. Data were collected by interview, physical examination, observation, and documentation. Intervention and implementation was conducted on the 5 common intervention, namely ambulation exercise, exercise muscle control, mobility training (joint movement), the setting position, and the provision of excitatory tactile, plus two specific interventions that teach the ROM (Range Of Motion) active/passive and administration tactile stimuli using a surgical brush.

The results of the nursing evaluation are the goal partially achieved. Patients experienced an improvement of physical mobility; 8 of the ten outcomes are met. The patient can demonstrate safe ambulation techniques, active patient's range of motion with a motion of its own, the patient does not experience barriers to the exercise program, be able to follow the exercise program (ROM) and the provision of tactile stimulation. The patient's vital signs normal, capable of movement in one of the affected limb independently without limitation). However, the achievement of this goal is only limited physical mobility enhancement and not a loss of physical mobility constraints. This happens because the intervention is given only within 3 to 4 days, in which the first patient allowed to go home because her condition improved and his vital signs have stabilized, while the second patient wants to continue treatment at home.

Hemorrhagic stroke patients require regular maintenance, to achieve normal physical mobility, which the interventions that have been obtained in the hospital can be applied at home. The patient also requires family support to stay motivated to recover quickly.

PRAKATA

Puji syukur ke hadirat Allah SWT. atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Stroke Hemoragik pada Ny. B dan Ny. M dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019”. Karya tulis ilmiah ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan diploma tiga (D3) Keperawatan Kampus Lumajang Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

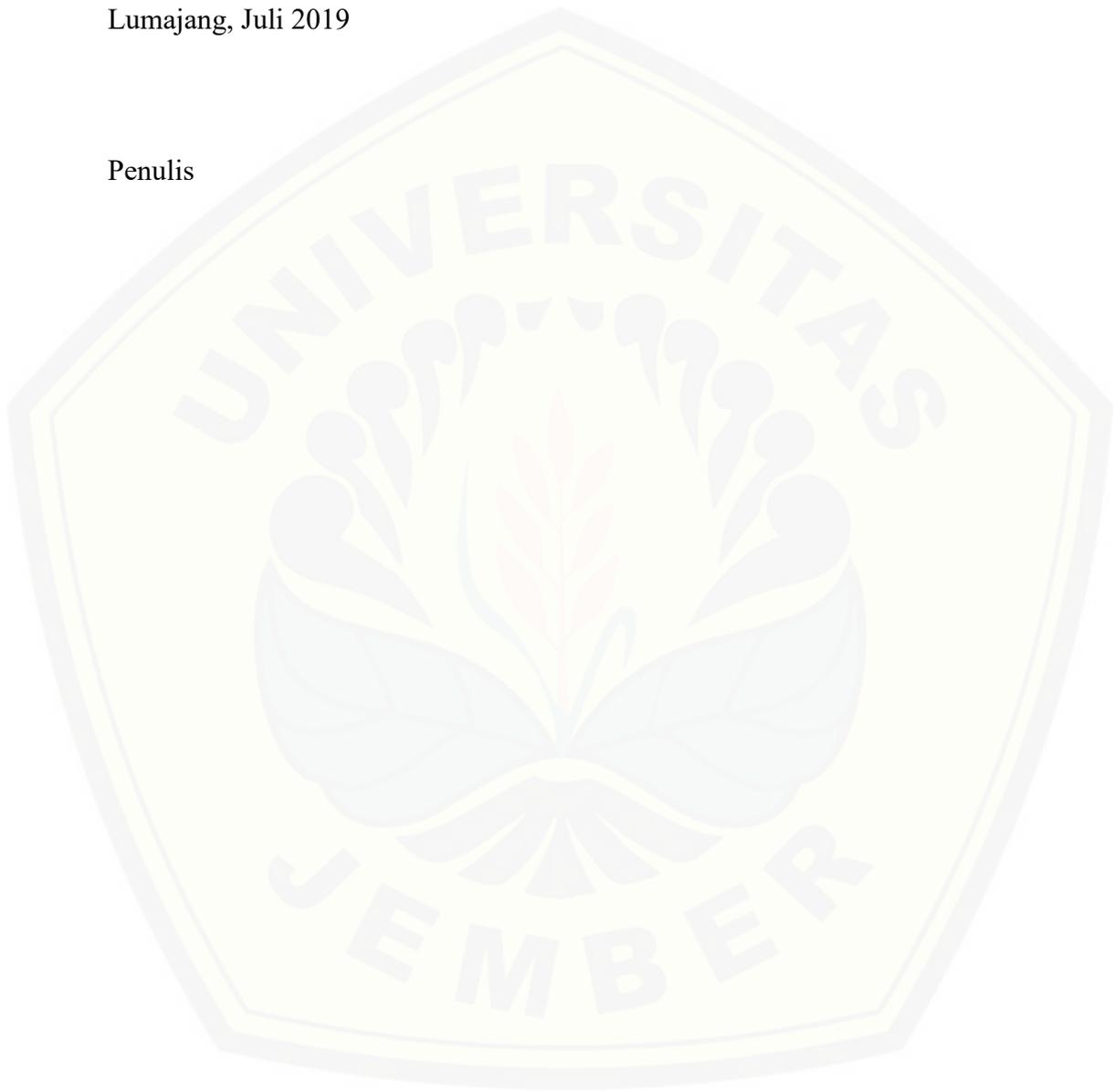
Penyusunan karya tulis ilmiah ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Drs. Moh. Hasan, M.Sc., Ph.D., selaku rektor Universitas Jember.
2. Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes, selaku dekan fakultas keperawatan Universitas Jember.
3. Ibu Nurul Hayati, S.Kep., Ns., MM, selaku Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang yang telah memberikan ijin, sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan tugas akhir ini dengan lancar dan tepat waktu.
4. Ibu Indriana Noor Istiqomah, S. Kep. Ners., M. Kep., selaku Dosen Pembimbing yang telah meluangkan waktu, pikiran, dan perhatian dalam penulisan karya tulis ilmiah ini;
5. Ibu Musviro S.Kep., Ners., selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah membimbing selama penulis menjadi mahasiswa;
6. Bapak dan Ibu tercinta yang telah memberikan dorongan serta doanya demi terselesaikannya karya tulis ilmiah ini;
7. Ibu Arista Maisyaroh, S.Kep.Ners., M.Kep. dan Bapak Eko Prasetyo W., S.Kep.Ners., M. Kep. selaku penguji yang telah memberikan masukan untuk perbaikan Laporan Tugas Akhir.
8. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

Penulis juga menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan karya tulis ilmiah ini. Akhirnya penulis berharap, semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat.

Lumajang, Juli 2019

Penulis



DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	Error! Bookmark not defined.
HALAM PEMBIMBING	vi
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PENGESAHAN	viii
RINGKASAN	x
SUMMARY	xi
PRAKATA	xiii
DAFTAR ISI	xv
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR	xix
DAFTAR LAMPIRAN	xx
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan.....	5
1.4 Manfaat.....	5
1.4.1 Bagi Penulis.....	5
1.4.2 Bagi RSUD dr. Haryoto Lumajang	5
1.4.3 Bagi Peneliti Selanjutnya	5
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1. Konsep Penyakit Stroke Hemoragik	6
2.1.1. Definisi Stroke Hemoragik.....	6
2.1.2. Klasifikasi.....	6
2.1.3. Etiologi Stroke Hemoragik.....	7
2.1.4 Patofisiologi Stroke Hemoragik	7
2.1.5 Pathway Stroke hemoragik yang Mengarah pada Masalah Keperawatan	10
2.1.6 Manifestasi Klinis.....	11
2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik	14
2.1.8 Faktor Risiko	17
2.1.9 Penatalaksanaan Stroke Hemoragik	19
2.1.10 Komplikasi	22
2.2 Asuhan Keperawatan.....	23
2.2.1 Pengkajian	23

2.2.2	Diagnosa keperawatan: hambatan mobilitas fisik	31
2.2.3	Intervensi Keperawatan	35
2.2.4	Implementasi	42
2.2.5	Evaluasi	45
BAB 3.	METODOLOGI PENELITIAN	47
3.1	Desain Penulisan	47
3.2	Batasan Istilah	47
3.2.1	Asuhan Keperawatan.....	47
3.2.2	Pasien Stroke Hemoragik	47
3.2.3	Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik.....	48
3.3	Partisipan	48
3.4	Lokasi dan Waktu.....	48
3.5	Pengumpulan Data	49
3.5.1	Wawancara	49
3.5.2	Observasi	49
3.5.3	Laporan Dokumentasi	50
3.6	Uji Keabsahan Data.....	50
3.7	Analisa Data	50
3.7.1	Pengumpulan Data	50
3.7.2	Mereduksi Data	51
3.7.3	Penyajian Data.....	51
3.7.4	Kesimpulan.....	51
3.8	Etika Penulisan	51
3.8.1	<i>Informed Consent</i> (Persetujuan Menjadi Pasien)	51
3.8.2	<i>Anonymity</i> (Tanpa Nama)	52
3.8.3	<i>Confidentiality</i> (Kerahasiaan).....	52
BAB 4	PEMBAHASAN.....	49
4.1	Gambaran Lokasi Penulisan.....	53
4.2	Hasil Dan Pembahasan Asuhan Keperawatan	54
4.2.1	Pengkajian	55
4.2.2	Diagnosa Keperawatan.....	88
4.2.3	<i>Planning</i> Keperawatan	90
4.2.4	Implementasi Keperawatan	94
4.2.5	Evaluasi Keperawatan	103
	BAB 5 PENUTUP.....	111
5.1	Kesimpulan.....	109
5.1.1	Pengkajian Keperawatan	109
5.1.2	Diagnosa Keperawatan.....	109
5.1.3	Intervensi Keperawatan.....	110
5.1.4	Implementasi Keperawatan	110
5.1.5	Evaluasi Keperawatan	111
5.2	Saran.....	111
5.2.1	Bagi Perawat	111
5.2.2	Bagi Pasien dan Keluarga	112
5.2.3	Bagi RSUD dr. Haryoto Lumajang	112

5.2.5 Bagi Penulis Selanjutnya.....	112
DAFTAR PUSTAKA	113



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 4. 1 Identitas Pasien di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Periode Januari-Maret 2019	55
Tabel 4. 2 Keluhan Utama Ny. B dan Ny. M Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Periode Januari-Maret 2019.....	56
Tabel 4. 3 Riwayat Penyakit Sekarang Ny. B dan Ny. M Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Periode Januari-Maret 2019	57
Tabel 4. 4 Riwayat Dahulu Sekarang Ny. B dan Ny. M Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Periode Januari-Maret 2019.....	58
Tabel 4. 5 Riwayat Penyakit Keluarga Ny. B dan Ny. M Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Periode Januari-Maret 2019	59
Tabel 4. 6 Pola Kesehatan Ny. B dan Ny. M Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Periode Januari-Maret 2019.....	60
Tabel 4. 7 Pola Nutrisi Ny. B dan Ny. M Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Periode Januari-Maret 2019.....	61
Tabel 4. 8 Pola Eliminasi Ny. B dan Ny. M Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Periode Januari-Maret 2019	64
Tabel 4. 9 Pola Tidur dan Aktivitas Ny. B dan Ny. M Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Periode Januari-Maret 2019.....	65
Tabel 4. 10 Pola Aktivitas dan Istirahat Ny. B dan Ny. M Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Periode Januari-Maret 2019	66
Tabel 4. 11 Pola Sensori dan Pengetahuan Ny. B dan Ny. M Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Periode Januari-Maret 2019.....	67
Tabel 4. 12 Pola Hubungan Interpersonal dan Peran Ny. B dan Ny. M Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Periode Januari-Maret 2019	68
Tabel 4. 13 Pola Persepsi dan Konsep Diri Ny. B dan Ny. M Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Periode Januari-Maret 2019.....	69
Tabel 4. 14 Pola Reproduksi dan Seksual Ny. B dan Ny. M Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Periode Januari-Maret 2019	70
Tabel 4. 15 Pola Penanggulangan Stress Ny. B dan Ny. M Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Periode Januari-Maret 2019	70

Tabel 4. 16 Pola Tata Nilai dan Kepercayaan Ny. B dan Ny. M Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Periode Januari-Maret 2019.....	71
Tabel 4. 17 Pemeriksaan Fisik Ny. B dan Ny. M Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Periode Januari-Maret 2019.....	71
Tabel 4. 18Pemeriksaan Fisik Kepala Sampai Leher Ny. B dan Ny. M Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Periode Januari-Maret 2019.....	72
Tabel 4. 19 Pemeriksaan Fisik Sistem Integumen Ny. B dan Ny. M Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Periode Januari-Maret 2019.....	74
Tabel 4. 20 Pemeriksaan Fisik Sistem Pernafasan Ny. B dan Ny. M Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Periode Januari-Maret 2019.....	75
Tabel 4. 21 Pemeriksaan Fisik Sistem Kardiovaskular Ny. B dan Ny. M Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Periode Januari-Maret 2019.....	76
Tabel 4. 22 Pemeriksaan Fisik Sistem Pencernaan Ny. B dan Ny. M Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Periode Januari-Maret 2019.....	76
Tabel 4. 23 Pemeriksaan Fisik Sistem Muskuloskeletal Ny. B dan Ny. M Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Periode Januari-Maret 2019.....	77
Tabel 4. 24 Pemeriksaan Fisik Sistem Neurologis Ny. B dan Ny. M Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Periode Januari-Maret 2019.....	78
Tabel 4. 25 Pemeriksaan Diagnostik Ny. B dan Ny. M Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Periode Januari-Maret 2019.....	81
Tabel 4. 26 Terapi Ny. B dan Ny. M Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Periode Januari-Maret 2019.....	83
Tabel 4. 27 Analisa Data Ny. B dan Ny. M Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Periode Januari-Maret 2019.....	85
Tabel 4. 28 Batasan Karakteristik Ny. B dan Ny. M Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Periode Januari-Maret 2019.....	87
Tabel 4. 29 Diagnosa Keperawatan Ny. B dan Ny. M Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Periode Januari-Maret 2019.....	88
Tabel 4. 30 Intervensi Keperawatan Masalah Hambatan Mobilitas Fisik Ny. B dan Ny. M Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Periode Januari-Maret 2019.....	90
Tabel 4. 31 Implementasi Keperawatan Masalah Hambatan Mobilitas Fisik Ny. B Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Periode Januari- Maret 2019.....	94
Tabel 4. 32 Implementasi Keperawatan Masalah Hambatan Mobilitas Fisik Ny. M Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Periode Januari-Maret 2019.....	98

Tabel 4. 33 Tabel 4.31 Evaluasi Keperawatan Masalah Hambatan Mobilitas Fisik Pada Ny. B di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Periode Januari-Maret 2019..... 103

Tabel 4. 34 Evaluasi Keperawatan Masalah Hambatan Mobilitas Fisik pada Ny. M di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Periode Januari-Maret 2019..... 105



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2. 1 Pathway Stroke Hemoragik dengan Hamabatan Mobilitas Fisik.....	10
Gambar 2. 2 Perdarahan besar pada ganglia basalia kiri dengan pergeseran garis-tengah dan perdarahan intraventrikular.....	11
Gambar 2. 3 Perdarahan serebral. CT-Scan pada pasien hipertensif yang tiba-tiba mengeluh sakit kepala hebat dan menjadi kurang responsive. Perdarahan hierdens (terang) yang besar terlihat di region nucleus serebri profunda. Batang otak terdorong ke arah ventral dan terdesak ke arah klivus, dan sisterna prepontis terlihat sangat menyempit.....	15
Gambar 2. 4 CT-Scan Stroke Perdarahan Intraserebral	15
Gambar 2. 5 (a) Gambaran MRI pada posisi ekstensi superior pada pasien infark arteri serebral. (b) Gambaran MRI pada pasien dengan stroke hemoragis dengan lesi pada sub kortikal frontral kiri	16
Gambar 2. 6 Pasien yang Mengalami Ptosis.....	28
Gambar 4. 1 Hasil Pemereiksaan EKG Ny. B.....	81
Gambar 4. 2 Hasil Pemeriksaan EKG Ny. M	81
Gambar 4.3 Hasil CT-Scan Ny. B.....	81
Gambar 4.4 Hasil CT-Scan Ny. M.....	81

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 3. 1 Jadwal Penyelenggaran KTI: Laporan Kasus.....	121
Lampiran 3. 2 Surat-surat.....	120
Lampiran 3. 3 Informed Cosent	124
Lampiran 4. 1 SAP ROM.....	126
Lampiran 4. 2 SAP Rangsang Taktil.....	141
Lampiran 4. 3 SOP Pemberian Rangsang Taktil	153
Lampiran 4. 4 Daftar Hadir Penyuluhan	156
Lampiran 4. 5 Lampiran Daftar Hadir Pengambilan Pasien	158
Lampiran 4. 6 Lembar Revisi Ujian Tugas Akhir.....	159
Lampiran 4. 7 Lembar Konsul	162

BAB 1. PENDAHULUAN

Bab 1 berisikan tentang latar belakang, rumusan masalah, tujuan serta manfaat penulisan.

1.1 Latar Belakang

Stroke merupakan penyebab kecacatan kedua terbanyak di seluruh dunia pada individual di atas 60 tahun (J, Bogousslavsky dalam Wirawan, Rosiana Pradanasari, 2009). Menurut WHO (World Health Organization), 15 juta orang menderita stroke di seluruh dunia setiap tahun (WHO, 2016 dalam Erawantini & Chairina, 2016). Dari semua stroke yang ada 15% disebabkan adanya perdarahan intraserebral, sedangkan 25% kematian stroke dikarenakan adanya perdarahan subarachnoid (Brashers, 2008). Kelainan fungsi otak yang timbul mendadak dikarenakan terjadi gangguan peredaran darah otak yang dapat menyebabkan berbagai defisit neurologik diantaranya adalah defisit motorik berupa hemiparesis (Fatkhurrohman, 2011). Kondisi ini dapat menyebabkan terjadinya penurunan kekuatan otot, gangguan keseimbangan dan koordinasi gerak sehingga pasien mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Irdawati, 2008 dalam Apriliyani, 2016) dan menyebabkan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik. Jika masalah ini tidak segera diatasi, maka dapat menyebabkan kekakuan sendi (kontraktur), komplikasi ortopedik, atropi otot, dan kelumpuhan saraf akibat penekanan yang lama (nerve pressure palsies) (Summers D, Leonard A, Wentworth D, et al. 2009 dalam Sari, et al., 2015).

Hasil penelitian Sari, dkk (2015) menunjukkan batasan karakteristik utama yang muncul pada pasien stroke adalah kesulitan membolak balik posisi (100%), keterbatasan melakukan keterampilan motorik halus (100%), keterbatasan melakukan motorik kasar (100%), keterbatasan rentang gerak sendi (26,9%), dan pergerakan lambat (3,8%). Etiologi utama yang muncul pada pasien stroke adalah

penurunan kekuatan otot (92,3%), gangguan neuromuskular (80,8%), nyeri (19,2%), kaku sendi (3,8%), dan gangguan sensori perceptual (3,8%).

Berdasarkan data yang berhasil dikumpulkan oleh Yayasan Stroke Indonesia, masalah stroke semakin penting dan mendesak karena kini Indonesia merupakan negara yang memiliki jumlah penderita stroke terbanyak dan menduduki urutan pertama di Asia. Jumlah pasien stroke menduduki urutan kedua pada usia diatas 60 tahun dan urutan kelima pada usia 15-59 tahun (Medicastore, 2011). Menurut The Centers for Disease Control and Prevention (CDC), di Indonesia sendiri stroke merupakan penyakit nomor 1 dari 10 penyakit tidak menular yang menyebabkan kecacatan (Isnaeni, et al., 2016). Terjadi peningkatan prevalensi untuk penderita stroke dari 8,3 per mil pada tahun 2007 menjadi 12,1 per mil pada tahun 2013. Sedangkan untuk Jawa Timur menempati urutan ke-4 dengan jumlah prevalensi 16 per mil (Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan, 2013). Pada studi kasus yang dilakukan pada tanggal 12 Agustus 2017 di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang, ditemukan 11 orang tercatat dalam buku rekam medis menderita stroke hemoragik dan 5 orang (70%) mengalami masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik (Maghfiroh, 2017).

Dalam istilah medis, stroke disebut *cerebro vascular accident* (CVA). Stroke adalah salah satu gangguan saraf yang terjadi akibat dari terganggunya peredaran darah ke otak yang terjadi sekitar 24 jam atau lebih. Gangguan saraf ini bersifat permanen (Lingga, 2013). Stroke dibagi menjadi 2 jenis, yaitu stroke iskemik (ischemic stroke) dan stroke hemoragik (hemorrhagic stroke). Stroke hemoragik umumnya disebabkan oleh adanya pendarahan intrakranial dengan gejala peningkatan tekanan darah sistole >200 mmHg pada hipertoniik dan 180 mmHg pada normotoniik serta terjadi brakikardia, wajah menjadi keunguan, sianosis, dan pernapasan mengorok (Batticaca, 2008). Hal ini terjadi karena stroke hemoragik menyebabkan berkurangnya suplai darah ke daerah otak yang dialiri oleh pembuluh darah arteri yang terkena. Darah dipaksa masuk ke dalam jaringan otak di sekitarnya sehingga terbentuk hematoma yang menyebabkan pergeseran dan kompresi jaringan (parenkim) di sebelahnya (Chang, et al., 2010). Berkurangnya suplai darah ke otak menyebabkan suplai oksigen ke otak

berkurang, sehingga dapat menghambat hantaran jaras-jaras utama antara otak dan medula spinalis (Setyawan, Adi Didin dkk. 2017) dan menyebabkan rusaknya jalur motorik atau girus prasentral yang merupakan area motorik volunter utama pada beberapa menit sampai kurang dari 2 jam, rusaknya jalur motorik ini menyebabkan pasien stroke mengalami disfungsi motorik hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi tubuh) atau hemiparesis (kelemahan yang terjadi pada satu sisi tubuh) (Brunner dan Suddarth. 2002 dalam Sari, et al., 2015). Disfungsi motorik ini menyebabkan pasien stroke mengalami kemunduran fungsi mobilitas, keterbatasan kemampuan melakukan motorik halus dan motorik kasar (A, Muhith. 2010 dalam Sari, et al., 2015).

Menurut NANDA (2018) kesulitan membolak-balikkan posisi tubuh, keterbatasan kemampuan untuk melakukan keterampilan motorik halus dan kasar serta penurunan rentang gerak merupakan batasan karakteristik dari hambatan mobilitas fisik. Apabila gangguan mobilitas fisik yang terjadi pada pasien stroke tidak segera diatasi maka akan menyebabkan atrofi otot, serta mengakibatkan penurunan sirkulasi dan dengan adanya kerusakan sirkulasi ini akan mengakibatkan iskemik jaringan serta terjadinya kerusakan pada kulit (Batticaca, 2008), sehingga dibutuhkan intervensi untuk mengatasi hambatan mobilitas fisik yang terjadi pada pasien dengan stroke hemoragik. Adapun intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah hambatan mobilitas fisik adalah promosi latihan fisik: latihan kekuatan dan ambulasi, terapi latihan fisik: keseimbangan, mobilitas sendi dan pengendalian otot serta pengaturan posisi juga dibutuhkan dalam meningkatkan kesejahteraan fisiologis dan psikologis pasien. Dalam melakukan intervensi-intervensi tersebut juga dibutuhkan kerja sama tim dengan tenaga kesehatan lainnya, dimana dalam NIC perawat dianjurkan untuk memberikan obat sebelum pasien diubah posisinya (Bulechek, Gloria M., dkk. 2013), sehingga komunikasi harus terjalin dengan baik anatr tim kesehatan lainnya agar tindakan kolaborasi yang direncanakan dapat diberikan dengan tepat.

Terapi latihan adalah metode yang paling umum digunakan untuk mengatasi masalah mobilitas fisik setelah kerusakan otak. Terapi latihan dengan ROM

exercise dapat meningkatkan kekuatan otot, dan mengurangi tonus otot (spastisitas) *lower extremity* sehingga dapat meningkatkan *gait function* pada pasien post stroke (Pang, M. et al. 2005 dalam Irawan, 2013). Pada penelitian yang dilakukan oleh Muntaqib (2013) didapatkan bahwa, kemampuan rentang gerak pasien stroke setelah melakukan ROM aktif atau pasif dapat meningkat, dimana rentang sendi gerak fleksi mengalami peningkatan atau naik mendekati kemampuan rentang gerak fleksi normal. Selain itu pemberian latihan mobilisasi dan rangsangan taktil juga dapat memulihkan motorik anggota gerak atas. Rangsang taktil yang diberikan yaitu menggosok kulit daerah anggota gerak atas dengan sikat yang dilakukan berulang-ulang (J.,Janis. 2001 dalam Susanto & Angliadi, 2016). Intervensi dengan mobilitas ini diberikan secara bertahap dan untuk rangsangan taktil sendiri diberikan dengan waktu maksimum 60 menit setiap hari pada anggota gerak yang mengalami kelemahan. Hasil penelitian ini membuktikan adanya pengaruh mobilisasi dan rangsangan taktil pada lengan dan tangan terhadap pemulihan motorik pada ekstremitas penderita stroke. Hal ini terlihat jelas dari peningkatan skor tes ARA/Action Research Arm (skor pada fase awal 4,67 meningkat menjadi 14, 67 pada fase akhir) dan *mortality index (arm section)* (skor pada fase awal 20,77 dan meningkat di fase akhir dengan skor 47,11) (Susanto & Angliadi, 2016). *ARA test* adalah alat ukur yang digunakan untuk mengukur fungsi anggota gerak atas bagian distal, dimana tes ini menilai mengenai fungsi motorik halus *grasp* (menggenggam), *grips* (memegang dengan cara mencengkram), *pinch* (menjepit/mencubit) dan fungsi motoris kasar (*gross motoric*) (J., Janis, 2001 dalam Susanto & Angliadi 2016).

Perawat adalah salah satu tenaga kesehatan yang memiliki peranan penting dalam menentukan bagaimana kualitas hidup pasien, salah satunya adalah dengan memberikan intervensi atau tindakan keperawatan terhadap masalah hambatan mobilitas fisik. Oleh karena itu penulis tertarik untuk mengeksplorasi lebih jauh tentang pasien stroke hemoragik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik di RSUD dr. Haryoto Lumajang.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang tersebut, maka dapat dirumuskan permasalahan “Bagaimana Asuhan Keperawatan Stroke Hemoragik pada Ny. B dan Ny. M dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang tahun 2019?”

1.3 Tujuan

Penelitian ini bertujuan untuk Mengeksplorasi Asuhan Keperawatan Stroke Hemoragik pada Ny. B dan Ny. M dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang tahun 2019.

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi Penulis

Memberikan pengalaman pelaksanaan penelitian dan menambah wawasan bagi peneliti tentang laporan kasus asuhan keperawatan pada strokehemoragik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik, sehingga memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan masalah yang timbul.

1.4.2 Bagi RSUD dr. Haryoto Lumajang

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi intervensi tambahan yang digunakan oleh perawat RSUD dr. Haryoto dalam mengatasi masalah pada pasien stroke hemoragik dengan hambatan mobilitas fisik, sehingga dapat meningkatkan kualitas layanan asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien.

1.4.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Sebagai sumber referensi dan bahan perbandingan bagi peneliti selanjutnya dalam melakukan penelitian yang serupa tentang proses asuhan keperawatan pada pada pasien stroke hemoragik dengan hambatan mobilitas fisik.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

Tinjauan pustaka menjelaskan mengenai konsep dasar stroke hemoragik seperti definisi, penyebab penyakit, perjalanan penyakit, tanda dan gejala penyakit serta pemeriksaan-pemeriksaan yang dapat dilakukan oleh pasien yang memiliki penyakit stroke hemoragik. Selain itu bab ini juga membahas mengenai konsep asuhan keperawatan yang dapat diberikan pada pasien stroke hemoragik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik.

2.1. Konsep Penyakit Stroke Hemoragik

Adapun konsep mengenai stroke hemoragik yang akan dibahas oleh penulis adalah sebagai berikut.

2.1.1. Definisi Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik adalah jenis stroke yang penyebabnya adalah pecahnya pembuluh darah di otak atau bocornya pembuluh darah otak. Terjadi karena tekanan darah otak yang mendadak, meningkat dan menekan pembuluh darah, sehingga pembuluh darah tersumbat, tidak dapat menahan tekanan tersebut (Waluyo & Putra, 2013).

2.1.2. Klasifikasi

Perdarahan intrakranial dibedakan berdasarkan tempat perdarahannya, yakni di rongga subaraknoid atau di dalam parenkim otak (intraserebral) (Ariani, 2013).

a. Stroke Perdarahan Intraserebral

Stroke perdarahan intraserebral adalah ekstrasvasasi yang berlangsung spontan dan mendadak ke dalam parenkim otak yang bukan disebabkan oleh trauma (non traumatis). Stroke jenis ini biasanya disebabkan oleh faktor anatomik pembuluh darah (Arteriovenous Malformation/AVM, microaneurisme, amyloid angiopathy, Cerebral Venous Occlusive Disease/CVOD), faktor hemodinamik (hipertensi), penggunaan obat terapi anti koagulan (Munir, 2015).

b. Stroke Subaraknoid

Perdarahan subaraknoid (PSA) adalah ekstrasvasasi darah ke dalam ruang sub arahnoid yang meliputi sistem saraf yang diisi dengan cairan serebrospinal. Stroke jenis ini biasanya terjadi karena adanya kelainan anatomi pembuluh darah, seperti: aneurisma saccular, fusiform dan mikrotik, AVM, sisanya kelainan rongga arteri, karena tumor dan lainnya (Munir, 2015).

2.1.3. Etiologi Stroke Hemoragik

a. Stroke Perdarahan Intracerebral

Penyebab utama stroke jenis ini dapat dikelompokkan dalam 3 kategori, yaitu:

- 1) Faktor anatomik pembuluh darah otak
 - a) Arteriovenous Malformation (AVM)
 - b) Microaneurisme
 - c) Amyloid angiopathy
 - d) Cerebral Venous Occlusive Disease (CVOD)
- 2) Faktor hemodinamik
 - a) Hipertensi
- 3) Faktor hemostatik
 - a) Dengan fungsi trombosit atau sistem koagulasi darah.
 - b) Penggunaan terapi obat antikoagulan

(Munir, 2015)

b. Stroke Subaraknoid

Kelainan anatomi pembuluh darah: Aneurisma saccular, fusiform dan mikrotik (85%), AVM (10%), sisanya kelainan rongga arteri, karena tumor dan lainnya (Munir, 2015).

2.1.4 Patofisiologi Stroke Hemoragik

a. Stroke Perdarahan Intracerebral

Mekanisme yang sering terjadi adalah faktor dinamik yang berupa peningkatan tekanan darah. Hipertensi kronis menyebabkan pembuluh darah arteriol yang berdiameter 100-400 mikrometer mengalami perubahan yang

patologik. Perubahan tersebut berupa lipohyalinosis, fragmentasi, nekrosis, dan mikroaneurisma pada arteri di otak. Kenaikan tekanan darah secara mendadak ini dapat menginduksi pecahnya pembuluh darah. Jika pembuluh darah tersebut pecah, maka akan menyebabkan perdarahan. (Munir, 2015). Pecahnya pembuluh darah otak mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk massa atau hematoma yang menekan jaringan otak dan menimbulkan oedema di sekitar otak. Peningkatan *Transient Ischemic Attack* (TIA) yang terjadi dengan cepat dapat mengakibatkan kematian yang mendadak karena herniasi otak. Perdarahan Intracerebral sering dijumpai di daerah *pituitary gland, thalamus, subkortikal, lobus parietal, nucleus kaudatus, pons, dan cerebellum*. Hipertensi kronis mengakibatkan perubahan struktur dinding pembuluh darah berupa *lipohyalinosis* atau *nekrosis fibrinoid* (Perdana, 2017).

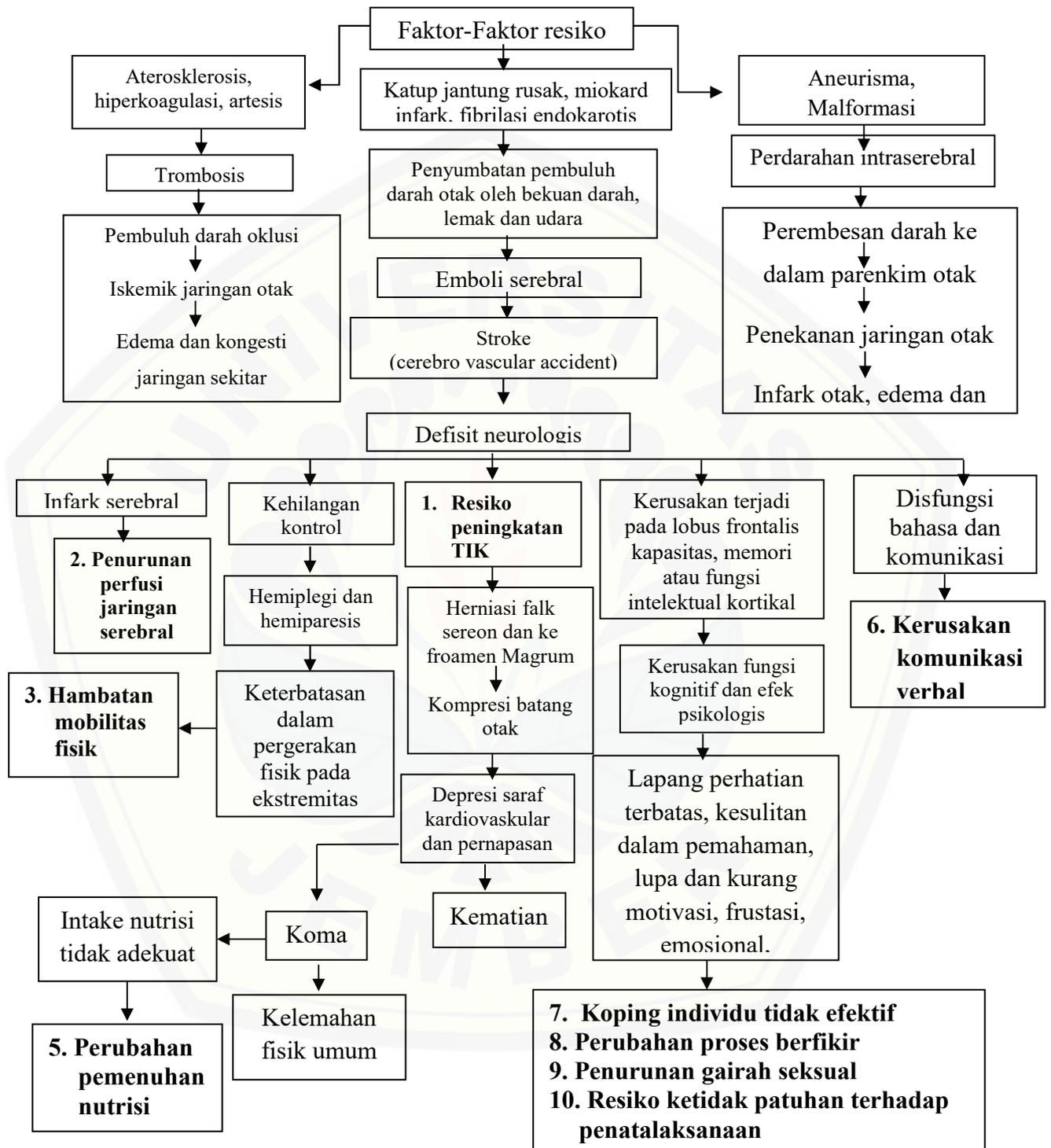
b. Stroke Subaraknoid

Pecahnya pembuluh darah karena aneurisma atau AVM (*Arteriovenous Malformati*). Aneurisma paling sering di dapat pada percabangan pembuluh darah besar di sirkulasi willis sedangkan AVM (*Arteriovenous Malformatio*) dapat dijumpai pada jaringan otak di permukaan pia meter dan ventrikel otak, ataupun di dalam ventrikel otak dan ruang subarachnoid (Perdana, 2017). Aneurisma merupakan lesi yang didapatkan karena berkaitan dengan tekanan hemodinamik pada dinding arteri percabangan dan perlekukan. Prekursor awal aneurisma adalah adanya kantong kecil melalui arteri media yang rusak. Kerusakan ini meluas akibat tekanan hidrostatis dari aliran darah pulsatif dan turbulensi darah, yang paling besar berada di *bifurcatio atrei*. Suatu aneurisma matur memiliki sedikit lapisan media, diganti dengan jaringan ikat, dan mempunyai lamina elastika yang terbatas atau tidak ada sehingga mudah terjadi ruptur. Saat aneurisma ruptur, terjadi ekstrasvasi darah dengan tekanan arteri masuk ke ruang subarachnoid dan dengan cepat menyebar melalui cairan serebrospinal mengelilingi otak dan medulla spinalis. Ekstrasvasi darah menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial (TIK) global dan mengiritasi meningeal (Munir, 2015). Peningkatan TIK yang mendadak juga mengakibatkan perdarahan subhialoid pada retina dan penurunan kesadaran. Perdarahan subarachnoid dapat mengakibatkan vasospasme

pembuluh darah serebral. Vasopasme ini seringkali terjadi 3-5 hari setelah timbulnya perdarahan, mencapai puncaknya hari ke 5-9, dan dapat menghilang setelah minggu ke 2-5. Timbulnya vasopasme diduga karena interaksi antara bahan-bahan yang berasal dari darah dan dilepaskan ke dalam cairan serebrospinalis dengan pembuluh darah arteri di ruang subarachnoid. Ini dapat mengakibatkan disfungsi otak global (nyeri kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparese, gangguan hemisensorik, afasia, dan lain-lain). Otak dapat berfungsi jika kebutuhan O_2 dan glukosa otak dapat terpenuhi. Energi yang dihasilkan di dalam sel saraf hampir seluruhnya melalui proses oksidasi. Otak tidak punya cadangan O_2 jadi kerusakan, kekurangan aliran darah otak walau sebentar akan menyebabkan gangguan fungsi.

Demikian pula dengan kebutuhan glukosa sebagai bahan bakar metabolisme otak, tidak boleh kurang dari 20 mg% karena akan menimbulkan koma. Kebutuhan glukosa sebanyak 25% dari seluruh kebutuhan glukosa tubuh, sehingga bila kadar glukosa plasma turun sampai 70% akan terjadi gejala disfungsi serebral. Pada saat otak hipoksi, tubuh berusaha memenuhi O_2 melalui proses metabolik anaerob yang dapat menyebabkan dilatasi pembuluh darah otak (Perdana, 2017).

2.1.5 Pathway Stroke hemoragik yang Mengarah pada Masalah Keperawatan

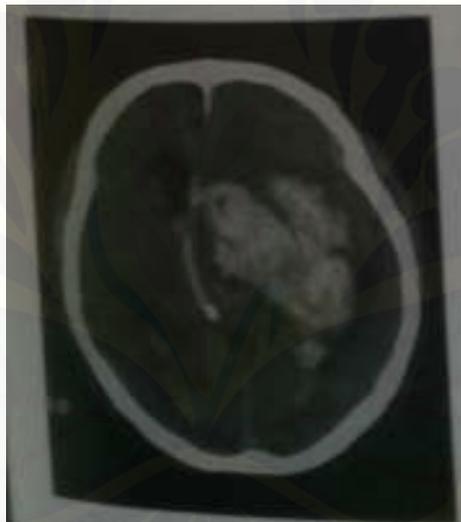


Gambar 2. 1 Pathway Stroke Hemoragik dengan Hamabatan Mobilitas Fisik (Sumber: Muttaqin, 2012).

2.1.6 Manifestasi Klinis

a. Stroke Perdarahan Intracerebral

- 1) Manifestasi perdarahan intracerebral bergantung pada lokasinya. Perdarahan ganglia dengan kerusakan kapsula interna biasanya menyebabkan *hemiparesis kontralateral berat*, sedangkan perdarahan pons menimbulkan tanda-tanda batang otak (Baehr, M dan Frotscher, M. 2016).
- 2) Ruptur intraventricular perdarahan intracerebral dapat menyebabkan hidrosefalus, baik melalui obstruksi aliran ventricular dengan bekuan darah atau dengan gangguan resorpsi LCS dari granulasiones arakhnoideae. Jika ada hidrosefalus makin meningkatkan tekanan intrakranial (Baehr, M dan Frotscher, M. 2016).



Gambar 2. 2Perdarahan besar pada ganglia basalia kiri dengan pergeseran garis-tengah dan perdarahan intraventricular (Sumber: Baehr, M dan Frotscher, M. 2016).

- 3) Nyeri kepala hebat karena hipertensi. Sakit kepala menetap.
- 4) Serangan terjadi pada siang hari, saat beraktivitas, dan emosi atau marah.
- 5) Mual atau muntah pada permulaan serangan.
- 6) Hemiparesis atau hemiplegia terjadi sejak awal serangan.
(Batticaca, 2008)
- 7) Kesadaran menurun dengan cepat dan menjadi koma (65% terjadi kurang dari ½ jam-2 jam; <2% terjadi setelah 2 jam-19 hari) (Batticaca, 2008), biasanya pada perdarahan besar segera menimbulkan somnolen, stupor atau koma.

Pada fase lanjut, pasien menunjukkan spasme ekstensor, instabilitas hemodinamik, dan akhirnya, gagal napas, kesualti fosa posterior dapat didekompresi secara operatif (Baehr, M dan Frotscher, M. 2016).

- 8) Perdarahan yang lebih kecil, terutama di hemisfer sereberi, menyebabkan manifestasi fokal yang meliputi ataksia ekstremitas, kecenderungan untuk terjatuh ke sisi lesi, dan deviasi gaya jalan ke arah lesi (Baehr, M dan Frotscher, M. 2016).
- 9) Hiperemi pada wajah.
- 10) Pernapasan irreguler, mengorok.
(Batticaca, 2008)

b. Stroke Subaraknoid

- 1) Nyeri kepala hebat dan mendadak. Sakit kepala terjadi sementara.
- 2) Ada gejala atau tanda meningeal.
- 3) Papiledema terjadi bila ada perdarahan subaraknoid karena pecahnya aneurisma pada arteri komunikasi anterior atau arteri karotis interna.
- 4) Hiperemi pada wajah, tampak blefarospasme.
- 5) Gangguan kesadaran yang reversible.

(Batticaca, 2008)

6) Defisit saraf kraniasalis

(Munir, 2015)

- 7) Iritasi meningeal oleh darah subarachnoid menyebabkan kaku kuduk
- 8) Mengantuk, konfusi, tanda neurologis fokal ringan.
- 9) Stupor, deficit neurologis berat (misalnya hemiparesis), manifestasi otonom.
(Baehr, M dan Frotscher, M. 2016).

c. Gangguan Khusus Setelah Serangan Stroke

- 1) Defisit lapang penglihatan
 - a) Homonimus hemianopsia (kehilangan setengah lapang penglihatan): tidak menyadari orang atau objek di tempat kehilangan, penglihatan, mengabaikan salah satu sisi tubuh, kesulitan menilai jarak.
 - b) Kehilangan penglihatan perifer: kesulitan melihat pada malam hari, tidak menyadari objek atau batas objek.

c) Diplopia: penglihatan ganda.

(Ariani, 2013)

2) Defisit motorik

a) Hemiparesis: kelemahan wajah, lengan, dan kaki pada sisi yang sama. Paralisis wajah (karena lesi pada hemisfer yang berlawanan) (Ariani, 2013).

Kelemahan separuh muka, lengan dan tungkai pada sisi yang sama biasanya disebabkan oleh lesi di hemisfer otak kontralateral atau batang otak bagian atas. Bila lesinya sangat besar/luas (misalnya perdarahan intraserebral yang luas) sehingga disertai dengan peningkatan tekanan intracranial, dapat timbul reflex Babinski bilateral. Secara teoritis, hemiparesis dapat mengenai medulla spinallis (sangat jarang sekali) yang ditandai dengan fungsi mental/luhur dan saraf otak baik, deficit sensorik berlawanan dengan hemiparesisnya (sindrom Brown Sequard) (Juwono, T. 2014).

b) Gangguan khusus setelah stroke diantaranya afasia merujuk pada gangguan dalam pembuatan dan pemahaman bahasa, dan disartria yang merujuk kepada gangguan dalam kontrol otot-otot perangkat bicara (bibir, lidah, palatum, faring) pengucapan kata-kata menjadi sengau, cadel, atau tidak jelas. Gangguan ini sering disebabkan lesi di hemisfer serebrum dominan biasanya kiri (Bickley 2016).

c) Disfonia atau perubahan kualitas bicara (Thomas dan Monaghan 2014).

d) Ataksia: berjalan tidak mantap, tegak. Tidak mampu menyatukan kaki, perlu dasar berdiri yang luas.

e) Disartria: kesulitan dalam bentuk kata.

f) Disfagia: kesulitan dalam menelan.

3) Defisit verbal

a) Afasia ekspresif: tidak mampu membentuk kata yang dapat dipahami, mungkin mampu bicara dalam respons kata tunggal.

b) Afasia reseptif: tidak mampu memahami kata yang dibicarakan, mampu bicara tetapi tidak masuk akal.

c) Afasia global: kombinasi baik afasia reseptif dan ekspresif.

4) Defisit kognitif

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

5) Defisit emosional

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

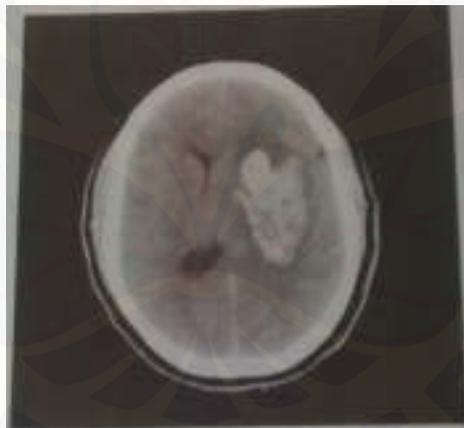
(Ariani, 2013)

2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik

- a. Angiografi serebral. Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik misalnya pertahanan atau sumbatan arteri (Munir, 2015), memperlihatkan secara tepat letak oklusi atau ruptur (Ariani, 2013).
- b. Skan tomografi komputer (*Computer Tomography scan-CT scan*). Mengetahui adanya tekanan normal dan adanya trombosis, emboli serebral, dan tekanan intrakranial (TIK). Peningkatan TIK dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan subarakhnoid dan perdarahan intrakranial. Kadar protein total meningkat, beberapa kasus trombosis disertai proses inflamasi (Batticaca, 2008).CT secara sensitif mendeteksi perdarahan subarachnoid akut, tetapi semakin lama interval antara kejadian akut dengan CT-scan, semakin mungkin temuan CT-scan negative. Jika SAH masih dicurigai pada CT-scan normal, pungsi lumbal harus dilakukan (Baehr, M dan Frotscher, M. 2016).

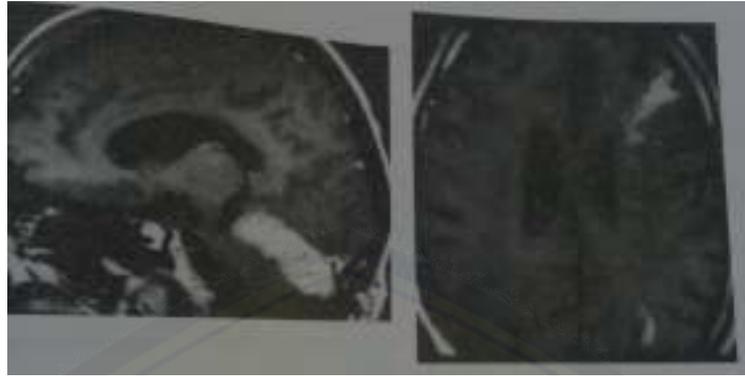


Gambar 2. 3 Perdarahan serebral. CT-scan pada pasien hipertensif yang tiba-tiba mengeluh sakit kepala hebat dan menjadi kurang responsive. Perdarahan hiperdens (terang) yang besar terlihat di region nucleus serebri profunda. Batang otak terdorong ke arah ventral dan terdesak ke arah klivus, dan sisterna preponsitis terlihat sangat menyempit (Baehr, M dan Frotscher, 2016).



Gambar 2. 4 CT-Scan Stroke Perdarahan Intracerebral (Sumber: Munir, 2015)

- c. Pungsi lumbal. Pemeriksaan ini menunjukkan terdapatnya darah atau siderofag secara langsung pada cairan serebrospinal.
- d. Magnetic Resonance Imaging (MRI). Menunjukkan daerah infark, perdarahan, malformasi arteriovena (MAV) (Batticaca, 2008).



(a)

(b)

Gambar 2. 5 (a) Gambaran MRI pada posisi ekstensi superior pada pasien infark arteri serebral. (b) Gambaran MRI pada pasien dengan stroke hemoragis dengan lesi pada sub kortikal frontal kiri (Muttaqin, 2008).

- e. Ultrasonografi doppler (USG doppler). Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah sistem arteri karotis/aliran darah atau timbulnya plak) dan arteriosklerosis (Munir, 2015). Pemeriksaan sinar x kepala dapat menunjukkan perubahan pada glandula pineal pada sisi yang berlawanan dari massa yang meluas, klasifikasi karotis internal yang dapat dilihat pada trombosis serebral, klasifikasi parsial pada dinding aneurisme pada perdarahan subaraknoid (Ariani, 2013).
- f. Elektroensefalogram (*Electroencephalogram-EEG*). Mengidentifikasi masalah pada gelombang otak dan memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
- g. Sinar tengkorak. Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pienal daerah yang berlawanan dan massa yang meluas, klasifikasi karotis interna terdapat pada trombosis serebral; kalsifikasi parsial dinding aneurisma pada perdarahan subaraknoid. (Batticaca, 2008)
- h. Pemeriksaan laboratorium
 - 1) Pemeriksaan gula darah: gula darah bisa meningkat karena keadaan hiperglikemia(Munir, 2015).
 - 2) Faktor risiko stroke hemoragik yang dapat dimodifikasi, sebagian besar pasien memiliki hipertensi (82,30%), kadar gula darah meningkat (63,54%), LDL meningkat (65,63%), trigliserida meningkat (64,58%), dan kolesterol

total meningkat (69,79%), pasien dengan kadar HDL normal lebih banyak (48,96) (Dinata dkk., 2013).

2.1.8 Faktor Risiko

a. Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor risiko stroke yang potensial. Hipertensi dapat mengakibatkan pecahnya maupun menyempitnya pembuluh darah otak. Apabila pembuluh darah otak pecah, maka timbullah perdarahan otak dan apabila pembuluh darah otak menyempit, maka aliran darah ke otak akan terganggu dan sel-sel otak akan mengalami kematian.

b. Diabetes melitus

Diabetes melitus mampu menebalkan dinding pembuluh darah otak yang berukuran besar. Menebalnya dinding pembuluh darah otak akan menyempitkan diameter pembuluh darah tadi dan penyempitan tersebut kemudian akan mengganggu kelancaran aliran ke otak, yang pada akhirnya akan menyebabkan infark sel-sel otak.

c. Penyakit jantung

Beberapa penyakit jantung berpotensi untuk menimbulkan stroke. Faktor risiko ini akan menimbulkan hambatan/sumbatan aliran darah ke otak karena jantung melepas gumpalan darah atau sel-sel/jaringan yang telah mati ke dalam aliran darah.

d. Gangguan aliran darah otak sepiintas

Pada umumnya bentuk-bentuk gejalanya adalah hemiparesis, disartria, kelumpuhan otot-otot mulut atau pipi, kebutaan mendadak, hemiparestesi, dan afasia.

e. Hiperkolesterolemi

Meningginya angka kolesterol dalam darah, terutama *low density lipoprotein* (LDL), merupakan faktor risiko penting untuk terjadinya arteriosklerosis (menebalnya dinding pembuluh darah yang kemudian diikuti penurunan elastisitas pembuluh darah). Peningkatan kadar LDL dan penurunan kadar High Density

Lipoprotein (HDL) merupakan faktor risiko untuk terjadinya penyakit jantung koroner.

f. Infeksi

Penyakit infeksi yang mampu berperan sebagai faktor risiko stroke adalah tuberkulosis, malaria, lues (sifilis), leptospirosis, dan infeksi cacing.

g. Kelainan pembuluh darah otak

Pembuluh darah otak yang tidak normal di mana suatu saat akan pecah dan menimbulkan perdarahan.

h. Obesitas

Obesitas merupakan faktor risiko terjadinya penyakit jantung.

i. Merokok

Merokok merupakan faktor risiko utama untuk terjadinya infark jantung.

(Ariani, 2013)

j. Riwayat penyakit dalam keluarga

Orang tua atau saudara sekandung yang pernah mengalami stroke pada usia muda maka berisiko tinggi terkena stroke (Lingga, 2013).

k. Lain-lain

Peningkatan risiko terjadinya stroke pada masyarakat kelompok ekonomi menengah ke bawah antara lain dipicu oleh pola hidup tidak sehat, seperti merokok, tidak teratur mengonsumsi obat antihipertensi, dan berbagai penyakit kronis lainnya. Bisa juga disebabkan oleh kebiasaan mengonsumsi makanan yang tinggi kadar garamnya, seperti ikan asin dan mi instan. Sementara pada kelompok ekonomi menengah ke atas, meningkatnya risiko terkena stroke terutama disebabkan oleh kebiasaan mengonsumsi makanan yang tinggi kadar lemak, kalori, dan kadar garamnya, seperti makanan cepat saji yang terkategori *junk food*. Selain itu, penyakit hipertensi dan kencing manis (DM tipe 2), penyakit dan kelainan irama jantung (aritmia) yang tidak diobati secara teratur juga meningkatkan risiko terjadinya stroke pada kelompok ekonomi menengah ke atas (Wahyu, Genis Ginanjar 2009).

2.1.9 Penatalaksanaan Stroke Hemoragik

- a. Terapi Stroke hemoragik pada serangan akut
 - 1) Saran operasi diikuti dengan pemeriksaan.
 - 2) Masukkan klien ke unit perawatan saraf untuk dirawat di bagian bedah saraf.
 - 3) Penatalaksanaan umum di bagian saraf.
 - 4) Penatalaksanaan khusus pada kasus :
 - a) *Subarachnoid hemorrhage* dan *intraventricular hemorrhage*,
 - b) Kombinasi antara *parenchymatous* dan *subarachnoid hemorrhage*,
 - c) *Parenchymatous hemorrhage*,
 - 5) Neurologis
 - a) Pengawasan tekanan darah dan konsentrasinya.
 - b) Kontrol adanya edema yang dapat menyebabkan kematian jaringan otak.
 - 6) Terapi perdarahan dan perawatan pembuluh darah
 - a) Antifibrinolitik untuk meningkatkan mikrosirkulasi dosis kecil.
 - (1) *Aminocaproic acid* 100-150 ml% dalam cairan isotonik 2 kali selama 3-5 hari, kemudian 1 kali selama 1-3 hari.
 - (2) Antagonis untuk pencegahan permanen: Gordox dosis pertama 300.000 IU kemudian 100.000 IU 4 x per hari IV; Contrical dosis pertama 30.000 ATU, kemudian 10.000 ATU x 2 per hari selama 5-10 hari.
 - b) Natri etamsylate (Dynone®) 250 mg x 4 hari IV sampai 10 hari.
 - c) Kalsium mengandung obat; Rutinium®, Vicasolum®, Ascorbicum®
 - d) Profilaksis Vasospasme
 - (1) *Calcium-channel antagonist* (Nimotop® 50 ml [10 mg per hari IV diberikan 2mg per jam selama 10-14 hari])
 - (2) Profilaksis hipostatik pneumonia, emboli arteri pulmonal, luka tekan, cairan purulen pada luka korne, kontraksi oto dini. Lakukan perawatan respirasi, jantung, penatalaksanaan cairan dan elektrolit, kontrol terhadap tekanan edema jaringan otak dan peningkatan TIK, perawatan pasien secara umum, dan penatalaksanaan pencegahan komplikasi.

- (3) Terapi infus, pemantauan (monitoring) AGD, tromboembolisme arteri pulmonal, keseimbangan asam basa, osmolaritas darah dan urine, pemeriksaan biokimia darah.
- b. Perawatan umum pasien dengan serangan stroke akut
 - 1) Pengaturan suhu, atur suhu ruangan menjadi 18-20⁰C.
 - 2) Pemantauan (monitoring) keadaan umum klien (EKG, nadi, saturasi O₂ PO₂, PCO₂).
 - 3) Pengukuran suhu tiap dua jam.(Batticaca, 2008)
- 4) Pada stroke hemoragik manajemen cairan merupakan prioritas, sehingga pasien berada dalam status euvolemi dengan pemberian cairan isotonik. Tidak dianjurkan menggunakan cairan hipotonik karena dapat mencetuskan atau memperberat edema serebral yang terjadi, dan larutan yang mengandung glukosa sebaiknya tidak diberikan kecuali pasien berada dalam keadaan hipoglikemik (Bisri, 2009)
- 5) Neuroprotektor yang umum digunakan pada pasien stroke adalah citicolin dan piracetam. Berdasarkan penelitian penggunaan neuroprotektor memberikan luaran yang signifikan terhadap kesadaran, fungsi kognitif, dan motorik pada pasien stroke (Bullock R dkk., 2000 dalam Abdillah dkk., 2017). Citicolin dengan dosis 2 x 250 mg maupun 2 x 500 mg memberikan nilai GCS yang tidak jauh berbeda baik pada pasien stroke iskemik maupun stroke hemoragik (Abdillah dkk., 2017).
- 6) Untuk mencegah vasospasme pada pasien stroke hemoragik diberikan penyekat saluran kalsium: nimodipin, nicardipin, nivaldipin yang diberikan per IV. Obat-obat tersebut jelas dapat menurunkan defisit neurologis berat dan bekerja lebih dengan mengurangi influks kalsium intrasel iskemik dibandingkan dengan vasodilatasi serebral (Brasher, Valentina L., 2008).
- c. Terapi perdarahan intraserebral
 - 1) Kontrol tekanan darah. Tekanan darah diturunkan bila tekanan sistolik >180 mmHg atau tekanan diastolic >105 mmHg. Pada fase akut tekanan darah tinggi, tekanan darah tidak boleh diturunkan lebih dari 20%.

- 2) Penatalaksanaan peningkatan tekanan intracranial.
 - a) Tindakan pengobatan pertama adalah osmotherapi, tapi tidak boleh digunakan sebagai profilaksis. Manitol 20% 1g/kg dalam 20 menit. Unruk mempertahankan gradient osmotic, furosemide (10 mg dalam 2-8 jam) dapat diberikan secara terus-menerus bersama dengan osmotherapi.

- b) Pengaturan cairan.

(Dewanto, G. dkk. 2009)

- d. ROM (Range Of Motion)

Range of motion (ROM) adalah gerakan dalam keadaan normal yang dapat dilakukan oleh sendi bersangkutan. ROM dibedakan menjadi dua jenis, yaitu ROM aktif (gerakan yang dilakukan oleh seseorang dengan menggunakan energi sendiri, kekuatan otot 75%), dan ROM pasif (energi yang dikeluarkan untuk latihan berasal dari orang lain atau alat mekanik, kekuatan otot 50%). Indikasi latihan pasif adalah pasien semikoma dan tidak sadar, pasien dengan keterbatasan mobilisasi tidak mampu melakukan beberapa atau semua latihan rentang gerak dengan mandiri, pasien tirah baring total atau pasien dengan paralisis ekstremitas total (Suratun dkk., 2008). ROM bertujuan meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot, dan bermanfaat untuk menentukan nilai kemampuan sendi tulang dan otot dalam melakukan pergerakan. Prinsip ROM diantaranya yaitu, ROM dilakukan perlahan dan hati-hati sehingga tidak melelahkan pasien, ROM harus diulang 8 kali dan dikerjakan minimal 2 kali sehari, perhatikan umur, diagnosa, tanda-tanda vital dan lamanya tirah baring, ROM dapat dilakukan pada semua persendian atau hanya pada bagian-bagian yang dicurigai mengalami proses penyakit, dan melakukan ROM harus sesuai waktunya (misalnya setelah mandi atau perawatan rutin telah dilakukan) (Fitriyani, 2015). Hal yang perlu diperhatikan selama terapi latihan, yaitu posisi tengkurap dan trendelenburg, kepala pasien harus dalam posisi netral tanpa rotasi ke kiri atau ke kanan, fleksi atau ekstensi dari leher, meminimalisasi stimulus yang berbahaya, dan berikan jarak antara aktivitas keperawatan paling sedikit 15 menit. Pasien akan disarankan untuk menggunakan rehabilitasi medik untuk member kemampuan kepada penderita

yang telah mengalami disabilitas fisik dan atau penyakit kronis, agar dapat hidup atau bekerja sepenuhnya sesuai dengan kapasitasnya. Program rehabilitasi medik yang dapat diikuti pasien dapat berupa fisioterapi, terapi wicara, psikoterapi (Nasution, 2013).

e. Pengaturan Posisi

Pengaturan posisi pasien di tempat tidur setiap dua jam untuk memberi peluang tubuh beraktivitas secara pasif, dan memaksimalkan pengembangan paru serta mencegah terjadinya dekubitus, tetapi jika membalikkan tubuh pasien terlalu sering dikhawatirkan akan meningkatkan tekanan intrakranial, oleh karena itu dilakukan perubahan posisi dalam selang waktu 2 jam (Paramadina, 2013).

2.1.10 Komplikasi

a. Stroke Perdarahan Intracerebral

- 1) Intra kranial: herniasi, TIK meningkat, kejang.
- 2) Ekstra kranial: dekubitus, sepsis

b. Stroke Subaraknoid

- 1) Hydrocephalus.
- 2) Perdarahan berulang.
- 3) Vasospasme.
- 4) Defisit neurologis.
- 5) Disfungsi hypothalamic mengakibatkan iskemia miokard atau gangguan tekanan darah yang stabil.
- 6) Hiponatremia.

(Munir, 2015)

2.2 Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

a. Anamnesis

1) Identitas Klien

a) Umur.

Stroke dapat menyerang semua umur, tetapi lebih sering dijumpai pada populasi usia tua. Setelah berumur 55 tahun, risikonya berlipat ganda setiap kurun waktu sepuluh tahun (Wiratmoko, 2008).

b) Jenis kelamin.

Dari seluruh subjek penderita stroke, proporsi terbanyak adalah laki-laki (51,95%) namun tidak jauh berbeda dengan jenis kelamin perempuan (48,1%) (Sofyan dkk, 2012).

c) Pekerjaan

Beberapa ahli menyebutkan bahwa stroke cenderung diderita oleh golongan dengan sosial ekonomi yang tinggi karena berhubungan dengan pola hidup, pola makan, istirahat dan aktivitas (Sulansi, 2015).

2) Keluhan utama

Keluhan utama ini seringkali yang menjadi alasan klien untuk datang meminta pertolongan rumah sakit. Pasien akan mengeluh kelemahan anggota gerak, badan, bicara agak pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan tingkat kesadaran (Muttaqin, 2008).

3) Riwayat Penyakit Sekarang

Setelah melakukan aktivitas, tiba-tiba terjadi keluhan neurologis misalnya sakit kepala dan penurunan kesadaran (Rendy, 2012). Serangan stroke hemoragik sering kali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas, biasanya terjadi nyeri kepala, mual muntah bahkan kejang sampai pasien tidak sadar, selain gejala kelumpuhan seluruh badan atau gangguan fungsi otak yang lain. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intracranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai dengan perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsive, dan koma (Muttaqin, 2008).

4) Riwayat Penyakit Dahulu

Perlu dilakukan adanya pengkajian DM, hipertensi, dan kelainan jantung (disritmia) karena hal ini berhubungan dengan penurunan kualitas pembuluh darah otak menjadi menurun (Rendy, 2012). Selain itu tanyakan apakah pasien pernah mengalami trauma kepala atau tidak (Batticaca, 2008). Tanyakan juga tentang penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif. Pengkajian obat-obatan yang sering digunakan pasien, seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alcohol 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, 2008).

5) Riwayat Penyakit Keluarga

Adakah riwayat penyakit yang sama diderita oleh anggota keluarga yang lain atau riwayat penyakit lain baik bersifat genetik maupun tidak (Rendy, 2012). Seperti riwayat hipertensi, penyakit jantung atau DM (Batticaca, 2008).

6) Pola Fungsi Kesehatan Gordon

a) Pola Persepsi dan Tata Laksana Kesehatan

Berkaitan dengan fungsi peran yang tergambar dari penyesuaian atau pencerminan diri yang tidak adekuat terhadap peran baru setelah stroke serta masih menerapkan pola tidak sehat yang dapat memicu serangan stroke berulang. Pengkajian perilaku adaptasi interdependen pada pasien paska stroke antara lain identifikasi sistem dukungan sosial pasien baik dari keluarga, teman, maupun masyarakat (Dharma, 2015).

b) Pola Nutrisi dan Metabolisme

Pasien stroke sering mengalami disfagia yang menyebabkan gangguan intake dan pola nutrisi. Respons adaptasi tidak efektif yang sering ditunjukkan pasien antara lain mual, muntah, penurunan asupan nutrisi dan perubahan pola nutrisi. Stimulus fokal yang sering menyebabkan respons adaptasi tidak efektif pada pola nutrisi pasien stroke yaitu disfagia dan penurunan kemampuan mencerna makanan. Stimulus kontekstual yaitu kelumpuhan saraf kranial, faktor usia dan kurangnya

pengetahuan tentang cara pemberian makanan pada pasien stroke yang mengalami disfagia. Stimulus residual yaitu faktor budaya serta pemahaman pasien dan keluarga tentang manfaat nutrisi bagi tubuh (Dharma, 2015).

c) Pola Eliminasi

Pengkajian eliminasi meliputi BAB dan BAK, konsistensi feses, jumlah dan warna urin, inkontinensia urin, inkontinensia bowel, dan konstipasi. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermitten dengan teknik steril. Inkontinensia urin yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas (Muttaqin, 2008).

d) Pola Aktivitas dan Latihan

Sulit beraktivitas, kehilangan sensasi penglihatan, gangguan tonus otot, gangguan tingkat kesadaran (Batticaca, 2008).

e) Pola Tidur dan Istirahat

Mudah lelah, kesulitan istirahat (nyeri atau kejang otot) (Judha dan Rahil, 2011).

f) Pola Hubungan dan Peran

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara (Muttaqin, 2008).

g) Pola Persepsi Dan Konsep Diri

Konsep diri merupakan pandangan individu tentang dirinya yang terbentuk dari persepsi internal dan persepsi berdasarkan reaksi orang lain terhadap dirinya. Konsep diri terbagi menjadi dua aspek yaitu fisik diri dan personal diri. Fisik diri adalah pandangan individu tentang kondisi fisiknya yang meliputi atribut fisik, fungsi tubuh, seksual, status sehat dan sakit, dan gambaran diri. Personal diri adalah pandangan individu tentang karakteristik diri, ekspresi, nilai yang meliputi konsistensi diri, ideal diri, dan moral etika spiritual diri (Dharma, 2015).

h) Pola Sensori dan Kognitif

Sinkop atau pingsan, vertigo, sakit kepala, penglihatan berkurang atau ganda, hilang rasa sensorik kontralateral, afasia motorik, reaksi pupil tidak sama (Batticaca, 2008).

i) Pola Reproduksi Seksual

Biasanya terjadi penurunan gairah seksual (Doenges dkk., 2009).

j) Pola Penanggulangan Stress

Dalam hubungannya dengan kejadian stroke, keadaan stress dapat memproduksi hormone kortisol dan adrenalin yang berkontribusi pada proses aterosklerosis. Hal ini disebabkan oleh kedua hormon tadi meningkat jumlah trombosit dan produksi kolestrol. Kortisol dan adrenalin juga dapat merusak sel yang melapisi arteri, sehingga lebih mudah bagi jaringan lemak untuk tertimbun di dalam dinding arteri (Nastiti, 2012).

k) Pola Tata Niai dan Kepercayaan

Klien biasanya jarang melakukan ibadah karena tingkah laku yang tidak stabil, kelemahan atau kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (Muttaqin, 2008).

b. Pemeriksaan Fisik

- 1) B1 (*Breathing*), tidak mampu menelan karena batuk (Batticaca, 2008), kelemahan melindungi jalan nafas, timbulnya pernafasan yang sulit dan/atau tak teratur, suara nafas terdengar ronchi/aspirasi (Judha dan Rahil, 2011).
- 2) B2 (*Blood*), riwayat penyakit jantung, polisitemia, hipertensi arterial, disritmia (perubahan EKG), Pulsasi (kemungkinan bervariasi) (Judha & Rahil, 2011). Pada kulit jika klien kekurangan O₂ kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan buruk. Selain itu juga perlu di kaji tanda-tanda dehidrasi terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke mengalami mobilitas fisik (Muttaqin, 2008).
- 3) B3 (*Brain*)
 - a) Tingkat kesadaran: pada tingkat lanjut, tingkat kesadaran pasien stroke berkisar antara tingkat letargi, stupor, dan semikomatosa. Apabila pasien sudah mengalami koma, maka penilaian GCS sangat penting untuk menilai tingkat kesadaran pasien dan bahan evaluasi untuk pemantauan pemberian asuhan (Batticaca, 2008).
 - b) Status mental: tingkat kesadaran, kesesuaian respons, orientasi terhadap waktu dan tempat (Bickley, 2016). Koma biasanya menandai stadium perdarahan, gangguan tingkah laku (seperti: letargi, apatis, menyerang), dan gangguan fungsi kognitif (Judha dan Rahil, 2011). Penderita sulit memutuskan

pikiran, tampak lebih banyak mengantuk serta apatis (Affandi dan Panggabean, 2016)

- c) Fungsi intelektual: kemampuan memori dan berpendapat menurun, gangguan pada otak kiri menyebabkan gangguan memori bahasa, pasien sangat berhati-hati dalam membuat keputusan. Sedangkan gangguan pada otak kanan, lebih cenderung impulsif dan bergerak cepat (Adam, 2011).
- d) 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. Masalah psikologis lain juga umum terjadi dan dimanifestasikan oleh emosi yang labil, bermusuhan, frustrasi, dendam, dan kurang kerja sama (Muttaqin, 2008).
- e) Saraf kranialis
 - (1) Saraf kranialis I (Olfaktorius): seorang normal biasanya dapat mencium bau di masing-masing sisi dan sering dapat menjelaskannya (Bickley, 2016).
 - (2) Saraf kranialis II (Optikus): pasien mengeluh gangguan penglihatan parsial, dan pemeriksaan kedua mata memperlihatkan defek, lapang pandang, atau kelainan pada penglihatan perifer, misalnya hemianopsia homonim (Bickley, 2016).
 - (3) Saraf kranialis III (Okulomotorius): meliputi gerak ptosis, pupil dengan gerakan bola mata ke atas, konstriksi pupil, dan sebagian besar gerakan ekstra okular (Judha dan Rahil, 2011). Ukuran pupil pada kedua mata umumnya sama (isokor). Bila tidak sama (anisokor), dimana salah satu mata miosis atau medriasis, bisa disebabkan oleh paralisis N. III. Reflek pupil terdiri dari reaksi cahaya langsung dan tidak langsung. Pada pemeriksaan ini, pasien melihat jauh dengan cara memfiksasi pada benda yang jauh letaknya. Kemudian mata pasien diberi cahaya (senter) dan dilihat apakah ada reaksi pada pupil (Satyanegara, 2014).kerusakan akan menyebabkan otosis dilatasi pupil (Ariani, 2013). Pada keadaan normal, bila seseorang melihat ke depan, batas kelopak mata atas akan memotong iris pada titik yang sama secara bilateral. Ptosis dicurigai bila salah satu kelopak mata atas memotong iris lebih rendah daripada mata yang lain, atau bila pasien mendongakkan kepala

ke belakang/ke atas (untuk kompensasi) secara kronik atau mengangkat alis mata secara kronik pula (Juwono, T. 2014)



Gambar 2. 6 Pasien yang mengalami ptosis (Sumber: Juwono, T. 2014).

- (4) Saraf kranialis IV (Troklaris): meliputi gerakan mata ke bawah dan ke dalam, stimulus konvergen dan diplopia (Judha dan Rahil, 2011).
- (5) Saraf kranial V (Trigeminus): mempunyai tiga bagian sensori yang mengontrol sensori pada wajah dan kornea serta bagian motorik mengontrol otot mengunyah (Judha dan Rahil, 2011). *Winking-jaw reflex* dapat terjadi pada pasien stroke. Mandibular bergerak ke sisi berlawanan bila salah satu mata ditutup atau kornea diraba dengan kapas (reflek korneo-mandibular). Syarat tes ini adalah otot-otot mandibular harus dalam keadaan relaksasi. Pengamat harus teliti karena gerakan mandibula sangat cepat dan pendek. Reflek yang positif menunjukkan adanya lesi supranuklear (jaras kortikobulbar) pada sisi kornea yang disentuh. Reflek korneabulbar ini tidak selalu ada pada lesi jaras kortikobulbar, tetapi paling baik dilihat pada stadium akut (± 1 minggu) setelah serangan hemiplegia (pada hemiplegia kronik atau orang normal reflek negatif) (Juwono, T. 2014).
- (6) Saraf kranialis VI (Abdusens): mengontrol pendengaran dan keseimbangan (Judha dan Rahil, 2011). Kerusakan akan menyebabkan ketidakmampuan ke bawah dan ke samping (Ariani, 2013).
- (7) Saraf kranialis VII (Fasialis): pemeriksaan dilakukan saat pasien diam dan atas perintah (tes kekuatan otot) saat pasien diam diperhatikan asimetris wajah, mengontrol ekspresi dan simetris wajah (Judha dan Rahil, 2011).

Kerusakan akan menyebabkan asimetris wajah dan paresis (Ariani, 2013). juga menjelaskan, otot wajah tertarik pada bagian sisi yang sehat (Muttaqin, 2008).

- (8) Saraf kranialis VIII (vestibulokoklearis): tes saraf menyebabkan tinitus atau kurang pendengaran atau ketulian (Ariani, 2013).
- (9) Saraf kranialis IX dan X (Glosofaringeus dan Vagus): kesulitan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut (Judha dan Rahil, 2011).
- (10) Saraf kranialis XI (Aksesoris): kekuatan otot trapezius dan sternokleidomastoid, kerusakan akan menyebabkan ketidakmampuan mengangkat bahu (Ariani, 2013).
- (11) Saraf kranialis XII (Hiplogosus): fungsi motorik lidah, kerusakan akan menyebabkan ketidakmampuan menjulurkan dan menggerakkan lidah (Ariani, 2013).

f) Sistem motorik

UMN (Upper Motor Neuron) terdiri dari traktus pyramidal akan menghilangkan transmisi semua stimulus gerakan volunter dari korteks motorik ke sel kornu anterior, sehingga mengakibatkan paralisis otot-otot yang dipersarafi oleh sel-sel ini. Bila terjadi secara mendadak, interupsi ini akan menyebabkan supresi refleksi regang otot sehingga paralisis yang terjadi pada mulanya adalah flaksid (sampai refleksi tersebut kembali pulih). Lesi kecil di kapsula interna dapat menyebabkan interupsi serabut-serabut pyramidal yang dapat menyebabkan kelumpuhan spastik otot-otot tubuh kontralateral. Sedangkan lesi di korona radiata dengan ukuran yang relatif sama biasanya hanya menyebabkan paralisis otot sebagian (hanya pada lengan atau tungkai). Kerusakan traktus pyramidal di bawah dekusasi akan menyebabkan hemiplegia yang ipsilateral (Satyanegara, 2014). Adapun bentuk kelemahan tipe UMN meliputi: hemiparesis (disebabkan oleh lesi kortikospinalis unilateral), *crossed hemiparesis*/hemiparesis alternans, *double hemiparesis* (disebabkan oleh lesi kortikospinalis bilateral), paresis (disebabkan oleh lesi medulla spinalis bilateral), *brown sequard syndrome*/kelemahan satu sisi tubuh (disebabkan oleh lesi separuh medulla spinalis) (Juwono, T. 2014).

- g) Sistem sensorik: kehilangan sensor pada sisi kolateral pada ekstremitas dan pada muka ipsilateral (Judha dan Rahil, 2011).
- 4) B4 (*Baldder*): inkontinensia, anuria, distesi abdomen (kandung kemih sangat penuh), tidak adanya suara usus (ileus paralitik) (Judha dan Rahil, 2011).
- 5) B5 (*Bowel*), nafsu makan hilang, nausea/vomitus menandakan adanya peningkatan tekanan intrakranial, kehilangan sensasi lidah, pipi, tenggorokan, disfagia, riwayat DM, peningkatan lemak dalam darah (Judha dan Rahil, 2011).
- 6) B6 (*Bone*): kelemahan atau kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh, hemiparestesi (Munir, 2015), kesemutan/kebas, perubahan tonus otot (flaksid atau spastic), paralisis (hemiplegia), kelemahan umum (Judha dan Rahil, 2011).

c. Pemeriksaan pada penderita koma

1) Gerakan penduler tungkai

Pasien tetap duduk di tepi tempat tidur dengan tungkai tergantung, kemudian kaki diangkat ke depan dan dilepas. Pada waktu dilepas akan ada gerakan penduler yang makin lama makin kecil dan biasanya berhenti 6 atau 7 gerakan. Beda pada rigiditas ekstrapiramidal akan ada pengurangan waktu, tetapi tidak teratur atau tersendat-sendat.

2) Menjatuhkan tangan

Tangan pasien diangkat kemudian dijatuhkan. Pada kenaikan tonus (hipertoni) terdapat penundaan jatuhnya lengan ke bawah. Sementara pada hipotomisitas jatuhnya cepat.

3) Tes menjatuhkan kepala

Pasien berbaring tanpa bantal, pasien dalam keadaan relaksasi, mata terpejam. Tangan pemeriksa yang satu dilektakkan di bawah kepala pasien, tangan yang lain mengangkat kepala dan menjatuhkan kepala lambat. Pada kaku kuduk (*nuchal rigidity*) karena iritasi meningeal terdapat hambatan dan nyeri pada fleksi leher.

(Ariani, 2013)

2.2.2 Diagnosa keperawatan: hambatan mobilitas fisik

a. Taksonomi Diagnosa Keperawatan

- 1) Domain 4: Aktivitas/Istirahat
- 2) Kelas 2: Aktivitas/Latihan
- 3) Kode 00085

(NANDA, 2018)

b. Definisi

Keterbatasan dalam gerakan fisik atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah (NANDA, 2018).

- 1) Tingkat ketergantungan 0: mandiri total.
- 2) Tingkat ketergantungan 1: memerlukan penggunaa peralatan atau alat bantu.
- 3) Tingkat ketergantungan 2: memerlukan bantuan dari orang lain untuk pertolongan, pengawasan atau pengajaran.
- 4) Tingakt ketergantungan 3: membutuhkan bantuan dari orang lain dan peralatan atau alat bantu.
- 5) Tingkat ketergantungan 4: ketergantungan; tidak berpartisipasi dalam aktivitas.

(Wilkinson, Judith M. 2016)

c. Batasan Karakteristik

1) Gangguan sikap berjalan

Pasien stroke disertai gangguan fungsi luhur memerlukan rehabilitasi spesifik, salah satunya adalah pasien stroke dengan *hemi-neglect*. Pasien dengan gangguan *hemi-neglect* umumnya mempunyai lesi di hemisfer kanan dan mengabaikan semua yang berada di sisi kirinya. Pasien tersebut seringkali berjalan menabrak pintu yang ada di sebelah kiri atau jatuh tersandung benda yang berada di sisi kiri (Wirawan, Rosiana Pradanasari, 2009).

- 2) Penurunan keterampilan motorik halus
- 3) Penurunan keterampilan motorik kasar

Penderita stroke mengalami kelemahan dan penurunan daya tahan otot, penurunan ROM dan masalah pada pola berjalan. Hal ini menyebabkan

penurunan kemampuan penderita stroke dalam pemenuhan aktivitas kebutuhan sehari-hari (Fadlulloh, Siti Fatimah dkk., 2014).

4) Penurunan rentang gerak

Perubahan tonus pada pasien stroke terjadi sebagai manifestasi klinis dari hilangnya kontrol supra spinal yakni berupa hipotonus (flaccid) dan hipertonus (spastik). Pada perubahan tonus flaccid/hipotonus dapat terjadi secara permanen atau sementara, dalam keadaan ini tidak terdapat tahanan pada gerakan pasif, ekstremitas dirasakan berat, lemas dan tidak mampu menggerakkan anggota tubuhnya, aktivitas refleks tendon menurun sampai hilang, sehingga dengan demikian penderita tidak mampu mempertahankan posisinya dalam waktunya yang lama (Wahyuddin, Arief W., 2008).

5) Waktu reaksi memanjang

6) Kesulitan membolak-balik posisi

7) Ketidaknyamanan

Pasien pasca stroke biasanya mengalami ketidaknyamanan, seperti nyeri saat mengikuti terapi latihan. Sebagian besar nyeri pasca stroke merupakan nyeri muskuloskeletal, terutama pada bahu sisi yang terkena. Penyebab utamanya seringkali adalah penanganan bahu yang salah atau kurang tepat, seperti dalam penempatan bahu saat tidur miring ke sisi sakit sehingga bahu tertindih tubuh atau saat duduk bahu tidak disanggah dengan baik (Wirawan, Rosiana Pradanasari, 2009).

8) Melakukan aktivitas lain sebagai pengganti pergerakan

Setelah serangan stroke, tonus otot yang normal menghilang. Tanpa pengobatan, penderita akan melakukan kompensasi gerakan dengan menggunakan bagian tubuhnya yang tidak lumpuh sehingga seumur hidupnya bagian tubuh yang lumpuh akan tetap lumpuh atau hanya bisa berjalan dengan kaki spastik dan tangan yang cacat (Johnstone, 1991 dalam Yulinda, Wina, 2009).

9) Dyspnea setelah beraktivitas

Pasien stroke yang mengalami kelemahan atau kelumpuhan biasanya hanya melakukan aktivitas di atas tempat tidur. Tirah baring yang cukup lama dan

toleransi aktivitas yang menurun mengakibatkan penurunan metabolisme secara umum. Hal ini dapat menurunkan kapasitas fungsional pada sistem tubuh dengan manifestasi klinis berupa sindroma imobilisasi, salah satunya pada sistem respirasi yang berupa penurunan kapasitas vital, ekspansi sangkar thorak, ventilasi volunter dan gangguan mekanisme batuk (Saleem & Vallbona, 2001 dalam Hernawati, Ika Yussi, 2009).

10) Tremor akibat bergerak

11) Instabilitas postur

Sebagian besar pasien pasca stroke mengalami kelumpuhan unilateral yang akan mengurangi kontrol otot, gerakan tubuh, postur dan keseimbangan tubuh sehingga pasien kehilangan kemampuan untuk melakukan tugas yang rumit dan mengalami kesulitan saat berdiri atau berjalan. Pasien pasca stroke dengan kelumpuhan unilateral mengalami kesulitan mengontrol krunkus saat akan menyesuaikan postur (H., Yu S., 2013 dalam Wowiling, Paulina E., 2016).

12) Gerakan lambat

Tirah baring yang lama menyebabkan pasien bertambah lemah, lebih cepat lelah karena stamina makin rendah, serakan semakin bertambah berat dan melambat karena semua anggota gerak menjadi kaku dan timbul komplikasi-komplikasi lain (Wirawan, Rosiana Pradanasari, 2009).

13) Gerakan spastik

14) Gerakan tidak terkoordinasi

Manifestasi klinis pada pasien stroke adalah melemahnya otot (hemiplegia), kaku, menurunnya fungsi motorik, kehilangan keseimbangan, gerakan tubuh tidak terkoordinasi dengan baik, berjalan menjadi sulit dan langkahnya menjadi tertatih-tatih bahkan tak jarang mengalami kelumpuhan total (Setyawan, Adi Didin dkk., 2017).

d. Faktor yang Berhubungan

1) Intoleran aktivitas

2) Ansietas

3) Indeks massa tubuh di atas persentil ke-75 sesuai usia

4) Kepercayaan budaya tentang aktivitas yang tepat

- 5) Penurunan kekuatan otot
- 6) Penurunan kendali otot
- 7) Penurunan massa otot
- 8) Penurunan ketahanan tubuh
- 9) Depresi
- 10) *Disuse*
- 11) Kurang dukungan lingkungan
- 12) Kurang pengetahuan tentang nilai aktivitas fisik
- 13) Kaku sendi
- 14) Malnutrisi
- 15) Nyeri
- 16) Fisik tidak bugar
- 17) Keengganan memulai pergerakan
- 18) Gaya hidup kurang gerak

(NANDA, 2018)

e. Kondisi Terkait

- 1) Kerusakan integritas struktur tulang
- 2) Gangguan fungsi kognitif
- 3) Gangguan metabolisme
- 4) Kontraktur
- 5) Keterlambatan perkembangan
- 6) Gangguan musculoskeletal
- 7) Gangguan neuromuscular
- 8) Agens farmaseutika
- 9) Program pembatasan gerak
- 10) Gangguan sensoriperseptual

(NANDA, 2018)

Adapun kondisi terkait yang dapat terjadi pada pasien stroke adalah kerusakan integritas struktur tulang, gangguan fungsi kognitif, kontraktur, gangguan musculoskeletal dan adanya gangguan neuromuscular.

2.2.3 Intervensi Keperawatan

- a. Kriteria Hasil (NOC) adapun (Moorhead dkk., 2013)
 - 1) Konsekuensi Imobilitas: Fisiologis, klien mampu untuk:
 - a) Mempertahankan atau meningkatkan kekuatan dan fungsi bagian tubuh yang terganggu atau yang terpengaruh (score 5= puas).
 - b) Mempertahankan posisi fungsi yang optimal sebagaimana dibuktikan dengan tidak terjadi kontraktur dan footdrop (score 5= puas)
 - c) Mendemostrasikan teknik dan perilaku yang memungkinkan pelaksanaan kembali aktivitas (score 5= puas).
 - d) Mempertahankan integritas kulit (score 5= puas).
 - 2) Adaptasi terhadap disabilitas fisik, klien mampu untuk:
 - a) Mampu beradaptasi terhadap keterbatasan secara fungsional (score 5= dilakukan secara konsisten).
 - b) Menggunakan strategi untuk mengurangi stress yang berhubungan dengan disabilitas (score 5= dilakukan secara konsisten).
 - c) Mampu mengidentifikasi cara-cara untuk beradaptasi dengan perubahan hidup (score 5= dilakukan secara konsisten).
 - d) Menerima kebutuhan akan bantuan fisik (score 5= dilakukan secara konsisten).
 - e) Menggunakan sistem dukungan personal (score 5= dilakukan secara konsisten).
 - f) Melaporkan penurunan stress terkait disabilitas (score 5= dilakukan secara konsisten).
 - g) Melaporkan peningkatan dalam kenyamanan psikologis (score 5= dilakukan secara konsisten).
 - 3) Pergerakan, klien mampu untuk:
 - a) Tidak menunjukkan perburukan keseimbangan (score 5= tidak terganggu).
 - b) Mempertahankan gerakan otot sesuai dengan program latihan kekuatan otot (score 5= tidak terganggu).
 - c) Dapat melakukan pergerakan (score 5= tidak terganggu).
 - 4) Pergerakan sendi, klien mampu untuk:

- a) Rentang pergerakan sendi aktif dengan gerakan atas inisiatif sendiri (score 5= tidak ada deviasi dari kisaran normal).
- b) Rentang pergerakan sendi pasif dengan bantuan (score 5= tidak ada deviasi dari kisaran normal).
- 5) Status pernafasan, klien mampu untuk:
 - a) Frekuensi pernafasan (score 5= tidak ada deviasi dari kisaran normal).
 - b) Irama pernafasan (score 5= tidak ada deviasi dari kisaran normal).
 - c) Kedalaman inspirasi (score 5= tidak ada deviasi dari kisaran normal).
 - d) Suara auskultasi nafas (score 5= tidak ada deviasi dari kisaran normal).
 - e) Kepatenan jalan nafas normal (score 5= tidak ada deviasi dari kisaran normal).
 - f) Kapasitas skala vital (score 5= tidak ada deviasi dari kisaran normal).
 - g) Saturasi oksigen (score 5= tidak ada deviasi dari kisaran normal).
- 6) Partisipasi dalam latihan, klien mampu untuk:
 - a) Merencanakan latihan yang tepat engan tenaga kesehatan sebelum memulai latihan (score 5= secara konsisten).
 - b) Mampu mengidentifikasi hambatan dalam program latihan (score 5= secara konsisten).
 - c) Menggunakan strategi dalam mencegah cedera (score 5= secara konsisten).
 - d) Pasien dapat ikut serta dalam latihan untuk meningkatkan kekuatan (score 5= secara konsisten).
 - e) Pasien dapat ikut serta dalam latihan untuk mempertahankan keseimbangan (score 5= secara konsisten).
 - f) Pasien patuh pada program latihan yang sudah ditetapkan (score 5= secara konsisten).
- 7) Reaksi sisi yang terkena dampak, klien mampu untuk:
 - a) Melindungi sisi yang terkena dampak dengan mengubah posisi klien, menjaga dan membersihkan anggota tubuh klien, mencegah adanya ulkus dekubitus (score 5= secara konsisten).

b. Intervensi NIC

1) Terapi Latihan: Ambulasi

Terapi latihan: ambulasi adalah peningkatan dan bantuan berjalan untuk menjaga atau mengembalikan fungsi tubuh otonom dan volunter selama pengobatan dan pemulihan dari penyakit atau cedera. Berikut aktivitas yang dapat dilakukan dalam terapi latihan ambulasi:

- a) Beri pasien pakaian yang tidak mengekang
- b) Bantu pasien untuk menggunakan alas kaki yang memfasilitasi pasien untuk berjalan dan mencegah cedera.
- c) Sediakan tempat tidur berketinggian rendah, yang sesuai.
- d) Tempatkan saklar posisi tempat tidur di tempat yang mudah dijangkau.
- e) Dorong untuk duduk di tempat tidur, di samping tempat tidur (menjuntai), atau di kursi, sebagaimana yang dapat ditoleransi oleh pasien.
- f) Konsultasikan pada ahli terapi fisik mengenai rencana ambulasi, sesuai kebutuhan.
- g) Gunakan sabuk untuk berjalan (*gait belt*) untuk membantu perpindahan dan ambulasi, sesuai kebutuhan.
- h) Terapkan/sediakan alat bantu (tongkat, *walker*, atau kursi roda untuk ambulasi) jika pasien tidak stabil.
- i) Instruksikan pasien/*caregiver* mengenai pemindahan dan teknik ambulasi yang aman.
- j) Monitor penggunaan kruk pasien atau alat bantu berjalan lainnya.
- k) Bantu pasien untuk berdiri dan ambulasi dengan jarak tertentu dan dengan sejumlah staf tertentu.
- l) Bantu pasien untuk membangun pencapaian yang realistis untuk ambulasi jarak.
- m) Dorong ambulasi independen dalam batas aman.
- n) Dorong pasien untuk “bangkit sebanyak dan sesering yang diinginkan” (*up ad lib*), jika sesuai.

2) Terapi Latihan: Keseimbangan

Terapi latihan: keseimbangan adalah penggunaan kegiatan, postur dan gerakan spesifik untuk mempertahankan, meningkatkan, atau memulihkan keseimbangan.

Berikut aktivitas yang dapat dilakukan:

- a) Tentukan kemampuan pasien untuk berpartisipasi dalam kegiatan yang membutuhkan keseimbangan.
- b) Kolaborasi dengan terapis fisik, okupasional, dan terapis rekreasi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan, yang sesuai.
- c) Evaluasi fungsi sensorik (misalnya: penglihatan, pendengaran, dan proprioepsi).
- d) Berikan kesempatan untuk mendiskusikan faktor-faktor yang mempengaruhi ketakutan akan jatuh.
- e) Instruksikan pasien mengenai pentingnya terapi latihan dalam menjaga dan meningkatkan keseimbangan.
- f) Dorong program latihan dengan intensitas rendah dengan memberikan kesempatan untuk berbagai perasaan.
- g) Instruksikan pasien untuk melakukan latihan keseimbangan, seperti berdiri dengan satu kaki, membungkuk ke depan, peregangan dan resistensi, yang sesuai.
- h) Bantu dengan program penguatan pergelangan kaki dan berjalan.
- i) Sesuaikan lingkungan untuk memfasilitasi konsentrasi.
- j) Sediakan alat-alat bantu (tongkat, *walker*, bantal, atau bantalan) untuk mendukung pasien dalam melakukan latihan.
- k) Bantu pasien untuk merumuskan tujuan-tujuan yang realistis dan terukur.
- l) Perkuat atau berikan instruksi bagaimana memposisikan tubuh dan bagaimana melakukan gerakan-gerakan untuk mempertahankan atau meningkatkan keseimbangan selama latihan atau aktivitas sehari-hari.
- m) Bantu untuk berdiri (atau duduk) dan mengayun tubuh dari sisi ke sisi untuk menstimulasi mekanisme keseimbangan.
- n) Dorong pasien untuk mempertahankan dasar dukungan yang luas, jika perlu.

- o) Bantu pasien berlatih berdiri dengan mata tertutup untuk jangka pendek secara berkala untuk menstimulasi propriosepi.
- p) Monitor respon pasien selama latihan keseimbangan.
- q) Sediakan sumber daya untuk program keseimbangan, latihan, atau program edukasi (pencegahan) jatuh.
- r) Rujuk pada terapi fisik dan/atau okupasional untuk latihan habituasi vestibular.

3) Terapi Latihan: Kontrol Otot

Terapi latihan: kontrol otot adalah jenis terapi dengan penggunaan aktivitas atau protokol latihan spesifik untuk meningkatkan atau menjaga pergerakan tubuh yang terkontrol. Berikut aktivitas yang dapat dilakukan:

- a) Tentukan kesiapan pasien untuk terlibat dalam aktivitas atau protocol latihan.
- b) Kolaborasikan dengan ahli terapi fisik, okupasional dan rekreasional dalam mengembangkan dan menerapkan program latihan, sesuai kebutuhan.
- c) Konsultasikan dengan ahli terapi fisik untuk menentukan posisi optimal bagi pasien selama latihan dan jumlah pengulangan untuk setiap pola gerakan.
- d) Jelaskan protokol dan rasionalisasi latihan pada pasien dan keluarga.
- e) Sediakan privasi selama latihan, jika diinginkan.
- f) Sesuaikan pencahayaan, suhu ruangan dan tingkat kebisingan untuk meningkatkan kemampuan pasien berkonsentrasi pada saat latihan.
- g) Inisiasi pengukuran kontrol nyeri sebelum memulai latihan/aktivitas.
- h) Beri pakaian yang tidak menghambat pergerakan pasien.
- i) Bantu menjaga stabilitas sendi tubuh dan atau proksimal selama latihan motorik.
- j) Gunakan bidai untuk mencapai stabilitas dari sendi proksimal dengan kemampuan motorik halus, seperti yang disarankan.
- k) Bantu pasien untuk berada pada posisi duduk atau berdiri untuk melakukan protokol latihan, sesuai kebutuhan.
- l) Latih pasien secara visual untuk melihat bagian tubuh yang sakit ketika melakukan ADL (kegiatan sehari-hari) atau latihan, jika diindikasikan.

- m) Gunakan aktivitas motorik yang membutuhkan perhatian penggunaan dua sisi tubuh.
 - n) Gunakan stimulasi sentuhan (dan atau tepukan) untuk mengurangi kram otot.
 - o) Monitor emosi pasien, kardiovaskuler, dan respon fungsional terhadap protokol latihan.
 - p) Evaluasi perkembangan pasien terhadap peningkatan atau restorasi fungsi dan pergerakan tubuh.
 - q) Beri dukungan positif terhadap usaha pasien dalam latihan dan aktivitas fisik.
- 4) Terapi Latihan: Mobilitas (Pergerakan) Sendi

Ini adalah jenis latihan dengan penggunaan gerakan tubuh baik aktif maupun pasif untuk meningkatkan atau memelihara kelenturan sendi. Berikut aktivitas yang dapat dilakukan:

- a) Tentukan batasan pergerakan sendi dan efeknya terhadap fungsi sendi.
- b) Kolaborasi dengan ahli terapi fisik dalam mengembangkan dan menerapkan sebuah program latihan.
- c) Tentukan level motivasi pasien untuk meningkatkan atau memelihara pergerakan sendi.
- d) Jelaskan pada pasien dan keluarga manfaat dan tujuan melakukan latihan sendi.
- e) Monitor lokasi dan kecenderungan adanya nyeri dan ketidaknyamanan selama pergerakan/aktivitas.
- f) Inisiasi pengukuran control nyeri sebelum memulai latihan sendi.
- g) Lindungi pasien dari trauma selama latihan.
- h) Bantu pasien mendapatkan posisi yang optimal untuk pergerakan sendi pasif maupun aktif.
- i) Dukung latihan ROM aktif, sesuai jadwal yang teratur dan terencana.
- j) Lakukan latihan ROM pasif atau ROM dengan bantuan, sesuai indikasi.
- k) Sediakan petunjuk tertulis untuk melakukan latihan.
- l) Bantu pasien untuk membuat jadwal latihan ROM aktif.
- m) Dukung pasien untuk melihat gerakan tubuh sebelum memulai latihan.

- n) Bantu pasien untuk melakukan pergerakan sendi yang ritmis dan teratur sesuai kadar nyeri yang bisa ditoleransi, ketahanan dan pergerakan sendi.
- o) Dukung pasien untuk duduk di tempat tidur, di samping tempat tidur (menjantai) atau di kursi, sesuai toleransi.
- p) Dukung ambulansi, jika memungkinkan.

5) Pengaturan posisi

Dalam NIC pengaturan posisi berarti menempatkan pasien atau bagian tubuh tertentu dengan sengaja untuk meningkatkan kesejahteraan fungsi fisiologis dan psikologis. Berikut aktivitas yang dapat dilakukan:

- a) Tempatkan pasien di atas matras/tempat tidur terapeutik.
- b) Berikan matras yang lembut.
- c) Jelaskan pada pasien bahwa badan pasien akan dibalik.
- d) Dorong pasien untuk terlibat dalam perubahan posisi.
- e) Monitor status oksigenasi (sebelum dan sesudah perubahan posisi).
- f) Berikan obat sebelum membalikkan badan pasien, dengan tepat.
- g) Masukkan posisi tidur yang diinginkan ke dalam rencana perawatan jika tidak ada kontraindikasi.
- h) Posisikan pasien sesuai dengan kesejajaran tubuh yang tepat.
- i) Imobilisasi dan sokong bagian tubuh yang terkena dampak, dengan tepat.
- j) Tinggikan bagian tubuh yang terkena dampak.
- k) Posisikan pasien untuk mengurangi dyspnea (misalnya posisi semi fowler).
- l) Sokong bagian tubuh yang odem (misalnya dengan menempatkan bantal di bawah lengan).
- m) Posisikan pasien untuk memfasilitasi ventilasi/perfusi (good lung down).
- n) Dorong latihan ROM aktif dan pasif.
- o) Sokong leher pasien dengan tepat.
- p) Jangan menempatkan pasien pada posisi yang bisa meningkatkan nyeri atau dengan penekanan pada luka.
- q) Jangan menempatkan bagian tubuh yang diamputasi pada posisi fleksi.
- r) Minimalisir gesekan dan cedera ketika memposisikan dan membalikkan tubuh pasien.

- s) Gunakan papan untuk kaki/*footboard* bagi pasien menuju tempat tidur.
- t) Balikkan tubuh pasien dengan menggunakan teknik gelinding dan gulung/*log roll technique*.
- u) Posisikan pasien untuk meningkatkan drainase urin.
- v) Tinggikan anggota badan yang terkena dampak setinggi 20° atau lebih, lebih tinggi dari jantung untuk meningkatkan aliran balik vena.
- w) Monitor peralatan traksi terhadap penggunaan yang sesuai.
- x) Pertahankan posisi dan integritas traksi.
- y) Tinggikan kepala tempat tidur.
- z) Balikkan tubuh pasien sesuai dengan kondisi kulit.
- aa) Kembangkan jadwal tertulis terkait dengan reposisi tubuh pasien.
- bb) Balikkan pasien yang tidak sadar setiap 2 jam atau sesuai dengan jadwal.
- cc) Tempatkan perubahan posisi tempat tidur dan lampu panggil dalam jangkauan pasien.

(Bulechek, Gloria M. dkk, 2013)

2.2.4 Implementasi

Implementasi adalah tahap keempat dari proses keperawatan. Tahap ini muncul jika perencanaan yang dibuat diaplikasikan pada pasien. Tindakan yang dilakukan mungkin sama, mungkin juga berbeda dengan urutan yang telah dibuat pada perencanaan. Aplikasi yang dilakukan pada pasien akan berbeda, disesuaikan dengan kondisi pasien saat itu dan kebutuhan yang paling dirasakan oleh pasien (Debora, 2011).

Tujuan dari implementasi adalah membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping. Perencanaan asuhan keperawatan akan dapat dilaksanakan dengan baik, jika pasien mempunyai keinginan berpartisipasi dalam implementasi asuhan keperawatan (Nursalam, 2011). Adapun implementasi yang dilakukan pada pasien stroke hemoragik dengan hambatan mobilitas fisik adalah terapi latihan ambulasi, terapi latihan keseimbangan, terapi latihan kontrol otot, tetapi latihan mobilitas sendi, pengaturan posisi (Bulechek,

Gloria M. dkk, 2013). Penulis juga menambahkan intervensi lainnya berupa pemberian rangsang taktil kepada pasien, agar proses pemulihan motorik pada anggota gerak pasien lebih cepat (J., Janis, 2001 dalam Susanto & Angliadi, 2016).

a. Tindakan Keperawatan Mobilisasi dan Rangsang Taktil pada Pasien Stroke Hemoragik

Pasien dengan stroke akan mengalami gangguan-gangguan yang bersifat fungsional. Gangguan sensoris dan motorik post stroke mengakibatkan gangguan keseimbangan termasuk kelemahan otot, penurunan fleksibilitas jaringan lunak, serta gangguan kontrol motorik dan sensorik. Fungsi yang hilang akibat gangguan kontrol motorik pada pasien stroke mengakibatkan hilangnya koordinasi, hilangnya kemampuan keseimbangan tubuh dan postur (kemampuan untuk mempertahankan posisi tertentu) (Irfan, 2010). Pemulihan klinis fungsi setelah kerusakan atau cedera pada susunan saraf pusat (SSP) ini dapat terjadi dalam waktu beberapa jam atau hari setelah onset atau dapat dimulai dan terus berlangsung selama berbulan-bulan. Menurut acuan pustaka lain sebagian besar pemulihan terjadi dalam 3 sampai 6 bulan pertama setelah onset dan sesudah itu hanya terjadi sedikit perbaikan yang dapat diukur. Walaupun demikian terdapat sejumlah pasien mengalami perbaikan parsial signifikan dari gerakan volunter yang dapat terus berlanjut sampai rentang waktu lebih panjang (Susanto & Angliadi 2016). Pemulihan motoris anggota gerak atas dapat terjadi oleh pemberian latihan seperti mobilisasi dan rangsangan taktil (J., Janis, 2001 dalam Susanto & Angliadi, 2016).

1) Manfaat mobilisasi dan rangsang taktil bagi pasien stroke hemoragik

Latihan gerak atau mobilisasi dini berfungsi untuk memengaruhi fungsi otot pada sisi anggota gerak yang mengalami kelemahan. Sedangkan rangsangan taktil pada prinsipnya menimbulkan kontraksi otot, sehingga akan merangsang *muscle spindle* dan Golgi tendon. Impuls yang berasal dari kedua organ tersebut dikirim oleh serat konduksi bermielin, yaitu serat Ia. Impuls proprioseptif lain yang berasal dari reseptor fasia, sendi, dan jaringan ikat yang lebih dalam, juga dalam serat yang kurang bermielin. Rangsangan taktil akan merangsang proprioseptor pada

kulit dan persendian, serta *muscle spindle* yang akan bereaksi dengan dikirimnya impuls ke motorneuron anterior. Perangsangan neuron ini menyebabkan peningkatan kontraksi secara singkat. Rangsangan pada *muscle spindle* dan Golgi tendon akan diinformasikan melalui serta saraf aferen ke susunan saraf pusat sehingga akan berkontribusi-fasilitasi dan inhibisi. Rangsangan taktil yang diulang-ulang akan memberikan informasi ke mekanisme supraspinal sehingga terjadi pola gerak yang terintegrasi dan menjadi gerakan-gerakan pola fungsional (H., Van der Lee J. 2001 dalam Susanto & Angliadi, 2016).

2) Prosedur mobilisasi dan pemberian rangsang taktil pada pasien stroke hemoragik

a) Waktu pelaksanaan mobilisasi dan pemberian rangsang taktil

Pada penelitian yang dilakukan oleh Susanto dan Anglia (2016) subyek diberikan intervensi dengan mobilisasi secara bertahap dan diberikan rangsangan taktil dengan waktu maksimum 60 menit setiap hari pada anggota gerak yang mengalami kelemahan.

b) Teknik mobilisasi dan pemberian rangsang taktil

Mobilisasi yang digunakan dibantu dengan masase, *stretching*, gerakan pasif sendi, dan gerakan aktif dibantu, sedangkan rangsangan taktil diberikan dengan cara menggosok kulit daerah anggota gerak atas dengan sikat yang dilakukan berulang-ulang (J., Janis, 2001 dalam Susanto & Angliadi, 2016), dimulai dari bagian terbawah hingga bagian atas dari ekstremitas (ILS Learning, 2015). Pada penelitian lain, pemberian terapi rangsangan taktil menggunakan *surgical brush*, karena sikat ini sangat sesuai untuk stimulasi/pemberian rangsangan dan impuls pada kulit, namun tetap aman dan tidak menyebabkan cedera (Saputra, 2017).

Setiap sesi terapi yang diberikan dicatat secara rinci sesuai jadwal penanganan. Subyek yang telah selesai menjalankan program akan dievaluasi kembali dengan *ARA test* dan *motricity index (arm section)* (bagian ekstremitas atas). *ARA test* adalah alat ukur yang digunakan untuk mengukur fungsi anggota gerak atas bagian distal, dimana tes ini menilai mengenai fungsi motorik halus *grasp* (menggenggam), *grips* (memegang dengan cara mencengkram), *pinch*

(menjepit/mencubit) dan fungsi motoris kasar (*gross motoric*) (J., Janis, 2001 dalam Susanto & Angliadi, 2016). Sedangkan *Morticity index* digunakan untuk mengukur kekuatan motorik ekstremitas (kaki dan tangan) pada pasien stroke. *Morticity index* memuat beberapa unsur untuk dinilai, diantaranya seperti: mencubit dan memegang kubus berukuran 2,5 cm, kemampuan siku untuk melakukan fleksi, kemampuan bahu melakukan abduksi, kemampuan pergelangan kaki melakukan dorso-fleksi, kemampuan lutut melakukan ekstensi dan kemampuan pangkal paha melakukan fleksi (Collin, 1990 dalam Susanto & Angliadi, 2016).

3) Hasil yang didapatkan pada penelitian Susanto dan Anglia (2016)

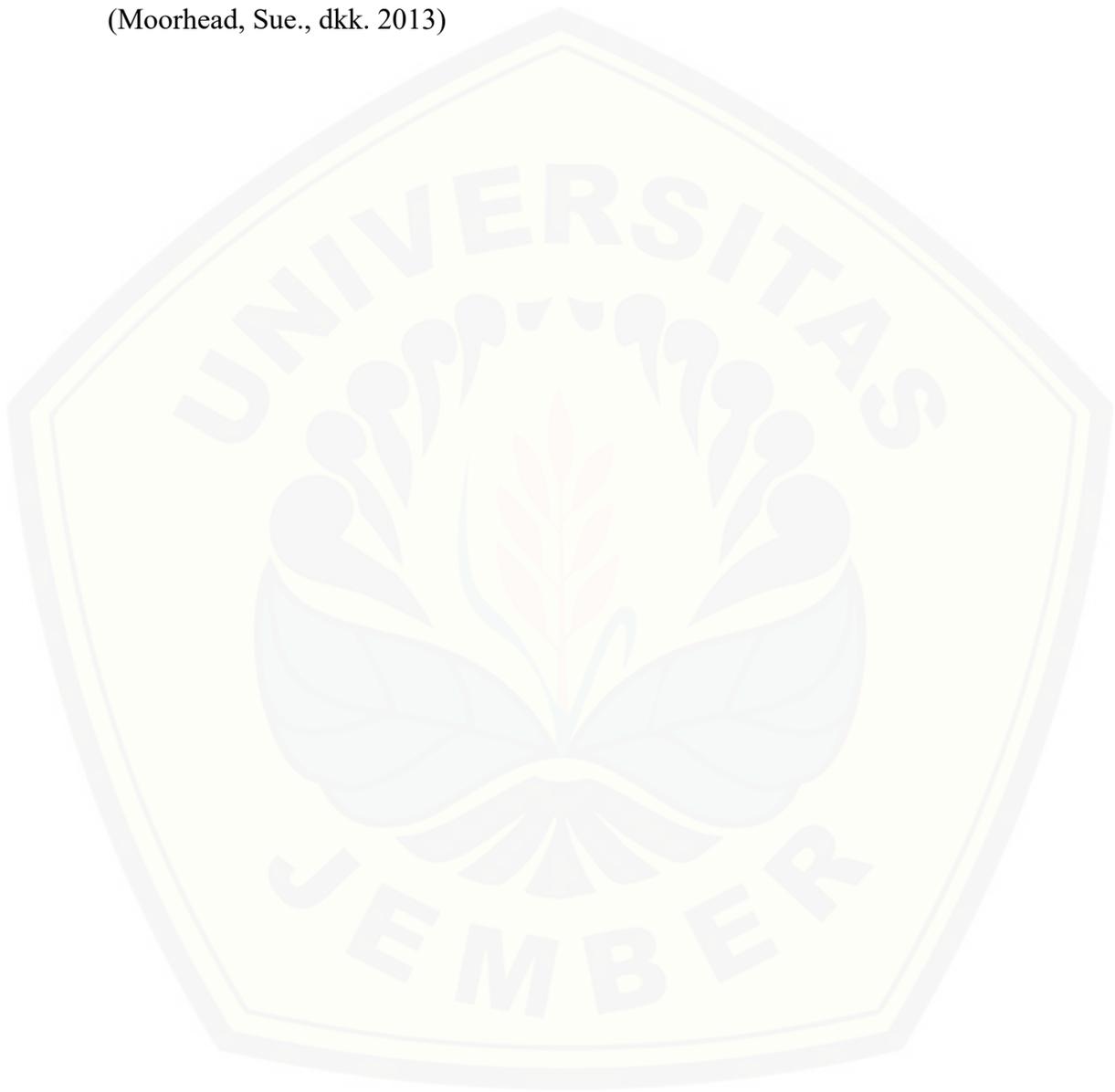
Hasil penelitian yang dilakukan oleh Susanto dan Anglia menunjukkan peningkatan skor rata-rata tes ARA dari fase awal sampai fase intervensi sebesar 10 poin yaitu 4,67 sampai dengan 14,67. Selain itu juga ditemukan adanya peningkatan skor rata-rata *morticity index (arm section)* dari rata-rata fase awal yaitu 20,78 dan fase setelah intervensi yaitu rata-rata fase akhir 47,11 (Susanto & Angliadi, 2016).

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi adalah tahap kelima dari proses keperawatan. Pada tahap ini perawat membandingkan hasil tindakan yang telah dilakukan dengan hasil yang sudah ditetapkan serta menilai apakah masalah yang terjadi sudah teratasi semuanya. (Debora, 2011).Tujuan dari evaluasi itu sendiri adalah untuk melihat kemampuan pasien dengan mencapai tujuan yang diinginkan. Hal ini dapat dilakukan dengan melihat respon pasien terhadap asuhan keperawatan yang diberikan, sehingga perawat dapat mengambil keputusan (Nursalam, 2011). Adapun indikator kriteria hasil menurut NOC (2013) pada pasien stroke hemoragik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik adalah sebagai berikut.

- b. Konsekuensi imobilitas: fisiologis, klien.
- c. Adaptasi terhadap disabilitas fisik.
- d. Pergerakan

- e. Pergerakan sendi.
 - f. status pernafasan.
 - g. Partisipasi dalam latihan.
 - h. Reaksi sisi yang terkena dampak.
- (Moorhead, Sue., dkk. 2013)



BAB 3. METODOLOGI PENELITIAN

Bab ini membahas tentang metode penulisan yang digunakan dalam menyelenggarakan studi kasus terhadap masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik terhadap pasien stroke hemoragik.

3.1 Desain Penulisan

Penelitian ini menggunakan desain laporan studi kasus yang ditulis dalam bentuk naratif untuk mendeskripsikan mengenai pengalaman perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pasien stroke hemoragik pada Ny. B dan Ny. M 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 adalah serangkaian tindakan sistematis berkesinambungan yang dilakukan oleh peneliti, meliputi proses pengkajian keperawatan, perumusan diagnosa keperawatan, merencanakan intervensi keperawatan yang diberikan kepada pasien, melaksanakan implementasi yang telah ditentukan hingga mengevaluasi hasil implementasi pada dua pasien (Ny. B dan Ny. M) yang didiagnosa Stroke Hemoragik dalam rekam medik klien dan mengalami hambatan mobilitas fisik di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang tahun 2019.

3.2.2 Pasien Stroke Hemoragik

Pasien stroke hemoragik yang dimaksud dalam laporan kasus ini adalah dua orang pasien dengan diagnosa medis CVA/CVA Hemoragik/Stroke Hemoragik/ICH/SAH pada rekam medik pasien.

3.2.3 Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik

Hambatan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah, dengan memenuhi batasan karakteristik: gangguan sikap berjalan, penurunan ketemapilan motorik kasar, gerakan tidak terkoordinasi dan/atau disertai dengan:

- a. Penurunan keterampilan motorik halus,
- b. Penurunan rentang gerak,
- c. Waktu reaksi memanjang,
- d. Kesulitan membolak-balik posisi,
- e. Ketidaknyamanan, melakukan aktivitas lain sebagai pengganti pergerakan,
- f. Dispnea setelah beraktivitas,
- g. Tremor akan bergerak,
- h. Instabilitas postur,
- i. Gerakan lambat,
- j. Gerakan spastik.

3.3 Partisipan

Partisipan dalam penyusunan laporan kasus ini adalah dua pasien (Ny. B dan Ny. M) yang yang memenuhi kriteria:

- a. Pasien dengan diagnosa Stroke Hemoragik dalam rekam medik pasien.
- b. Mengalami masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik sesuai dengan batasan karakteristik di atas.
- c. Pasien dalam kondisi sadar.
- d. Pasien yang menjalani rawat inap minimal 3 hari.
- e. Pasien bersedia menjadi partisipan dengan menandatangani *informed consent*.

3.4 Lokasi dan Waktu

Laporan studi kasus ini dilakukan di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang yang dilakukan selama 3 hari pada pasien 1, yaitu pada tanggal 1-3 Februari 2019 dan 4 hari pada pasien 2, yaitu pada tanggal 5-8 Maret 2019. Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang merupakan ruang perawatan kelas 2 dan 3

untuk kasus penyakit dalam seperti diabetes mellitus, hipertensi, gagal jantung dan lain sebagainya.

3.5 Pengumpulan Data

Menurut surat pemberitahuan dari Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik nomor 072/164/427.75/2019, surat keputusan dari Direktur RSUD dr. Haryoto Lumajang nomor 445/119/427.77/2019, surat keputusan Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang nomor 100/UN25.1.14.1/LT/2019 menyatakan bahwa penulis boleh melakukan penelitian pada bulan Januari-Mei 2019 di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang. Metode pengumpulan data yang digunakan dalam penyusunan laporan kasus ini, antara lain:

3.5.1 Wawancara

Wawancara merupakan metode pengumpulan data dengan cara mewawancarai langsung responden yang diteliti, metode ini memberikan hasil secara langsung (Hidayat, 2012). Penulis memperoleh data dari hasil wawancara meliputi hasil anamnesa berisi identitas pasien (usia, jenis kelamin, dan pekerjaan), keluhan utama (pasien stroke hemoragik mengeluh kesulitan untuk menggerakkan sisi tubuh bagian kiri), riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu (pasien stroke hemoragik mempunyai riwayat penyakit dahulu yaitu hipertensi), riwayat penyakit keluarga (anggota keluarga pasien stroke hemoragik seperti ibu/bapak pasien pernah menderita stroke sebelumnya), pola-pola kesehatan yang bersumber dari pasien, keluarga dan perawatan lainnya.

3.5.2 Observasi

Observasi adalah kegiatan yang dilakukan melalui pengamatan langsung terhadap obyek penelitian guna memperoleh data aktual dari sumber data (Kimbal, 2013). Observasi yang dilakukan oleh penulis saat melakukan penelitian yaitu melakukan pemeriksaan fisik meliputi tanda-tanda vital pasien, kesadaran, pemeriksaan sistem muskuloskeletal (pemeriksaan menggunakan nilai kekuatan otot), dan pemeriksaan sistem neurologi pasien (pemeriksaan menggunakan

pemeriksaan sistem motorik, sensorik, dan pemeriksaan reflek fisiologis serta patologis).

3.5.3 Laporan Dokumentasi

Laporan dokumentasi didapatkan melalui hasil dari pemeriksaan laboratorium pasien, hasil CT-Scan, catatan rekam medik klien, lembar advis dokter, dan catatan perkembangan pasien untuk memudahkan penulis dalam pengambilan data yang akan dilakukan, dapat menggunakan instrumen yaitu kamera dengan cara memotret hasil pemeriksaan penunjang maupun hasil rekam medis pasien yang terdapat pada rekam medis pasien.

3.6 Uji Keabsahan Data

Keabsahan data dari pasien stroke hemoragik pemeriksaan kelengkapan data dan diperoleh dari berbagai sumber, seperti data rekam medis pasien meliputi catatan perkembangan pasiendigunakan penulis untuk memperkaya data dengan tidak menyebarluaskan rekam medik klien dalam tujuan apapun kecuali untuk kepentingan perawatan pasien. Untuk memperoleh kelengkapan data, pengumpulan data dilakukan pada pasien, keluarga, perawat, dan rekam medis. Asuhan keperawatan dilakukan minimal 3 hari perawatan dan dilakukan evaluasi sampai dengan pasien keluar rumah sakit. Selain itu penulis juga melakukan pengamatan ulang, pengecekan kembali, dan melihat kejadian yang sama di lokasi yang berbeda seperti melakukan *cross check* ulang terkait hasil penilaian kekuatan otot yang dilakukan pada pasien sebelum dan sesudah dilakuakn tindakan keperawatan ROM aktif/pasif dan rangsang taktil.

3.7 Analisa Data

3.7.1 Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan hasil WOD (Wawancara, Observasi, dan Studi Dokumentasi). Hasil tersebut ditulis daam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk trankip atau catatan terstruktur(Alfiyanti & Rachmawati, 2014).

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 data objektif dianalisa berdasarkan hasil pemeriksa diagnostik kemudian dibandingkan dengan nilai normal(Alfiyanti & Rachmawati, 2014).

3.7.3 Penyajian Data

Penyajian data dilakukan dalam bentuk tabel, gambar, bagan, ataupun teks naratif. Kerahasiaan pasien dijaga dengan cara mengaburkan identitas pasien(Alfiyanti & Rachmawati, 2014).

3.7.4 Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penulisan terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan cara induksi. Data yang dikumpulkan terkait pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan (Alfiyanti & Rachmawati, 2014).

3.8 Etika Penulisan

Dalam penulisan laporan kasus, khususnya yang menggunakan manusia sebagai subjek tidak boleh bertentangan dengan etika. Beberapa prinsip dalam pertimbangan etika meliputi: bebas dari eksploitasi, bebas dari penderitaan, kerahasiaan, bebas menolak menjadi responden, perlu surat persetujuan (*informed consent*) dan mempunyai hak untuk mendapatkan pengobatan yang sama jika pasien telah menolak menjadi responden (Nursalam, 2011). Yang perlu dituliskan pada penyusunan laporan kasus meliputi:

3.8.1 *Informed Consent*(Persetujuan Menjadi Pasien)

Pokok-pokok dasar *informed consent* dalam uji klinik mencakup penjelasan yang diberikan mengenai tindakan yang akan dilakukan, penjelasan tentang timbulnya resiko, penjelasan tentang keuntungan yang dapat diharapkan, penjelasan tentang tindakan alternative, kesediaan menjawab pertanyaan

mengenai berbagai tindakan dalam penelitian, penjelasan bahwa peserta dapat menarik persetujuannya (Praptomo dkk, 2016).

3.8.2 *Anonimity* (Tanpa Nama)

Hasil rekaman diberi kode partisipan tanpa nama (*Anonimity*), untuk selanjutnya disimpan di dalam file khusus dengan kode partisipan yang sama. Semua bentuk data hanya digunakan untuk keperluan proses analisis data sampai penyusunan laporan penelitian (Afiyanti & Rachmawati, 2014).

3.8.3 *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Peneliti wajib menjaga kerahasiaan berbagai informasi yang diberikan oleh para partisipannya dengan sebaik-baiknya. Untuk menjamin kerahasiaan (*Confidentiality*) data, peneliti wajib menyimpan seluruh dokumen hasil pengumpulan data berupa lembar persetujuan mengikuti penelitian, biodata, hasil rekaman dan transkrip wawancara dalam tempat khusus yang hanya bisa diakses oleh peneliti (Afiyanti & Rachmawati, 2014).

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Pengkajian Keperawatan

Data yang muncul pada kedua pasien (Ny. B dan Ny. M) menunjukkan persamaan dengan teori pasien stroke hemoragik yang ada. Dimana kedua pasien mengalami kelemahan pada ekstremitas bagian kiri, mengalami mual dan muntah, pusing hingga penurunan kesadaran. Selain itu kedua pasien juga mengalami gangguan dalam beraktivitas. Selain itu kedua pasien juga mengalami gangguan dalam beraktivitas dan istirahat tidur. Pasien 1 memiliki tingkat ketergantungan 4 dan tidak bisa tidur karena memikirkan cucunya, sedangkan pasien 2 memiliki tingkat ketergantungan 3 dan tidak bisa tidur pada malam hari karena merasa kesal dengan suasana kamar yang panas dan sering merasa lapar. Hal ini bisa saja terjadi, karena kedua pasien mengalami kelemahan pada ekstremitas kiri, yang menandakan bahwa terjadi gangguan pada otak kanannya, dimana otak kanan berperan dalam pengaturan emosi seseorang. Kedua pasien juga mengalami gangguan pada beberapa sistem persarafannya, yaitu pasien tidak dapat tersenyum dengan simetris, tidak mampu membedakan rasa dan kesulitan menelan.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Batasan karakteristik hambatan mobilitas fisik menurut NANDA tahun 2018 berjumlah 14 batasan karakteristik. Sebanyak 10 batasan karakteristik hambatan mobilitas fisik yang muncul pada pasien stroke hemoragik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik diantaranya gangguan sikap berjalan, gerakan lambat, gerakan tidak terkoordinasi, instabilitas postur, kesulitan membolak-balikkan posisi, keterbatasan rentang gerak, ketidaknyamanan, melakukan aktivitas lain sebagai pengganti pergerakan, penurunan kemampuan melakukan keterampilan motorik halus, penurunan kemampuan melakukan keterampilan motorik kasar.

Diagnosa keperawatan pada kedua pasien stroke hemoragik (Ny. B dan Ny. M) dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik memiliki etiologi yang sama yaitu penurunan kekuatan otot, namun dengan batasan karakteristik yang berbeda.

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada prinsipnya tidak mengalami perbedaan antara teori dan fakta. Penulis menggunakan intervensi dari NIC dan NOC tahun 2013. Intervensi yang dilakukan pada pasien stroke hemoragik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik ada 5 intervensi yang dipilih, diantaranya terapi latihan ambulasi, latihan kekuatan otot, latihan pergerakan sendi, latihan keseimbangan dan pengatauran posisi. Intervensi lain secara khusus yang digunakan pada pasien stroke hemoragik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik adalah terapi rangsang taktil. Pemberian rangsang taktil ini dapat diberikan oleh pasien stroke ringan hingga sedang. Intervensi tersebut dilakukan dengan pengawasan perawat dan keluarga, dengan memperhatikan status tanda-tanda vital pasien stroke hemoragik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik yang sesuai dengan indikasi dilakukannya kedua intervensi tersebut.

Pada kedua pasien (Ny. B dan Ny. M) penulis hanya menerapkan 4 intervensi NIC dan 1 intervensi tambahan. Perbedaan penetapan intervensi ini menyesuaikan dengan kondisi kedua pasien, dimana kedua pasien tidak dapat duduk secara mandiri dan tidak dapat berjalan, sehingga intervensi mengenai latihan keseimbangan belum bisa diterapkan.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada pasien stroke hemoragik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik sesuai dengan Nursing Intervention Classification tahun 2013. Implementasi yang dilakukan pada kedua pasien, prinsipnya semua implementasi keperawatan yang dilakukan terhadap pasien masih mengacu pada intervensi keperawatan yang telah direncanakan. Hanya saja terdapat perbedaan dalam mengajarkan teknik ambulasi pada kedua pasien.

dimana pasien 1 hanya diajari teknik berpindah tempat di atas tempat tidur sedangkan pasien 2 juga mendapat teknik berjalan dengan bantuan orang lain. Hal ini dikarenakan perkembangan kondisi dari kedua pasien yang berbeda. Dimana pasien 1 telah berusia 70 tahun, sehingga proses penyembuhan yang terjadi tidak secepat pasien 2 yang berumur 52 tahun. Selain itu pasien 1 cenderung pasrah menerima keadaannya yang telah terjadi, sedangkan pasien 2 memiliki keinginan untuk segera bisa berjalan lagi, sehingga penulis lebih mudah dalam memberikan tindakan keperawatan pada pasien 2.

5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang digunakan mengacu pada kriteria hasil atau *outcome* sesuai dengan *Nursing Outcome Classification* tahun 2013. Evaluasi keperawatan pada kedua pasien yaitu tujuan tercapai sebagian, dimana 8 dari 10 kriteria hasil telah tercapai, dimana kedua pasien belum mampu membersihkan tubuhnya sendiri dan kekuatan otot pasien pada ekstremitas kiri bagian bawah masih 3. Kedua pasien dapat menerapkan beberapa intervensi yang telah diberikan penulis di rumah. Selain itu keluarga pasien juga dapat membantu pasien melakukan intervensi tersebut dan memberikan dorongan penuh agar kedua pasien memiliki semangat dan motivasi yang tinggi untuk pulih kembali.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Perawat

Diharapkan perawat mampu memberikan proses asuhan keperawatan stroke hemoragik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik serta menerapkan intervensi tambahan yang telah dilakukan oleh penulis, mengingat pemberian rangsang taktil ini perlu diberikan oleh pasien stroke untuk mempercepat proses pemulihan bagian tubuh pasien yang mengalami kelemahan maupun kelumpuhan.

5.2.2 Bagi Pasien dan Keluarga

Diharapkan pasien dan keluarga dapat membantu menerapkan intervensi yang telah dianjurkan oleh penulis. Hal ini bertujuan agar keluarga berperan aktif dalam proses penyembuhan pasien, dan keluarga dapat melakukan perawatan lebih lanjut setelah pasien diperbolehkan pulang ke rumah serta mengetahui adanya tanda/gejala kejadian stroke berulang.

5.2.3 Bagi RSUD dr. Haryoto Lumajang

Diharapkan rumah sakit memiliki ruangan khusus stroke dan perawatan yang kompeten dalam penyakit stroke. Hal ini dikarenakan pasien dengan penyakit stroke hemoragik semakin meningkat, rata-rata klien stroke hemoragik yang mengalami hambatan mobilitas fisik. Pasien stroke hemoragik juga membutuhkan observasi, tindakan intensif, dan terapi dalam meningkatkan mobilitas fisik pasien.

5.2.5 Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan penulis selanjutnya mampu mengidentifikasi memberikan intervensi pada pasien stroke hemoragik dengan masalah hambatan mobilitas fisik dengan kurun waktu lebih dari 4 hari. Sehingga penulis selanjutnya dapat melihat perkembangan yang lebih signifikan dengan pemberian rangsang taktil. Selain itu diharapkan penulis selanjutnya juga sudah menggunakan alat ARA test, sehingga dapat membandingkan dengan penelitian sebelumnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdillah, R., A. Kusnandar, dan Anggadireja. 2017. Dampak Terapi Sitikolin, Sosiodemografi Dan Komordibitas Terhadap Nilai GCS Pasien Stroke Di RSUP dr. M Djamil Padang. *Jurnal Sains Dan Teknologi Farmasi*. 19(1): 92.
- Adam, M. 2011. Pengaruh Akupresur Terhadap Kekuatan Otot Dan Rentang Gerak Ekstremitas Atas Pada Pasien Stroke Pasca Rawat Inap Di RSUP Fatmawati Jakarta. *Tesis*. Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan Program Pasca Sarjana Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Medikal Bedah Universitas Indonesia.
- Affandi, I. G., dan R. Panggabean. 2016. Pengelolaan Tekanan Tinggi Intrakranial Pada Stroke. *CDK-238/ vol.43 no.3, Th.2016* . 43(3): 182.
- Afiyanti & Rachmawati. 2014. *Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Riset Keperawatan Edisi 1*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Andri, Kiki Melisa. 2013. Hubungan Antra Perilaku Olahraga, Stress dan Pola Makan dengan Tingkat Hipertensi pada Lanjut Usia di Posyandu Lansia Kelurahan Gebang Putih Kecamatan Sukolili Kota Surabaya. *Jurnal Promkes*. 1(2): 111-117.
- Anggiamurni, Luluk. 2010. Hubungan Volume dan Letak Lesi Hematom dengan Kecepatan Pemulihan Fungsi Motorik Penderita Stroke Hemoragik Berdasarkan Kategori Skala Orgogozo. *Tesis*. Semarang: Program Pasca Sarjana Magister Ilmu Biomedik dan Pendidikan Dokter Spesialis I Ilmu Penyakit Syaraf Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.
- Anggraini, Renny. Yulita, Victoria. Masruhim, Muhammad Amir. 2016. Terapi Penggunaan Obat Stroke pada Pasien Stroke Iskemik di RSUD Abdul Wahab Sjahrane Samarinda. 89-97.
- Apriliyani, T. 2016. Pemberian Range Of Motion (ROM) Terhadap Kekuatan Otot Ekstremitas Pada Asuhan Keperawatan Tn. A Dengan Stroke Hemoragik Di Ruang Aggrek II RSUD dr. Moewardi Surakarta. *Tugas Akhir*. Surakarta: Program Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kusuma Husada Surakarta.
- Ariani, T. A., 2013. *Sistem Neurobehaviour*. Jakarta: Salemba Medika.
- Atun, Listiyaningsih. Siswati, Tri. Kurdanti, Weni. 2014. Asupan Sumerp Natrium, Rasio Kalium Natrium, Aktivitas Fisik, dan Tekanan Darah Pasien Hipertensi. 6(1): 65-66.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2013. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

- Baehr, M dan Frotscher, M. 2016. Duus' Topical Diagnosis in Neurology. Germany: Georg Thieme Verlag KG. Dimanti, Alifa. 2016. *Diagnosis Topik Neurologis Dulus: Anatomi, Fisiologi, Tanda, Gejala*. Edisi 4. Jakarta: EGC.
- Batticaca, F. B., 2008. *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Bickley, L. S. 2016. *Buku Ajar Pemeriksaan Fisik Dan Riwayat Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Bisri, T. 2009. *Panduan Tata Laksana Terapi Cairan Perioperatif*. Bandung: UNPAD.
- Black, J. M., dan H. J. Hawks. 2014. *Keperawatan Medikal Bedah*. Singapura: Elsevier.
- Brashers, V. L., 2001. *Clinical Applications of Pathophysiology: Assessment, Diagnostic Reasoning, and Management*. Elsevier Science. Kuncara, Y. 2008. *Aplikasi Klinis Patofisiologi. Pemeriksaan dan Manajemen*. Jakarta: EGC.
- Bulechek, Gloria M., Docterman, Joanne M., Wegner, Cheryl M. 2013. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Jakarta: CV. Mocomedia
- Chang, E., Daly, J. & Elliott, D., 2010. *Pathophysiology Applied to Nursing Practice*. Australia: EGC Medical Publisher. Hartono, Andy. 2010. *Patofisiologi Aplikasi pada Praktik Keperawatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Chen, A. O, Rufus, Akinyemi dkk. 2016. Frontal white matter Hyperintensities, clasmatodendrosis and gliovascular abnormalities in ageing and post-stroke dementia. *Braina Journal of Neurology*. 139 (1):242-258.
- Davis, S., J. Broderick, M. Hennerici, dan NC. B. Diringen. 2006. Hematoma Growth is a Determinant of Mortalitas and Poor Outcomes After Intracerebral Hemorrhage. *Neurology (66)* : 1175-1181.
- Debora, O. 2011 . *Proses Keperawatan Dan Pemeriksaan Fisik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Dewanto, G dkk. 2009. *PANDUAN PRAKTIS DIAGNOSIS DAN TATALAKSANA PENYAKIT SARAF*. Jakarta: EGC.
- Dharma, K. K. 2015. Efektivitas Intervensi Model Adaptasi Paska Stroke (IMAPS) Terhadap Respons Adaptasi Dan Kualitas Hidup Pasien Paska Stroke. *Disertasi*. Depok: Program Ilmu Keperawatan Program Studi Doktor Keperawatan Universitas Indonesia.
- Dinata, C. A., Y. Safrita, dan S. Sastri. 2013. Gambaran Faktor Risiko Stroke dan Tipe Stroke Pada Pasien Rawat Inap Penyakit Dalam RSUD Kabupaten

- Solok Selatan Periode Januari 2010-31 Juni 2012. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 2013. 2(2): 61.
- Doenges, M. E., M. F. Moorhouse, dan A. C. Geissler. 2009. *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman Untuk Peencanaan Dan Pendokumentasian Perawatan Pasien. Ahli Bahasa: I Made Kariasa, Ni Made Sumarwati. Edisi 3*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Erawantini, F. dan Chairina, R. R. L., 2016. Hipertensi Terhadap Kejadian Stroke. *Jurnal Ilmiah*, 1(2): 102.
- Fadlulloh, Siti Fatimah. Upoyo, Arif Setyo. Hartanto, Yuli Dwi. 2014. Hubungan Tingkat Ketergantungan Dalam Pemenuhan Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (AKS) Dengan Harga Diri Penderita Stroke Di Poliklinik Syaraf RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. *Jurnal Keperawatan Soedirman*. 9(2): 134-145.
- Farikhah, Hannisa Nur. 2017. Evaluasi Interaksi Obat Potensial pada Pasien Gastritis dan Dispepsia di Rawat Inap RSUD Dr. Moewardi Tahun 2016. *Skripsi*. Surakarta: Program Studi Farmasi Fakultas Farmasi Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Fatkhurrohman, M. 2011. Pengaruh Latihan Motor Imagery Terhadap Kekuatan Otot Ekstremitas Pada Pasien Stroke Dengan Hemiparesis Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bekasi. *Tesis*. Depok: Program Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Fitriyani, W. N. 2015. Efektivitas Frekuensi Pemberian Range Of Motion (ROM) Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Di Instalasi Rawat Inap RSUD Prof. dr. Margono Soekarjo Purwokerto. *Skripsi*. Purwokerto: Program Studi ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Purwokerto 2015.
- Haryato, Ghoffar Dwi Agus. Setyawan, Dody. Kusuma, Muslim Argo Bayu. 2014. Pengaruh Terapi AIUEO Terhadap Kemampuan Bicara pada Pasien Stroke yang Mengalami Afasia Motorik di RSUD Tugurejo Semarang. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan (JIKK)*. Semarang: 5-7.
- Hernawati, Ika Yussi. 2009. Penatalaksanaan Terapi latihan pada Pasien Paska Stroke Hemorage Dextra Stadium Recovery. *Karya Tulis Ilmiah*. Surakarta: Program Studi Diploma III Fisioterapi Jurusan Fisioterapi Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Hidayat, A. A. 2012. Riset Keperawatan Dan Teknik Penulisan Ilmiah. Jakarta: Salemba Medika.

- Huda, Nuh. 2012. Pengaruh Posisi Miring untuk Mengurangi Luka Tekan pada Pasien dengan Gangguan Persyarafan. *Jurnal ilmiah Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya*. 3 (2): 28-33.
- ILS Learning. 2015. How To Try The Tactile Brushing Technique At Home. <http://ilslearningcorner.com/2016-01-brushing-technique-for-sensory-tactile-defensiveness/> [Diakses tanggal 7 Januari 2019].
- Irawan, D. S., 2013. Metode Konvensional, Kinesiotaping, Dan Motor Relearning Programme Berbeda Efektifitas Dalam Meningkatkan Pola Jalan Pasien Post Stroke Di Klinik Ontoseno Malang. Malang.
- Irfan, M. (2010). *Fisioterapi Bagi Insan Stroke*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Isnaeni, R., Kharisma, Y. & Tursina, A., 2016. Karakteristik Pasien Stroke Iskemik di RSAU dr. M. Salamun Bandung Periode Maret–Mei 2016. Prosiding Pendidikan Dokter. (Volume 2 No. 2). Periode Maret-Mei 2016. Fakultas Kedokteran, Universitas Islam Bandung, Departemen Farmakologi: 947.
- Jayani, Lusila Puri Dwi. Hubungan Kelebihan Berat Badan dengna Inkotinensia Urine pada Wanita di Wilyah Surakarta. 2010. *Skripsi*. Surakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta.
- Judha, M., Rahil, H. N. . 2011. *Sistem Asuhan Keperawatan Dalam Asuhan Keperawatan*. Yogyakarta: Gohseng Publishing.
- Junaidi, I. 2011. *Stroke Waspadai Ancamannya*. Yogyakarta: Penerbit Andi.
- Jusuf, Ahmad Aulia dan Antarianto, Radiana Dhewayani. 2009. *Catatan Kuliah:Aspek Histologis Dalam Neurosains*. Jakarta: Departemen HistologiFakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Juwono, T, 2014. *Pemeriksaan Klinik Neurologi dalam Praktik*. Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Kadir. Abd. 2010. *Misteri Otak Kiri Manusia*. Bandung: Kaifa.
- Kimbal, R. W. 2013. *Modal Sosial Dan Ekonomi Industri Kecil Sebuah Studi Kualitatif*. Yogyakarta: Penerbit Deepublish (Grup Penerbitan CV Budi Utama).
- Kurbiawati, Endah. Supadmi, Woro. 2016. Kepatuhan Penggunaan Obat dan Kualitas Hidup Pasien Hemodialisa di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Periode Maret 2015. 12 (2): 73-80.
- Lestari, W. 2015. Pemberian Terapi Musik Terhadap Status Hemodinamika Pasien Koma Pada Asuhan Keperawatan Tn. S Dengan Strok Hemoragik Di Ruang High Care Unit (HCU) Anggrek II RSUD dr. Moewardi Surakarta. *Tugas Akhir*. Surakarta: Program Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kusuma Husada Surakarta 2015 .

- Lingga, L. 2013. *All About Stroke*. Jakarta: Gramedia.
- Maghfiroh, E. 2017. Asuhan Keperawatan Stroke Hemoragik Pada Ny.T dan Tn. S Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang. *Laporan Tugas Akhir*. Lumajang: Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember.
- Majalah Farmacia. 2009. *Lebih baik dicegah daripada sekedar momok*. http://www.majalah-farmacia.com/rubik/one_news_print.asp?IDNews=1245 (Diakses tanggal 28 Mei 2019).
- Manado, Kandou. 2014. Medicinus Hepatic Encephalopathy. *Scientific Journal of Pharmaceutical Development and Medical Application*. 7(3): 15
- Maryam, Siti. 2008. *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Jakarta: Salemba Medika
- Medicastore. 2011. Stroke Pembunuh No.3 di Indonesia. http://medicastore.com/stroke/Stroke_Pembunuh_No_3_di_Indonesia.php. [Diakses pada 12 Juli 2018].
- Moorhead, Sue., Johnson, Marion., Maas, L. Meridean., dkk. 2013. *Nursing Outcomes Classification (NOC) Pengukuran Outcomes Kesehatan*. Jakarta: CV. Mocomedia.
- Munir, B. 2015. *NEUROLOGI DASAR*. 1 ed. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Muntaqib. 2013. Perbedaan Latihan Range Of Motion (ROM) Pasif dan Aktif Selama 1-2 Minggu Terhadap Peningkatan Rentang Gerak Sendi pada Penderita Stroke di Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember. *Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman of Nursing)*. 8 (1): 56-68.
- Muttaqin, A. 2008. *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Muttaqin, A., 2012. *Pengantar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- NANDA. 2018. *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2018-2020*. Eleventh Edition. New York: EGC Medical Publisher. Keliat, Budi Anna. Mediani, Henny Suzana. Tahlil, Tengku. 2018. *NANDA-I Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2018-2020*. Edisi 11. Jakarta: EGC
- Nastiti, D. 2012. *Gambaran Faktor Risiko Kejadian Stroke Pada Pasien Stroke Rawat Inap Di Rumah Sakit Krakatau Medika Tahun 2011*. *Skripsi*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Program Studi Kesehatan Masyarakat Depok Universitas Indonesia.

- Nasution, L. 2013. Stroke Non Hemoragik Pada Laki-Laki Usia 65 Tahun. *juke uNILA*. 1(3): 8.
- Nugroho, S. H. P. 2014. Hubungan aktivitas fisik dan konstipasi dengan derajat hemoroid di URJ Bedah RSUD Dr. Soegiri Lamongan. *Jurnal Surya*. 2 (18): 41-50
- Nursalam. 2011. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika.
- Pamilih, Chandra Yunysa. 2014. Penatalaksanaan Neuro Development Treatment (NDT) pada Kasus Cerebral Palsy Spatic Quadriplegi di Yayasan Sayap Ibu Cabang Yogyakarta. *Karya Tulis Ilmiah*. Yogyakarta: Program Studi Diploma III Fisioterapi Fakultas Ilmu Kesehatan.
- Paramadina, A. T. 2013. Analisa Praktik Profesi Keperawatan Kesehatan Masyarakat Perkotaan Pada Pasien Dengan Stroke Hemoragik Di Ruang Perawatan PU 6 Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat Gatot Subroto Jakarta. *Skripsi*. Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan Program Profesi Ilmu Keperawatan Depok Juli 2013.
- Perdana, W. H. 2017. Asuhan Keperawatan Ny. S Di Ruang Teratai RSUD Banyumas. *Skripsi*. Purwokerto: Fakultas Ilmu Kesehatan UMP.
- Praptomo, A. J., K. Anam, dan S. Raudah. 2016. *Metodologi Riset Kesehatan*. Yogyakarta: Deepublish.
- Ramadhanis, I. 2012. Hubungan Antara Hipertensi Dan Kejadian Stroke Di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan. *Skripsi*. Surakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Rendy, M. 2012. *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Saputra, Indra. 2017. Analisis Praktik Klinik Keperawatan Pada Pasien Stroke Hemoragik Dengan Terapi Inovasi Mobilisasi (Rom Pasif) Dan Rangsangan Taktil Terhadap Pemulihan Anggota Gerak Atas Di Ruang Stroke Center Afi Rsud Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2017. *Karya Ilmiah Akhir Ners*. Samarinda: Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda.
- Sari, S. H., Wahid, A. Agianto. 2015. Batasan Karakteristik Dan Faktor Yang Berhubungan (Etiologi) Fisik Pada Pasien Stroke. *Batasan Karakteristik dan Etiologi*, 3(1): 13-19.
- Satyanegara. 2014. *Ilmu Bedah Saraf*. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama.
- Setyawan, Adi didin. Rosita, Ani. Yunitasari, Nindy. 2017. Pengaruh Pemberian ROM (Range Of Motion) terhadap Penyembuhan Penyakit Stroke. *Global Health Science*. 2(2): 87-90.

- Sofwan, R. 2010. *Anda Bertanya Dokter Menjawab: Stroke dan Rehabilitasi Pasca-Stroke*. Jakarta: PT Bhuana Ilmu Populer.
- Sofyan, A. M., I. Y. Sihombing, dan Y. Hamra. 2012. Hubungan Umur, Jenis kelamin, dan Hipertensi Dengan Kejadian Stroke. Program Pendidikan Dokter FK UHO Bagian Neurologi FK UHO Bagian Ilmu Penyakit Dalam FK UHO.
- Sulansi. 2015. Stroke Menurut Persepsi Pasien Di RSUD Ende. *SURYA*.7(03): 27.
- Suratun, Heryati, S. Manurung, dan E. Raenah. 2008. *Klien Gangguan Muskuloskeletal*. Jakarta: EGC.
- Susanto, & Angliadi, L. S. 2016. Pengaruh mobilisasi dan rangsangan taktil secara bersamaan terhadap pemulihan motorik anggota gerak atas pada pasien stroke. *Jurnal Biomedik (JBM)*. 8(3): 198-201.
- Susanto. 2010. *Cekal (Cegah dan tangkal) penyakit modem*.yogyakarta: CV Andi.
- Teguh, H. Retnaningsih. Widiastuti, MI. 2011. Kadar apolipoprotein B dan aterosklerosis artei karotis interna pada pasien pasca stroke iskmik. *Medis Medika Indonesiana*. 45 (2): 29
- Thomas, J., dan T. Monaghan. 2014. *Buku Saku Oxford Pemeriksaan Fisik Dan Keterampilan Praktis*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Tumewah, Rizal. 2015. Penatalaksanaan Tremor Terkini. *Jurnal Biomedik (JBM)*. 7 (2): 107-116.
- Wahyu, Genis Ginanjar. 2009. *Stroke Hanya Menyerang Orang Tua?*. Jakarta: PT. Bentang Pustaka.
- Wahyuddin, Arief W. 2008. Pengaruh Pemberian PNF terhadap Kekuatan Fungsi Prehension pada Pasien Stroke Hemoragik dan Non-Hemoragik. *Jurnal Fisioterapi Indonusa*. 8(1): 88-97.
- Waluyo, S. & Putra, B. M., 2013. *Cek Kesehatan Anda (Khusus Untuk Pria Usia 50 Tahun)*. Jakarta: PT. Flex Media K.
- Widagdo, W., Suharyanto, T., & Aryani, R. (2008). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Wilkinson, J. M., 2016. *Pearson Nursing Diagnosis Handbook with NIC Interventions and NOC Outcomes*. 10th Edition. EGC Medical Publisher: Kansas.
- Wahyuningsih, Esty. 2016. *Diagnosa Keperawatan. Diagnosa NANDA-I, Intervensi NIC, HASIL NOC*. Edisi 10. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Wiratmoko, H. 2008. Deteksi Dini Serangan dan Penanganan Stroke di Rumah. http://isjd.pdii.lipi.go.id/admin/jurnal/22103844_2085-028X.pdf [Diakses pada 27 Desember 2018].

- Wirawan, Rosiana Pradanasari. 2009. Rehabilitasi Stroke pada Pelayanan Kesehatan Primer. *Majalah Kedokteran Indonesia*. 59(2):61-71.
- Wowiling, Paulina E. Sengkey, Lidwina S. Lolombulan, Julius H. 2016. Pengaruh Latihan Core-Strengthening terhadap Stabilitas trunkus dan Keseimbangan Pasien Pasca Stroke. *Jurnal Biomedik (JBM)*. 8(1): 43-50.
- Wulndari, Syamsinar. Lestari, Hariati. Fachlevy, Andi Faizal. 2016. Faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian Obesitas pada Remaja di SMA Negeri 4 Kendari Tahun 2016. 1-13
- Yani, Fitri Ika Arde. 2010. Perbedaan Skor Kualaitas Hidup Terkait Kesehatan Antara Pasien Stroke Iskemik Serangan Pertama dan Beulang. *Skripsi*. Surakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta.
- Yulinda, Wina. 2009. Pengaruh Empat Minggu Terapi Latihan pada Kemampuan Motorik Penderita Stroke Iskemia di RSUD H. Adam Malik Medan. *Karya Tulis Ilmiah*. Medan: Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara.

Lampiran 3. 1 Jadwal Penyelenggaran KTI: Laporan Kasus

JADWAL PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH

KETERANGAN	TAHUN 2018																TAHUN 2019																			
	APRIL				MEI				JUNI-SEP				OKT				NOV-DES				JAN-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 Surat-surat

**PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG**
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jalan Arif Rahman Hakim No. 1 Telp./Fax. (0334) 881568 e-mail : kesbangpol@lumajang.go.id
LUMAJANG - 67313

SURAT PEMBERITAHUAN UNTUK MELAKUKAN PENELITIAN/SURVEY/KKN/PKL/KEGIATAN
Nomor : 072/184/427.75/2019

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 Struktur Organisasi dan Tata Kerja Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Lumajang.

Menimbang : Surat dari Koordinator Prodi D3 Keperawatan UNEJ Kampus Lumajang Nomor:101/UN25.1.14.2/LT.2019 tanggal 18 Januari 2019, perihal izin Pengambilan Data atas nama ENO APRILYA WATI.

Atas nama Bupati Lumajang, memberikan rekomendasi kepada :

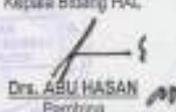
1. Nama : ENO APRILYA WATI
2. Alamat : Jl. Brigjen Katamsa Lumajang
3. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
4. Instansi/NIM : UNEJ Kampus Lumajang/162303101039
5. Kebangsaan : Indonesia

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

1. Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Pada Stroke Hemoragik Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019
2. Bidang Penelitian : Keperawatan
3. Peranggungjawab : Nunul Hayati, S.Kep.Ners,MM
4. Anggota/Peserta : /
5. Waktu Penelitian : 25 Januari 2019 s.d 30 Mei 2019
6. Lokasi Penelitian : Dinas Kesehatan Kab Lumajang, RSUD dr. Haryoto Lumajang.

Dengan ketentuan :

1. Berkewajiban menghormati dan menaati 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 sejinisnya 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, 29 Januari 2019
a.n. KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK
KABUPATEN LUMAJANG
Kepala Bidang HAL,

Drs. ABU HASAN
Pembina
NIP. 19620801 198303 1 001

Tembusan YB:

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. Dekan RSUD dr. Haryoto Lumajang,
6. Sdr. Koordinator Prodi D3 Keperawatan UNEJ Kampus Lumajang,
7. Sdr. Yang bersangkutan.

**PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG**
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. HARYOTO
JALAN BASUKI RAHMAT NO. 5 TELP (0334) 881888 FAX (0334) 887383
Email : rsdharyoto@yahoo.co.id
LUMAJANG – 67311

Lumajang, 25 Januari 2019

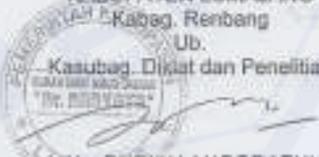
Nomor : 445/ 115 /427.77/2019
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Pengambilan Data

Yth. Kepada :
Ko. Ruang Melati
RSUD dr. Haryoto Kab. Lumajang
di
LUMAJANG

Sehubungan dengan surat Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang tanggal 18 Januari 2019 Nomor : 101/UN25.1.14.2/LT/2019 dan Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik tanggal 23 Januari 2019 Nomor : 072/164/427.75/2019 perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat, maka bersama ini kami sampaikan bahwa kami menyetujui kepada mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang untuk melaksanakan pengambilan data di ruang Saudara dan kami mohon bimbingannya kepada mahasiswa dimaksud, yaitu:

Nama : ENO APRILYA WATI
NIM : 162303101039
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Hemoragik Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

An. DIREKTUR RSUD dr. HARYOTO
KABUPATEN LUMAJANG
Kabeg. Renbang
Ub.
Kabag. Diklat dan Penelitian

Ns. RUDIAH ANGGRAENI
NIP. 19671209 199203 2 004

 **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 : 100 /UN25.1.14.2/15 /2019

TENTANG

IJIN PENYUSUNAN TUGAS AKHIR

Koordinitor 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 Januari 2019

MEMUTUSKAN

Menetapkan kepada mahasiswa tersebut dibawah ini :

N a m a : Eno Aprilya Wati
Nomor Induk Mahasiswa : 162303101039
Tempat, Tanggal Lahir : Kediri, 05 April 1998
Prodi : D3 Keperawatan
Tingkat / Semester : III/ V
A l a m a t : Jalan Ade Irma Suryani Nomor 40/42 Lumajang

diijinkan memulai menyusun Tugas Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Hemoragik dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang pada Tahun 2019".

Dengan pembimbing :

1. Indriana Noor Istiqomah, S. Kep. Ners., M. Kep.

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

Ditetapkan di : Lumajang
Pada Tanggal : 18 Januari 2019

Koordinator Prodi D3 Keperawatan
UNEJ Kampus Lumajang


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

Lumajang, 19 Januari 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 : Eno Aprilya Wati
NIM : 162303101039

Telah mendapatkan ijin dari Pembimbing Tugas Akhir saya untuk menyusun Tugas Akhir dengan
judul "Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Hemoragik 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, Tompokarsan, Kecamatan Lumajang,
Kabupaten Lumajang, Jawa Timur 67316
Waktu penelitian : Januari 2019 – September 2019

Demikian atas perkenannya diucapkan terima kasih

Mengetahui :
Pembimbing KTI

Hormat kami,
Pemohon,

Indriana Noor Istiqomah, S. Kep. Ners., M. Ken.
NIP. 19720519 199703 2 003

Eno Aprilya Wati
NIM 162303101039

Lampiran 3. 3 Informed Cosent

33

Lampiran 2

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

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : Profdi ED Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian
Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : B

Umur : 70 tahun

Jenis kelamin : Perempuan

Alamat : Sumorejo

Pekerjaan : Ibu rumah tangga

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

"Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Hemoragik 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, 1 Februari 2019

Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian

Yang Menyetujui,
Peserta Penelitian

Emo Aprilia Wati
NIM. 162303101039

(M. SARAHAN)

Lampiran 2

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

Sumit Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Sumit Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini:

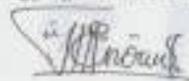
Nama : M.
Umur : 52 thn
Jenis kelamin : Perempuan
Alamat : DSN. Curah Pakem 019/007
Pekerjaan : SWASTA

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

"Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Hemoragik 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, 6 Maret 2019

Mengetahui,
Penanggung Jawab PenelitianEno Aprilya Wati
NIM. 162303101039Yang Menyetujui,
Peserta Penelitian

Lampiran 4. 1 SAP ROM

**SATUAN ACARA PENYULUHAN
LATIHAN GERAKAN ROM AKTIF DAN PASIF
RUANG MELATI RSUD Dr. HARYOTO LUMAJANG**



Disusun Oleh:

Eno Aprilya Wati

NIM 162303101039

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS JEMBER

2018

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Materi Penyuluhan	: Latihan Gerakan ROM Aktif dan Pasif
Pokok Bahasan	: Latihan Gerakan ROM Aktif dan Pasif
Sasaran	: Pasien dan Keluarga Pasien
Tanggal	: 1 Febuari 2019
Tempat	: Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang

A. ANALISA SITUASI

1. Sasaran/Peserta Penyuluhan
 - a. Pasien dan keluarga pasien di Ruang Melati
 - b. Peserta yang bersedia mengikuti penyuluhan
2. Penyuluh
 - a. Mampu berkomunikasi dengan baik
 - b. Mempunyai kemampuan ilmu tentang latihan gerakan ROM aktif dan pasif
 - c. Mampu membuat peserta penyuluh paham tentang latihan gerakan ROM aktif dan pasif
3. Ruangan
 - a. Di Ruang Interna RSUD Dr. Haryoto Lumajang
 - b. Penerangan, ventilasi, dan fasilitator cukup baik yang disertai suasana kondusif untuk terlaksananya kegiatan penyuluhan

B. TUJUAN INSTRUKTUSIONAL

1. Tujuan Instruktusional Umum

Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan, pasien dan keluarganya diharapkan dapat mengetahui dan memahami tentang gerakan ROM, tujuan dari gerakan ROM, prinsip gerakan ROM, klasifikasi gerakan ROM, dan cara gerakan ROM baik aktif maupun pasif.

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah dilakukan penyuluhan tentang “Latihan Gerakan ROM Aktif dan Pasif”, diharapkan peserta penyuluhan mampu untuk:

- a. menyebutkan kembali pengertian dari ROM.
- b. menyebutkan tujuan dari gerakan ROM.
- c. menyebutkan prinsip dari gerakan ROM.
- d. menyebutkan klasifikasi dari ROM.
- e. mempraktekkan/mendemonstrasikan cara gerakan ROM pada ekstremitas bawah.

C. MATERI PENYULUHAN

1. Gerakan ROM
2. Tujuan dilakukan ROM
3. Prinsip dari gerakan ROM
4. Klasifikasi ROM

D. METODE

1. Ceramah
2. Diskusi

E. PENYULUH

Eno Aprilya Wati

F. MEDIA

Media yang digunakan dalam penyuluhan ini adalah leaflet.

G. KEGIATAN PENYULUHAN

Tahap Kegiatan	Kegiatan Penyuluh	Kegiatan Sasaran	Waktu
Pembukaan	Menyampaikan salam dan memperkenalkan diri Apersepsi	Menyambut salam dan mendengarkan	3 menit
	Relevansi	Menggali pengetahuan awal peserta Membandingkan pendapat peserta dengan kenyataan dan manfaat penyuluhan Menyebutkan	Mendengarkan dan menjawab Mendengarkan dan memperhatikan

Tahap Kegiatan	Kegiatan Penyuluh	Kegiatan Sasaran	Waktu	
	materi/pokok bahasan yang akan disampaikan Melakukan kontrak waktu dengan peserta	Mendengarkan dan memahami tujuan; Mendengarkan dan menyepakati kontrak waktu		
Penyajian	Pengertian Gerakan ROM Tujuan dilakukan ROM Indikasi dan Kontra-indikasi gerakan ROM Prinsip dari gerakan ROM Klasifikasi ROM	Menjelaskan pengertian gerakan ROM; Memberi kesempatan peserta untuk bertanya Menjelaskan tujuan dilakukan ROM; Memberi kesempatan peserta untuk bertanya Menjelaskan indikasi dan kontra-indikasi gerakan ROM Menjelaskan prinsip dari gerakan ROM Menjelaskan klasifikasi ROM; Memberi kesempatan peserta untuk bertanya	Mendengarkan dan memperhatikan materi yang disampaikan; Mengajukan pertanyaan Mendengarkan dan memperhatikan tujuan dilakukannya ROM Mendengarkan dan memperhatikan indikasi dan kontra-indikasi gerakan ROM; Mengajukan pertanyaan Mendengarkan dan memperhatikan prinsip dari gerakan ROM Mengajukan pertanyaan Mendengarkan dan memperhatikan prinsip gerakan ROM Mendengarkan, memperhatikan dan mengajukan pertanyaan tentang klasifikasi ROM	10 menit
Penutup	Meninjau kembali Evaluasi Tindak lanjut Kesimpulan Salam penutup	Meninjau kembali pemahaman peserta Mengevaluasi pengetahuan peserta dengan menanyakan materi yang sudah dijelaskan Memberikan tindak lanjut Menarik kesimpulan dan memberi leaflet Mengucapkan salam.	Menjawab pertanyaan yang diajukan penyuluh Menjawab pertanyaan yang diajukan penyuluh Menyimak tindak lanjut; Menerima leaflet Mendengarkan kesimpulan dan menerima leaflet Menyambut salam	7 menit

H. EVALUASI

1. Evaluasi Struktur

- a. Rencana kegiatan dan penyaji materi penyuluhan dipersiapkan dari sebelum kegiatan
- b. Kesiapan SAP.

- c. Kesiapan media: Leaflet.
2. Evaluasi Proses
 - a. Klien dan keluarga mengajukan pertanyaan dan menjawab pertanyaan secara benar
 - b. Waktu sesuai dengan rencana
3. Evaluasi Hasil
 - a. Mampu menjawab pertanyaan dan mengulang kembali pengertian gerakan ROM
 - b. Keluarga dan pasien mengetahui tentang tujuan dilakukan ROM
 - c. Keluarga dan pasien mengetahui prinsip dari gerakan ROM

I. MATERI

1. Pengertian ROM

Latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot (Potter & Perry, 2005).

2. Tujuan

Berdasarkan Potter & Perry (2005) latihan ini memberikan manfaat yaitu :

- a. Mempertahankan atau meningkatkan kekuatan dan kelenturan otot
- b. Memperbaiki tonus otot
- c. Meningkatkan pergerakan sendi
- d. Memperbaiki toleransi otot untuk latihan
- e. Meningkatkan massa otot
- f. Mengurangi kelemahan
- g. Mencegah kontraktur dan kekakuan pada persendian

3. Indikasi dilakukan ROM

- a. Stroke atau penurunan kesadaran
- b. Kelemahan otot
- c. Fase rehabilitasi fisik

d. Klien dengan tirah baring lama

(Potter & Perry, 2005).

4. Kontra indikasi

a. Kelainan sendi atau tulang

b. Nyeri hebat

c. Sendi kaku atau tidak dapat bergerak

d. Trauma baru yang kemungkinan ada fraktur yang tersembunyi

(Potter & Perry, 2005).

5. Prinsip gerakan ROM

a. ROM harus diulang pada tiap gerakan sebanyak 8 kali dan di lakukan sehari minimal 2 kali

b. ROM harus dilakukan perlahan dan hati-hati

c. Bagian-bagian tubuh yang dapat digerakkan meliputi persendian seperti leher, jari, lengan , siku, tumit, kaki, dan pergelangan kaki

d. ROM dapat dilakukan pada semua bagian persendian atau hanya pada bagian-bagian yang dicurigai mengalami proses penyakit

(Potter & Perry, 2005).

6. Klasifikasi ROM

a. Gerakan ROM Pasif

Latihan ROM yang dilakukan dengan bantuan perawat setiap gerakan. Indikasinya adalah pasien semi koma dan tidak sadar, pasien usia lanjut dengan mobilisasi terbatas, pasien tirah baring total, atau pasien dengan paralisis. Gerakan yang dapat dilakukan meliputi

1) Fleksi: Gerakan menekuk persendian

2) Ekstensi: yaitu gerakan meluruskan persendian

3) Abduksi: gerakan satu anggota tubuh ke arah mendekati aksis tubuh

4) Adduksi: gerakan satu anggota tubuh ke arah menjauhi aksis tubuh

5) Rotasi: gerakan memutar melingkari aksis tubuh

- 6) Pronasi: gerakan memutar ke bawah
- 7) Supinasi: gerakan memutar ke atas
- 8) Inversi: gerakan ke dalam
- 9) Eversi: gerakan ke luar

b. Gerakan ROM Aktif

Latihan ROM yang dilakukan sendiri oleh pasien tanpa bantuan perawat dari setiap gerakan yang dilakukannya. Indikasinya adalah pasien yang dirawat dan mampu untuk ROM sendiri dan Kooperatif.

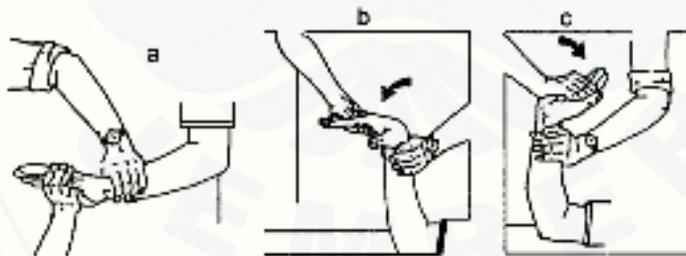
(Potter & Perry, 2005).

7. Prosedur Latihan Gerak ROM

- a. Petugas mencuci tangan
- b. Fleksi dan Ekstensi Pergelangan Tangan

Cara :

- 1) Atur posisi lengan pasien dengan menjahui sisi tubuh dan siku menekuk dengan lengan.
- 2) Pegang tangan pasien dengan satu tangan dan tangan yang lainnya memegang pergelangan tangan pasien.
- 3) Tekuk tangan pasien ke depan sejauh mungkin.



- c. Fleksi dan Ekstensi Siku

Cara :

- 1) Atur posisi lengan pasien dengan menjahui sisi tubuh dengan telapak mengarah ke tubuhnya.
- 2) Letakkan tangan di atas siku pasien dan pegang tangannya dengan tangan lainnya.
- 3) Tekuk siku pasien sehingga tangannya mendekat bahu.

4) Lakukan dan kembalikan ke posisi sebelumnya.



d. Fleksi dan Ekstensi Bahu

Cara:

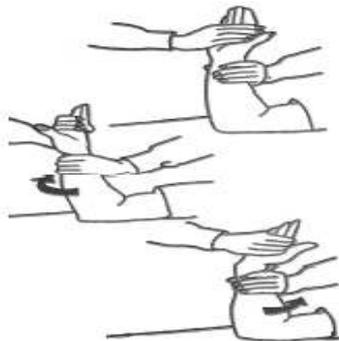
- 1) Atur posisi bahu pasien dengan menjahui sisi tubuh dengan telapak mengarah ke tubuhnya.
- 2) Letakkan tangan di atas bahu pasien dan pegang tangannya dengan tangan lainnya.
- 3) Tekuk bahu pasien sehingga tangannya ke atas atau sejajar kepala.
- 4) Lakukan dan kembalikan ke posisi sebelumnya.



e. Pronasi dan Supinasi Lengan Bawah

Cara :

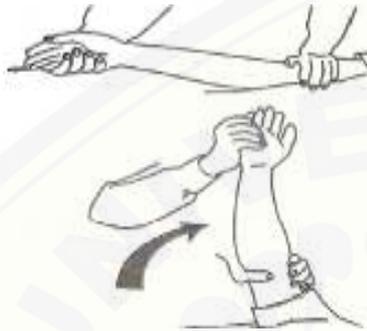
- 1) Atur posisi lengan bawah menjahui tubuh pasien dengan siku menekuk.
- 2) Letakkan satu tangan perawat pada pergelangan pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.
- 3) Putar lengan bawah pasien sehingga telapaknya menjahuinya.
- 4) Kembalikan ke posisi semula
- 5) Putar lengan bawah pasien sehingga telapak tangannya menghadap ke arahnya.
- 6) Kembalikan ke posisi semula



f. Pronasi fleksi Bahu

Cara :

- 1) Atur posisi tangan pasien di sisi tubuhnya
- 2) Letakkan satu tangan perawat di atas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.
- 3) Angkat lengan pasien pada posisi semula.



g. Abduksi dan adduksi

Cara :

- 1) Atur posisi lengan pasien di samping badannya.
- 2) Letakkan satu tangan perawat di atas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.
- 3) Gerakan lengan pasien menjauh dari tubuhnya ke arah perawat.
- 4) Kembalikan ke posisi semula.

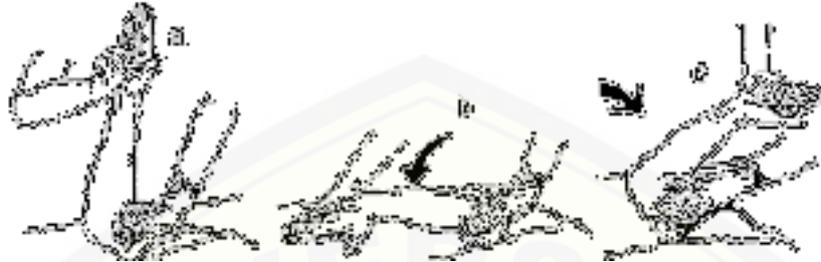


h. Rotasi bahu

Cara :

- 1) Atur posisi lengan pasien menjahui tubuh dengan siku menekuk.
- 2) Letakkan satu tangan perawat di lengan atas pasien dekat siku dan pegang tangan pasien dengan tangan yang lain.
- 3) Gerakkan lengan bawah ke bawah sampai menyentuh tempat tidur, telapak tangan menghadap ke bawah.
- 4) Kembalikan lengan ke posisi semula.

- 5) Gerakkan lengan bawah ke belakang sampai menyentuh tempat tidur, telapak tangan menghadap ke atas.
- 6) Kembalikan lengan ke posisi semula.



i. Fleksi dan Ekstensi Jari-jari

Cara :

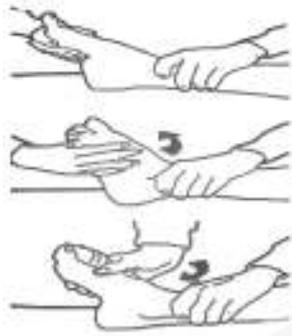
- 1) Pegang jari-jari kaki pasien dengan satu tangan sementara tangan lain memegang kaki.
- 2) Bengkokkan (tekuk) jari-jari kaki ke bawah.
- 3) Luruskan jari-jari kemudian dorong ke belakang.
- 4) Kembalikan ke posisi semula.



j. Infersi dan Efersi Kaki

Cara :

- 1) Pegang separuh bagian atas kaki pasien dengan satu jari dan pegang pergelangan kaki dengan tangan satunya.
- 2) Putar kaki ke dalam sehingga telapak kaki menghadap ke kaki lainnya,
- 3) Kembalikan ke posisi semula.
- 4) Putar kaki keluar sehingga bagian telapak kaki menjahui kaki yang lain.
- 5) Kembalikan ke posisi semula.



k. Fleksi dan Ekstensi Pergelangan Kaki

Cara :

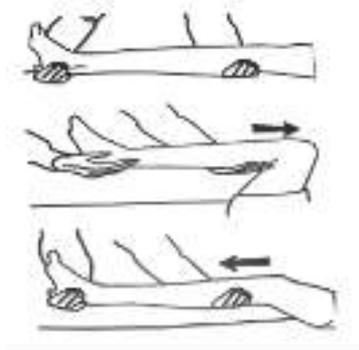
- 1) Letakkan satu tangan perawat pada telapak kaki pasien dan satu tangan yang lain di atas pergelangan kaki, arahkan jari-jari kaki ke arah dada pasien.
- 2) Kembalikan ke posisi semula.
- 3) Tekuk pergelangan kaki menjahui dada pasien.



l. Fleksi dan Ekstensi Lutut

Cara :

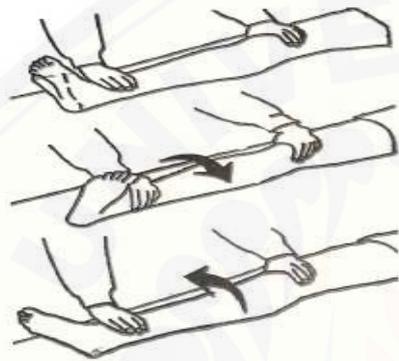
- 1) Letakkan satu tangan di bawah lutut pasien dan pegang tumit pasien dengan tangan yang lain.
- 2) Angkat kaki, tekuk pada lutut dan pangkal paha.
- 3) Lanjutkan menekuk lutut ke arah dada sejauh mungkin.
- 4) Ke bawahkan kaki dan luruskan lutut dengan mengangkat kaki ke atas.
- 5) Kembalikan ke posisi semula.



m. Rotasi pangkal paha

Cara :

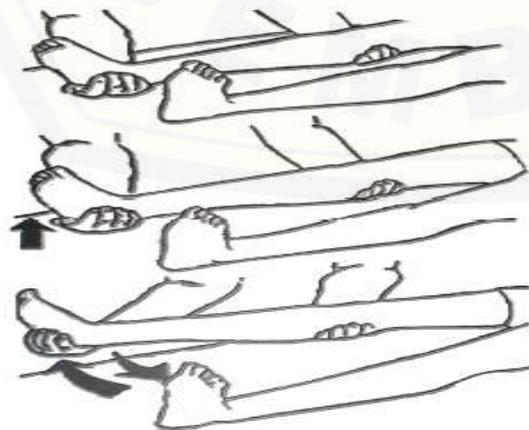
- 1) Letakkan satu tangan perawat pada pergelangan kaki dan satu tangan yang lain di atas lutut.
- 2) Putar kaki menjahui perawat.
- 3) Putar kaki ke arah perawat.
- 4) Kembalikan ke posisi semula.



14. Abduksi dan Adduksi Pangkal Paha

Cara :

- 1) Letakkan satu tangan perawat di bawah lutut pasien dan satu tangan pada tumit.
- 2) Jaga posisi pasien lurus, angkat kaki kurang lebih 8cm dari tempat tidur, gerakkan kaki menjahui badan pasien.
- 3) Kembalikan ke posisi semula.

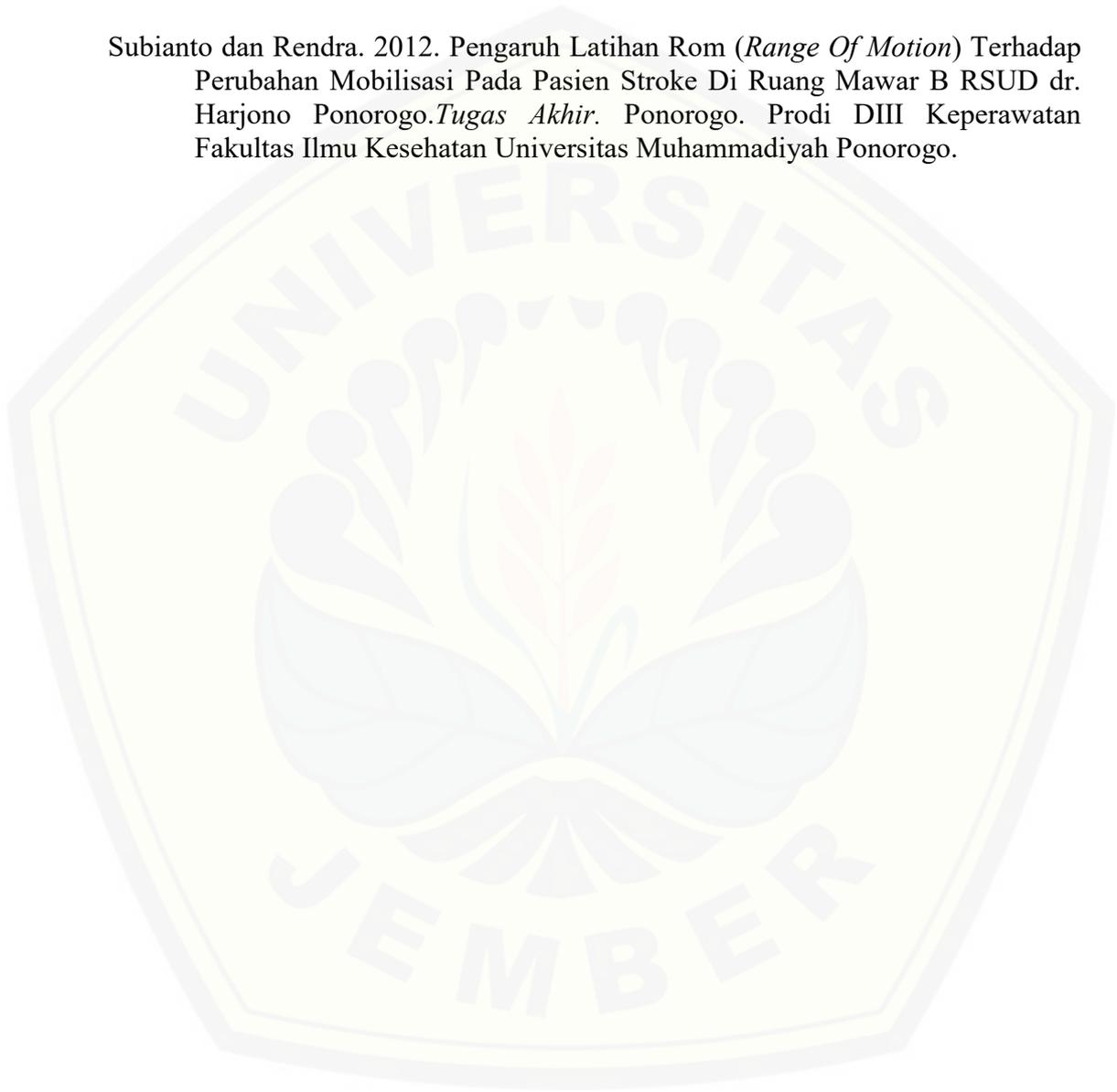


(Subianto dan Rendra 2012).

DAFTAR PUSTAKA

Perry, Peterson dan Potter. 2005. *Buku Saku Keterampilan dan Prosedur Dasar ; Alih bahasa, Didah Rosidah, Monica Ester ; Editor bahasa Indonesia, Monica Ester – Edisi 5*. Jakarta, EGC.

Subianto dan Rendra. 2012. Pengaruh Latihan Rom (*Range Of Motion*) Terhadap Perubahan Mobilisasi Pada Pasien Stroke Di Ruang Mawar B RSUD dr. Harjono Ponorogo. *Tugas Akhir*. Ponorogo. Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo.



LATIHAN GERAKAN ROM AKTIF DAN PASIF

APA ITU ROM??

Latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot.

INDIKASI

- Stoke atau penurunan kesadaran
- Kelemahan otot
- Fase rehabilitasi fisik
- Klien dengan tirah baring lama

KONTRA INDIKASI

- Kelainan sendi atau tulang
- Nyeri hebat
- Sendi kaku atau tidak dapat bergerak
- Trauma baru yang kemungkinan ada fraktur yang tersembunyi

PRINSIP GERAKAN ROM

- Harus diulang pada tiap gerakan sebanyak 8 kali dan di lakukan sehari minimal 2 kali
- Dilakukan perlahan dan hati-hati
- Bagian-bagian tubuh yang dapat digerakkan meliputi persendian
- Dapat dilakukan pada semua bagian

MANFAAT ROM

- ✓ Mempertahankan atau meningkatkan kekuatan, kelenturan otot & massa otot
- ✓ Memperbaiki tonus otot dan mencegah kontraktur dan kekakuan pada persendian
- ✓ Meningkatkan pergerakan sendi
- ✓ Mengurangi kelemahan

ROM AKTIF **ROM PASIF**

Manfaat ROM

Logo Universitas Jember

Oleh:
ENO APRILYA WAI
162303101039

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER 2019

persendian atau hanya pada bagian-bagian yang dicurigai mengalami proses penyakit

Prosedur Latihan Gerak ROM

a. **Fleksi dan Ekstensi Pergelangan Tangan**



b. **Fleksi dan Ekstensi Siku**



c. **Fleksi dan Ekstensi Bahu**



d. **Fronasi dan Supinasi Lengan Bawah**



e. **Fronasi fleksi Bahu**



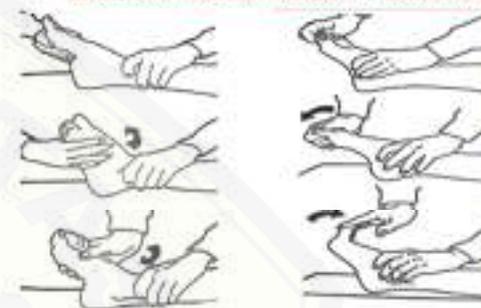
f. **Abduksi dan adduksi**



g. **Rotasi bahu**



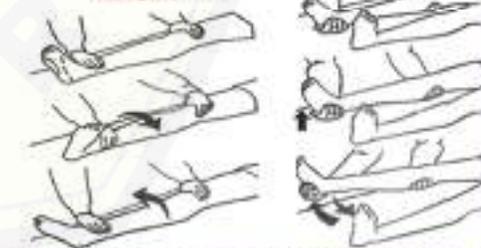
h. **Fleksi dan Ekstensi Jari-jari & Inversi dan**



i. **Fleksi dan Ekstensi Pergelangan Kaki & Fleksi dan Ekstensi Lutut**

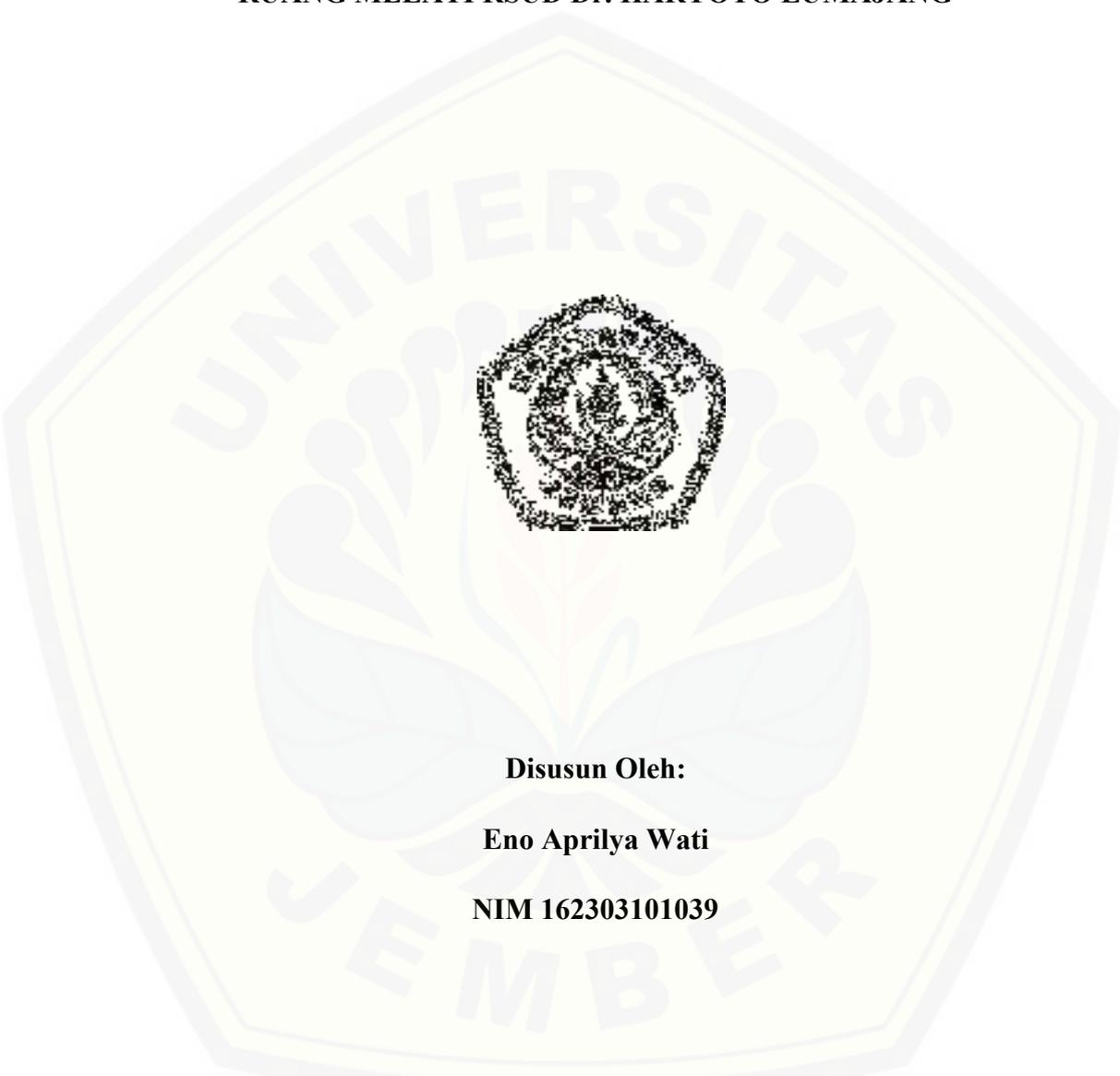


j. **Rotasi pangkal paha & Abduksi dan Adduksi Pangkal Paha**



Lampiran 4.2 SAP Rangsang Taktil

**SATUAN ACARA PENYULUHAN
PEMBERIAN RANGSANG TAKTIL PADA PASIEN STROKE
RUANG MELATI RSUD Dr. HARYOTO LUMAJANG**



Disusun Oleh:

Eno Aprilya Wati

NIM 162303101039

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS JEMBER

2018

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Materi Penyuluhan	: Pemberian Rangsang Taktil pada Pasien Stroke
Pokok Bahasan	: Pemberian Rangsang Taktil pada Pasien Stroke
Sasaran	: Pasien dan Keluarga Pasien
Tanggal	: 1 Febuari 2019
Tempat	: Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang

A. ANALISA SITUASI

1. Sasaran/Peserta Penyuluhan
 - c. Pasien dan keluarga pasien di Ruang Melati
 - d. Peserta yang bersedia mengikuti penyuluhan
2. Penyuluh
 - d. Mampu berkomunikasi dengan baik
 - e. Mempunyai kemampuan ilmu tentang pemberian rangsang taktil pada pasien stroke
 - f. Mampu membuat peserta penyuluh paham tentang pemberian rangsang taktil pada pasien stroke
3. Ruangan
 - c. Di Ruang Interna RSUD Dr. Haryoto Lumajang
 - d. Penerangan, ventilasi, dan fasilitator cukup baik yang disertai suasana kondusif untuk terlaksananya kegiatan penyuluhan

B. TUJUAN INSTRUKTUSIONAL

1. Tujuan Instruktusional Umum

Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan, pasien dan keluarganya diharapkan dapat mengetahui dan memahami tentang pengertian stroke hemoragik, penyebab stroke hemoragik, tanda gejala stroke hemoragik, komplikasi strokehemoragik dan manfaat serta cara pemberian rangsang taktil pada pasien stroke.

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah dilakukan penyuluhan tentang “Pemberian Rangsang Taktil pada Pasien Stroke”, diharapkan peserta penyuluhan mampu untuk:

- a. menyebutkan kembali pengertian dan penyebab dari stroke hemoragik.
- b. menyebutkan faktor risiko terjadinya stroke hemoragik.
- c. menyebutkan tanda dan gejala dari stroke hemoragik.
- d. menyebutkan komplikasi stroke hemoragik.
- e. menyebutkan manfaat dan mempraktekkan/mendemonstrasikan cara pemberian rangsang taktil pada pasien stroke.

C. MATERI PENYULUHAN

1. Pengertian dan penyebab dari stroke hemoragik
2. Faktor risiko terjadinya stroke hemoragik
3. Tanda dan gejala dari stroke hemoragik
4. Komplikasi stroke hemoragik
5. Manfaat dan mempraktekkan/mendemonstrasikan cara pemberian rangsang taktil pada pasien stroke hemoragik

D. METODE

1. Ceramah
2. Diskusi

E. PENYULUH

Eno Aprilya Wati

F. MEDIA

Media yang digunakan dalam penyuluhan ini adalah leaflet.

G. KEGIATAN PENYULUHAN

Tahap Kegiatan	Kegiatan Penyuluh	Kegiatan Sasaran	Waktu
Pembukaan	Menyampaikan salam dan memperkenalkan diri	Menyampaikan salam dan memperkenalkan diri	3 menit
Apersepsi	Menggali pengetahuan awal peserta	Mendengarkan dan menjawab	
Relevansi	Membandingkan pendapat peserta dengan kenyataan dan manfaat penyuluhan	Mendengarkan dan memperhatikan	
Menjelaskan tujuan umum dan tujuan khusus	Menyebutkan materi/pokok bahasan yang akan disampaikan	Mendengarkan dan memahami tujuan;	
	Melakukan kontrak waktu dengan peserta	Mendengarkan dan menyepakati kontrak waktu	
Penyajian	Pengertian dan penyebab stroke hemoragik	Menjelaskan pengertian dan penyebab stroke hemoragik; Memberi kesempatan peserta untuk bertanya	Mendengarkan dan memperhatikan materi yang disampaikan; Mengajukan pertanyaan
			10 menit

Tahap Kegiatan	Kegiatan Penyuluh	Kegiatan Sasaran	Waktu
Tanda dan gejala stroke hemoragik	Menjelaskan tanda dan gejala stroke hemoragik	Mendengarkan dan memperhatikan tanda dan gejala stroke hemoragik Mengajukan pertanyaan	
Komplikasi stroke hemoragik	Menjelaskan komplikasi stroke hemoragik	Mendengarkan dan memperhatikan komplikasi stroke hemoragik Mengajukan pertanyaan	
Pencegahan terjadinya Stroke lanjut	Menjelaskan pencegahan terjadinya Stroke lanjut	Mendengarkan dan memperhatikan pencegahan terjadinya	
Manfaat dan cara pemberian rangsang taktil pada pasien stroke	Menjelaskan manfaat dan cara pemberian rangsang taktil pada pasien stroke; Memberi kesempatan	Stroke lanjut Mendengarkan dan memperhatikan manfaat dan cara pemberian rangsang taktil pada pasien	

Tahap Kegiatan		Kegiatan Penyuluh	Kegiatan Sasaran	Waktu
		peserta untuk bertanya	stroke	
Penutup	Meninjau kembali	Meninjau kembali pemahaman peserta	Menjawab pertanyaan yang diajukan penyuluh	8 menit
	Evaluasi	Mengevaluasi pengetahuan peserta dengan menanyakan materi yang sudah dijelaskan	Menjawab pertanyaan yang diajukan penyuluh	
	Tindak lanjut	Memberikan tindak lanjut	Menyimak tindak lanjut; Menerima leaflet	
	Kesimpulan	Menarik kesimpulan dan memberi leaflet	Mendengar-kan kesimpulan dan menerima leaflet	
	Salam penutup	Mengucapkan salam.	Menyambut salam	

H. EVALUASI

4. Evaluasi Struktur

d. Rencana kegiatan dan penyaji materi penyuluhan dipersiapkan dari sebelum kegiatan

e. Kesiapan SAP.

- f. Kesiapan media: Leaflet.
- 5. Evaluasi Proses
 - c. Klien dan keluarga mengajukan pertanyaan dan menjawab pertanyaan secara benar
 - d. Waktu sesuai dengan rencana
- 6. Evaluasi Hasil
 - d. Mampu menjawab pertanyaan dan mengulang kembali pengertian stroke dan cara pemberian rangsang taktil pada pasien stroke

I. MATERI

1. Definisi dan Etiologi Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik adalah jenis stroke yang penyebabnya adalah pecahnya pembuluh darah di otak atau bocornya pembuluh darah otak. Terjadi karena tekanan darah otak yang mendadak, meningkat dan menekan pembuluh darah, sehingga pembuluh darah tersumbat, tidak dapat menahan tekanan tersebut (Waluyo & Putra, 2013).

2. Tanda dan Gejala

Gejala stroke pun bervariasi dari ringan sampai terjadinya penurunan kesadaran (Soenardi, 2014).

- 1) Adanya serangan defisit neurologis atau kelumpuhan total seperti lumpuh badan sebelah baik kanan atau yang kiri saja.
- 2) Rasa baal atau mati rasa sebelah saja, badan seperti kesemutan, atau terbakar.
- 3) Mulut mencong, lidah mencong jika dijulurkan sehingga berbicaranya akan pelo, kadang-kadang menjadi sengau dan kata-katanya menjadi tidak dapat dimengerti (afasia).
- 4) Sulit menelan (disfagia).
- 5) Tidak dapat mengerti apa yang dibicarakan orang lain.
- 6) Demensia (pelupa).
- 7) Vertigo atau perasaan pusing yang berputar yang menetap (tidak pernah terjadi sebelumnya).

- 8) Penglihatan terganggu, hanya sebagian lapangan pandang yang jelas, tanpa disertai rasa nyeri. Kadang disertai dengan penglihatan ganda.
- 9) Tuli satu telinga atau pendengaran berkurang.
- 10) Kelopak mata sulit dibuka atau terjatuh.
- 11) Banyak tidur dan selalu mau tidur.
- 12) Gerakan tidak terkoordinasi, kehilangan keseimbangan, sempoyongan.
- 13) Gangguan kesadaran, dari pingsan sampai koma.

3. Komplikasi

- 1) Darah Beku
 - 2) Memar (dekubis)
 - 3) Otot mengerut dan sendi kaku
 - 4) Pneumonia (Radang paru)
 - 5) Kelumpuhan
- (Mahendra dan Rachmawati, 2008)

4. Pencegahan terjadinya Stroke lanjut

- a) Hentikan konsumsi alkohol
 - b) Diet rendah kolesterol dan garam
 - c) Hindari merokok
 - d) Hentikan penyalagunaan obat (kokain)
 - e) Hindari peningkatan BB drastis.
 - f) Hindari stress
 - g) Olahraga teratur sesuaikan kemampuan
- (Mahendra dan Rachmawati, 2008)

5. Manfaat pemberian rangsang taktil

Taktil adalah salah satu sistem sensorik atau sistem penghantaran rangsangan dari reseptor ke pusat otak. Stimulasi ini berhubungan dengan indera peraba yang dapat dilakukan melalui sentuhan dan tekanan. Sistem ini merupakan bagian dari sistem saraf yang menerima rangsangan dari lingkungan internal

maupun eksternal. Sistem sensorik menyalurkan informasi ke bagian otak yang bertugas mengolah informasi melalui stimulus. Rangsangan taktil pada prinsipnya menimbulkan kontraksi otot, sehingga akan merangsang *muscle spindle* dan Golgi tendon. Impuls yang berasal dari kedua organ tersebut dikirim oleh serat konduksi bermielin, yaitu serat Ia. Impuls proprioseptif lain yang berasal dari reseptor fasia, sendi, dan jaringan ikat yang lebih dalam, juga dalam serat yang kurang bermielin. Rangsangan taktil akan merangsang proprioseptor pada kulit dan persendian, serta *muscle spindle* yang akan bereaksi dengan dikirimnya impuls ke motorneuron anterior. Perangsangan neuron ini menyebabkan peningkatan kontraksi secara singkat. Rangsangan pada *muscle spindle* dan Golgi tendon akan diinformasikan melalui serta saraf aferen ke susunan saraf pusat sehingga akan berkontribusi-fasilitasi dan inhibisi. Rangsangan taktil yang diulang-ulang akan memberikan informasi ke mekanisme supraspinal sehingga terjadi pola gerak yang terintegrasi dan menjadi gerakan-gerakan pola fungsional (H., Van der Lee J. 2001 dalam Susanto & Angliadi, 2016).

6. Prosedur pemberian rangsang taktil pada pasien stroke hemoragik

a. Waktu pemberian rangsang taktil

Pada penelitian yang dilakukan oleh Susanto dan Anglia (2016) subyek diberikan intervensi dengan mobilisasi secara bertahap dan diberikan rangsangan taktil dengan waktu maksimum 60 menit setiap hari pada anggota gerak yang mengalami kelemahan.

b. Teknik pemberian rangsang taktil

Rangsangan taktil diberikan dengan cara menggosok kulit daerah anggota gerak atas dengan sikat yang dilakukan berulang-ulang (J., Janis, 2001 dalam Susanto & Angliadi 2016), dimulai dari bagian terbawah hingga bagian atas dari ekstremitas (ILS Learning, 2015). Pada penelitian lain, pemberian terapi rangsangan taktil menggunakan *surgical brush*, karena sikat ini sangat sesuai untuk stimulasi/pemberian rangsangan dan impuls pada kulit, namun tetap aman dan tidak menyebabkan cedera (Saputra, 2017).

DAFTAR PUSTAKA

- Batticaca, F. B. 2008. *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mahendra dan E. Rachmawati. 2008. *Atasi Stroke dengan Tanaman Obat*. Depok: Penebar Swadaya.
- Saputra, Indra. 2017. Analisis Praktik Klinik Keperawatan Pada Pasien Stroke Hemoragik Dengan Terapi Inovasi Mobilisasi (Rom Pasif) Dan Rangsangan Taktil Terhadap Pemulihan Anggota Gerak Atas Di Ruang Stroke Center Afi Rsud Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2017. *Karya Ilmiah Akhir Ners*. Samarinda: Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda.
- Soenardi, T. 2014. *Menu Sehat Lezat untuk Mencegah dan Mengatasi Stroke*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Susanto, & Angliadi, L. S. 2016. Pengaruh mobilisasi dan rangsangan taktil secara bersamaan terhadap pemulihan motorik anggota gerak atas pada pasien stroke. *Jurnal Biomedik (JBM)*. 8(3): 198-201.
- Waluyo, S. & Putra, B. M., 2013. *Cek Kesehatan Anda (Khusus Untuk Pria Usia 50 Tahun)*. Jakarta: PT. Flex Media K.

PEMBERIAN BANGSANG TAKTIL PADA PASIEN STROKE



Oleh:

ENO APRILYA WAI
162303101039

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER 2019

Apa itu **STROKE HEMORAGIK** ???

Jenis stroke yang penyebabnya adalah pecahnya pembuluh darah di otak atau bocornya pembuluh darah otak.

Apa Penyebab **STROKE HEMORAGIK** ???

Terjadi karena tekanan darah otak yang mendadak, meningkat dan menekan pembuluh darah, sehingga pembuluh darah tersumbat, tidak dapat menahan tekanan tersebut.

Bagaimana Tanda dan Gejala ???

- ✓ Kelumpuhan total atau sebagian
- ✓ Rasa baal atau mati rasa sebelah saja, badan seperti kesemutan, atau terbakar.
- ✓ Mulut mencong, lidah mencong jika dijulurkan sehingga berbicaranya akan pelo
- ✓ Sulit menelan dan menjadi pelupa.
- ✓ Tidak dapat mengerti apa yang dibicarakan orang lain.

- ✓ Vertigo atau perasaan pusing yang berputar yang menetap (tidak pernah terjadi sebelumnya).
- ✓ Penglihatan terganggu, hanya sebagian lapangan pandang yang jelas, tanpa disertai rasa nyeri. Kadang disertai dengan penglihatan ganda.
- ✓ Tuli satu telinga atau pendengaran berkurang.
- ✓ Kelopak mata sulit dibuka atau terjatuh.
- ✓ Banyak tidur dan selalu mau tidur.
- ✓ Gerakan tidak terkoordinasi, kehilangan keseimbangan, sempoyangan.
- ✓ Gangguan kesadaran, dari pingsan sampai koma.

Apa saja **KOMPLIKASI** yang ditimbulkan ?

- Darah Beku
- Memar (dekubis)
- Otak mengerut dan sendi kaku
- Pneumonia (Radang paru)
- Kelumpuhan



Lampiran 4. 3 SOP Pemberian Rangsang Taktil

 PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER 2017	Pemberian Rangsang Taktil		
	No. Dokumen	No. Revisi R.00	Halaman 1/1
SOP	Tanggal Terbit	Ditetapkan	

- Pengertian** : Rangsang taktil adalah rangsangan yang diberikan melalui kulit (Purwanto, Sugeng, 2004).
- Tujuan** : Memberikan rangsangan pada propioseptor pada kulit dan persendian, serta *muscle spindle* agar terjadi peningkatan kontraksi secara singkat dan terjadi pola gerak yang terintegrasi dan menjadi gerakan-gerakan pola fungsional (H., Van der Lee J. 2001 dalam Susanto & Angliadi, 2016).
- Indikasi** : 1. Penderita stroke yang mengalami kelemahan ekstremitasnya.
- Persiapan Penderita** : 1. Memberi penjelasan pada penderita tentang tindakan yang akan dilakukan (untuk penderita sadar)
2. Atur posisi penderita bila pasien sadar
3. Cek program terapi (Subianto dan Rendra 2012)..
- Prosedur** : 1. Petugas mencuci tangan
2. Pemberian rangsang taktil dilakukan setelah pasien melakukan mobilisasi berupa *stretching*, gerakan pasif sendi.
3. Kaji adanya luka atau warna kemerahan pada kulit ekstremitas atas dan bawah pasien.
4. Gosok dengan lembut dan sedikit menekan pada

kedua tangan pasien secara bergantian menggunakan *surgical brush*. Gosok mulai dari bagian bawah ekstremitas lalu menuju ke bagian atas.

5. Setelah itu gosok kedua kaki secara bergantian menggunakan *surgical brush* dengan teknik yang sama.
6. Lakukan berulang-ulang pada kedua tangan dan kaki hingga 30 menit.
7. Kaji kembali kondisi kulit pasien, apakah timbul warna kemerahan atau adanya rasanyeri pada pasien.
8. Beri waktu istirahat pada pasien 1-3 jam.
9. Lalu gosok kembali kedua tangan dan kaki pasien dengan teknik yang sama seperti sebelumnya selama 30 menit.
10. Kemudian kaji kembali kondisi kulit pasien serta tanyakan apakah pasien merasa kesakitan selama pemberian terapi.

(Susanto & Angliadi 2016) & (Saputra, 2017).

Evaluasi : Mengevaluasi efek terapi untuk menstimulasikan ekstremitas atas dan bawah yang terpengaruh setelah stroke.

Referensi : Purwanto, Sugeng. 2014. Hubungan antara kecepatan dan kelincahan dengan kemampuan menggiring bola dalam permainan sepak bola. 1-7.

Saputra, Indra. 2017. Analisis Praktik Klinik Keperawatan Pada Pasien Stroke Hemoragik Dengan Terapi Inovasi Mobilisasi (Rom Pasif) Dan Rangsangan Taktil Terhadap Pemulihan Anggota Gerak Atas Di Ruang Stroke Center Afi Rsud Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2017. *Karya Ilmiah Akhir Ners*. Samarinda: Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda.

Subianto dan Rendra. 2012. Pengaruh Latihan Rom (*Range Of Motion*) Terhadap Perubahan Mobilisasi Pada Pasien Stroke Di Ruang Mawar B RSUD dr. Harjono Ponorogo. *Tugas Akhir*. Ponorogo. Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo.

Susanto, & Angliadi, L. S. 2016. Pengaruh mobilisasi

dan rangsangan taktil secara bersamaan terhadap pemulihan motorik anggota gerak atas pada pasien stroke. *Jurnal Biomedik (JBM)*. 8(3): 198-201.



Lampiran 4. 4 Daftar Hadir Penyuluhan



PRODI D3 KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER KAMPUS LUMAJANG
Jalan Brigand Kalimaso, Telepon (0334) 7710380 Fax. (0334) 882262
L U M A J A N G

DAFTAR HADIR KEGIATAN SATUAN ACARA PENYULUHAN
PRODI D3 KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
KAMPUS LUMAJANG

Hari/Tanggal : Jumat, 1 Februari 2019
Pukul :
Tempat : Ruang Melati Kamar IC RSUD dr. Haryoto Lumajang

NO	NAMA	TANDA TANGAN
1	M. Rahmi	1 
2		2
3		3

Lumajang, 01 Februari 2019
Mengetahui,
Pembimbing Klinik

(EVI ERAWATI)
NIP. 1980 0902 012 006 2 017



PRODI D3 KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER KAMPUS LUMAJANG
Jalan Brigjend Katameo, Telepon (0334) 7710380 Fax. (0334) 882262
L U M A J A N G

DAFTAR HADIR KEGIATAN SATUAN ACARA PENYULUHAN
PRODI D3 KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
KAMPUS LUMAJANG

Hari/Tanggal : SABTU, 6 MARET 2019
Pukul : 1700
Tempat : RUMAH MELATI KAMAR 2 RSUD dr. HARJO TO LUMAJANG

NO	NAMA	TANDA TANGAN
1	Ika Kulyanti	1
2	Marfanah	2
3		3

Lumajang, 6 Maret 2019

Mengetahui,
Pembimbing Klinik

ERT!

(ENI EFANATI.....)
NIP. 1980 09 09 2006 2 017

Lampiran 4.5 Lampiran Daftar Hadir Pengambilan Pasien



PRODI D3 KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER KAMPUS LUMAJANG

Jalan Brigid Kramesa, Telekom (0334) 7710380 Fax: (0334) 882262
LUMAJANG

DAFTAR HADIR PENGABILAN PASIEN UNTUK KARYA TULIS ILMIAH DI RUANG
MELATI RINI D. G. HARVOTI LUMAJANG TAHUN 2019
PRODI D3 KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER KAMPUS LUMAJANG

Pasien Ke 1

Hari & Tanggal	Mahasiswa	Tanda Tangan	Pembimbing Klinik & Akademik	Tanda Tangan
Jumat, 1 Februari 2019	Evo Aprilia Wati		1. Evi Erawati 2. Indriana M.	1. AL 2.
Sabtu, 2 Februari 2019	Evo Aprilia Wati		1. Evi Erawati 2. Indriana M.	1. AL 2.
Minggu, 3 Februari 2019	Evo Aprilia Wati		1. Evi Erawati 2. Indriana M.	1. AL 2.

Pasien Ke 2

Hari & Tanggal	Mahasiswa	Tanda Tangan	Pembimbing Klinik & Akademik	Tanda Tangan
Selasa, 5 Maret 2019	Evo Aprilia Wati		1. Evi Erawati 2. Indriana M.	1. AL 2.
Rabu, 6 Maret 2019	Evo Aprilia Wati		1. Evi Erawati 2. Indriana M.	1. AL 2.
Kamis, 7 Maret 2019	Evo Aprilia Wati		1. Evi Erawati 2. Indriana M.	1. AL 2.
Jumat, 8 Maret 2019	Evo Aprilia Wati		1. Evi Erawati 2. Indriana M.	1. AL 2.

Lampiran 4. 6 Lembar Revisi Ujian Tugas Akhir



**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN KAMPUS LUMAJANG
Jl. Brigjen Katamso Telp. (0334) 882262, Fax. (034) 882262 Lumajang 67112
Email: d3.keperawatan@unjember.ac.id**

LEMBAR REVISI UJIAN TUGAS AKHIR

NAMA MAHASISWA: ETO ARIYKA WATI
 NIM: 1625031010289
 JUDUL: ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN STROKE HEMORAGIK PADA TUBUH BAYI YANG BERGAMUT DENGAN MASALAH HAMBATAN MOBILITAS FISIK DI RUANG MEATI RSUD DR. HARTOTO LUMAJANG 2019

NO	BABHALAMAN	POKOK BAHASAN	REKOMENDASI
1.	Teknik Penulisan	penulisan judul & sub judul, paragraf, dan lain-lain, dll.	- diperbaiki format dan penulisan judul
2.	bab 1	- definisi, etiologi, faktor predisposisi, manifestasi klinis, dan - akibat yg harus dihindari ada data	- lebih banyak sumber referensi - lebih dr. lebih teliti - lebih ke arah Dokter Ag.
3.	bab 2	patha - yg harus - lakukan -> cekatan	- lebih ke arah data - lebih ke arah data - lebih ke arah data
4.	bab 3	Patha, gejala, dan	revisi ke arah data lebih detail
5.	bab 4	Patha - patha -> patha - manifestasi klinis - Anamnesis -> anamnesis - Inspeksi -> Inspeksi	- lebih ke arah data - lebih ke arah data - lebih ke arah data
6.	bab 5	penyakit	revisi ke arah data

Dosen Pembimbing

 Arisa A.



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
 UNIVERSITAS JEMBER
 PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN KAMPUS LUMAJANG
 Jl. Brigjend. Katamso Telp. (0334) 882262, Fax. (034) 882262 Lumajang 67112
 Email: d3keperawatan@jember.ac.id

LEMBAR REVISI UJIAN TUGAS AKHIR

NAMA MAHASISWA : EKO APRILYA WATI
 NIM : 102803101039
 JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN STROKE HEMORAGIK PADA ITGB DAN NYANDIPEKATI
 MACALAN KEPERAWATAN HAMBATAN MOBILITAS PERK DINAMIS MELATI RSUD dr
 WARTOTO LUMAJANG 2009

NO	BAB/HALAMAN	POKOK BAHASAN	REKOMENDASI
	I	latar belakang	Fakta stroke
	II	teori	Manajemen KAC + Konsider
	III	metadologi	literatur sdr buku
	IV	pendahuluan	Fokus epax + Pegulan sy k
	V	Simpulan	Manajemen + Pembelajaran PT

Lumajang



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@unjember.ac.id

LEMBAR REVISI UJIAN TUGAS AKHIR

NAMA MAHASISWA : ETO APRILYA WATI
 NIM : 1602081010109
 JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN STROK HEMORAGIK PADA NY. B. dan NY. M. DENGAN MASALAH KEPERAWATAN HAMBATAN MOBILITAS EKSTREM DI RUMAH ASALNYA RSUD dr. HAK TOYO LUMAJANG 2019

NO	BAB/HALAMAN	POKOK BAHASAN	REKOMENDASI
		Prinsip dan RPP & Tindakan	Perbaiki kesalahan foto dan skor tambahan Ny B & Ny M.

Lumajang,

[Handwritten Signature]
 N. 11

Lampiran 4. 7 Lembar Konsul

FORMULIR		No. Dsk. Berlaku Sejak :	:		
LOG BOOK PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH MAHASISWA		Revisi :	:		
<p>LOG BOOK PENYUSUNAN KTI MAHASISWA D3 UNEJKAMPUS LUMAJANG</p> <p>NAMA MAHASISWA : EDC APRILIA WATI NIM : 163020109 PROGRAM STUDI : D3 KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER JUDUL KARYA ILMIAH : ASUHAN KEPERAWATAN STROKE ISHEMIAK DENGAN MASALAH KEPERAWATAN : ASUHAN NURSING TIKER DI RSUD dr. HAROTO LUMAJANG TAHUN 2019</p> <p style="text-align: center;">TAHAP PENULISAN KTI</p>					
NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	20/08/07	Kerangka Judul	Mencari data mengenai jumlah pasien dan jumlah tenaga yang diperlukan.	[Signature]	[Signature]
2	28/08/07	Konsultasi Judul	Asuhan keperawatan pada pasien stroke iskemik dengan masalah int. pengetahuan memberikan motivasi fisik & psikis dirangsang. Lumajang tahun 2019	[Signature]	[Signature]

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2		1		0
3	1/2018/8	Kersul EAB 1	<ul style="list-style-type: none"> - Berinformatif mengenai - Kemampuan siswa handling pada paper stickle - Uraian dari pada kegiatan 1-5 		
4	19/2018/8	Kersul EAB 1	<ul style="list-style-type: none"> - Siswa lebih aktif - Kemampuan level perception siswa - Siswa responsif dalam diskusi - Kemampuan siswa pada waktu 		
5	12/2018/9	Kersul EAB 1	<ul style="list-style-type: none"> - Keaktifan/kebiasaan dalam berbicara - Mengingat submateri di dalam diskusi - Kemampuan kemampuan dalam Test 		
6	22/2018/9	Kersul EAB 2 dan EAB 1	<ul style="list-style-type: none"> EAB 1 : Uraian siswa dalam handling EAB 2 : Uraian siswa level - Siswa dalam handling 		
7	18/2018/12	Kersul EAB 2	<ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan berbicara siswa - Kemampuan dalam handling - Kemampuan dalam handling - Kemampuan dalam handling 		
8	8/1/19	Kersul 1-3	<ul style="list-style-type: none"> - Siswa lebih aktif - Siswa lebih aktif - Siswa lebih aktif - Siswa lebih aktif 		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3			
9		11/1/19	Ace sidang proposal		
10	17/01	Konsul proposal (revisi)	- Revisi Bab 2: Timbunan kapur- sawar yang terdapat di bagian dalam Sub-Sub bab dan paragraf dan terdapat APA Test		
11	18/1/2019		ace revisi proposal		
12	20/2019	Konsul bab 4	Bab 4 Pengantar & Identifikasi (pembaca) → meliputi pembahasan pola ts lebih & struktur & form konsep → bentuk umum dari lingkungan (nt. DP, Antromorf, biplastik)		
13	24/2019	Konsul bab 4	Revisi bab 4 & pengantar bab 4 Analisis PA → 17 bab 4 produk Bentuk DP & informasi → core 189 bab		
14	26/2019	Konsul bab 4	Revisi planning → bab 4 revisi tujuan, 189 17 informasi Implementasi → apa ts 189 & silabus		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2 1/2019	3 Bab 1 Bab 2 Pembahasan	4 B1 → 3 kegiatan yg sama kegiatan ke-2 Bab 1 → kegiatan ke-1 & 2 kegiatan ke-3 → materi ke-2 Pembahasan → sesuai materi Bab 2 → materi ke-3 yg sama ke-1 & 2 Bab 3 → Bab 1, 2 & 3	5	6
16	2/2019 7/7	Bab 1 - 5	Are Are - Peranan mahasiswa di masyarakat - Peranan mahasiswa dalam pembangunan - Peranan mahasiswa dalam kehidupan berbangsa dan bernegara - Peranan mahasiswa dalam kehidupan beragama		
17	9/2019 7/7	Bab 1 - 5	- Peranan mahasiswa di masyarakat - Peranan mahasiswa dalam pembangunan - Peranan mahasiswa dalam kehidupan berbangsa dan bernegara - Peranan mahasiswa dalam kehidupan beragama		
18	15/2019 7/7	Bab 1 - 5	- Peranan mahasiswa di masyarakat - Peranan mahasiswa dalam pembangunan - Peranan mahasiswa dalam kehidupan berbangsa dan bernegara - Peranan mahasiswa dalam kehidupan beragama		
19	15/2019 7/7	Bab 1 - 5	- Peranan mahasiswa di masyarakat - Peranan mahasiswa dalam pembangunan - Peranan mahasiswa dalam kehidupan berbangsa dan bernegara - Peranan mahasiswa dalam kehidupan beragama		
20	11/2019 7/7	Bab 1 - 5	Are		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAMASIHATI	TANDA TANGAN HUSSEN
20	16/2019	Kumpul Bab 1-3	Ane nanda KST		
21	16/2019	Kumpul Bab 1-5	Ane nanda KST		