



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. L DAN Ny. M STROKE
ISKEMIK DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
HAMBATAN MOBILITAS FISIK DI RUANG
MELATI RSUD dr. HARYOTO
LUMAJANG TAHUN 2017**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh

Anggun Tri Cahya Harini
NIM 152303101042

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. L DAN Ny. M STROKE
ISKEMIK DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
HAMBATAN MOBILITAS FISIK DI RUANG
MELATI RSUD dr. HARYOTO
LUMAJANG TAHUN 2017**

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

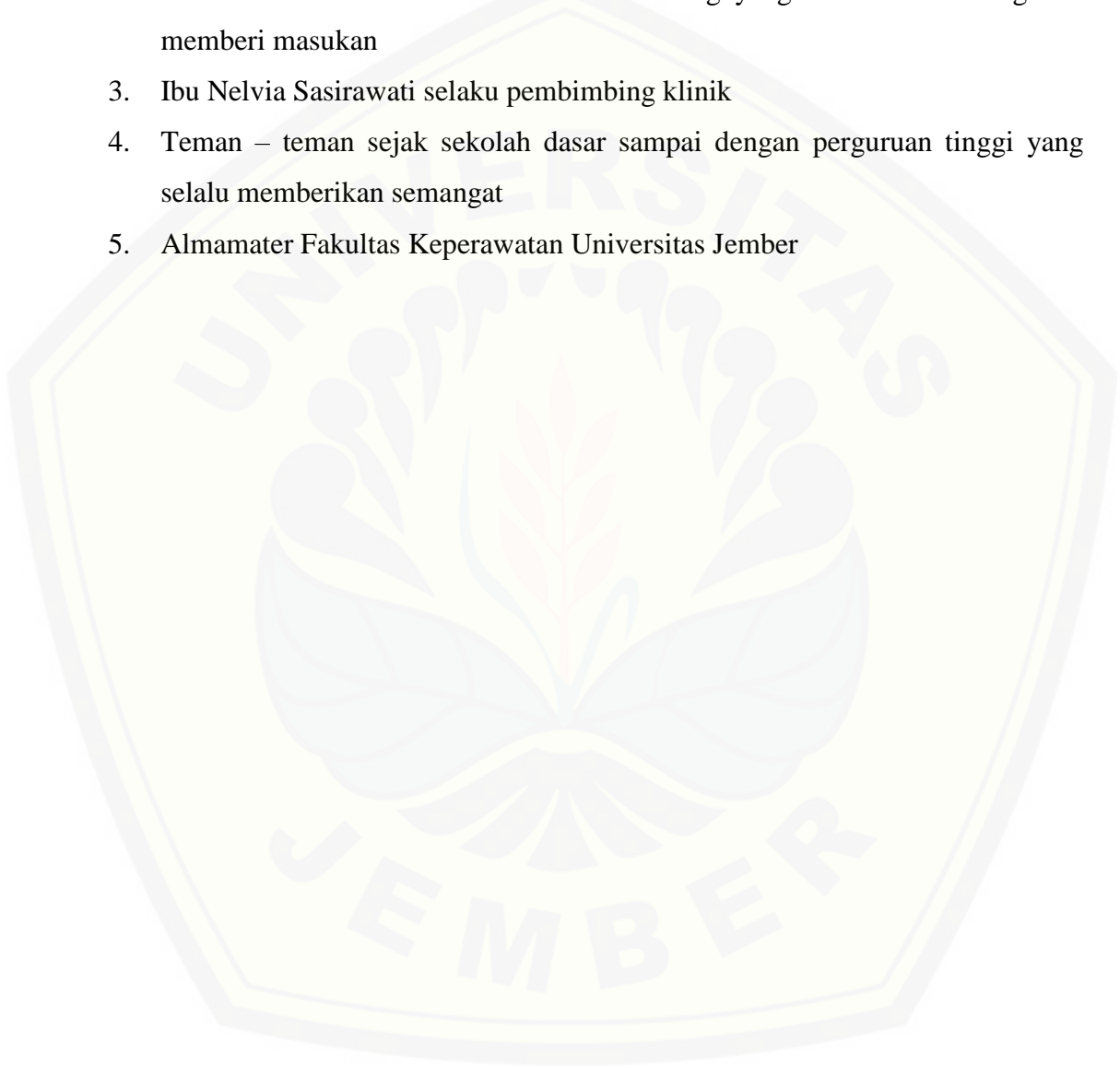
Anggun Tri Cahya Harini
NIM 152303101042

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

PERSEMBAHAN

Laporan tugas akhir ini saya persembahkan untuk:

1. Ibunda Mastunin dan ayahanda Masparkum yang tercinta
2. Fitra Dwi Prasmono selaku saudara kandung yang selalu mendukung dan memberi masukan
3. Ibu Nelvia Sasirawati selaku pembimbing klinik
4. Teman – teman sejak sekolah dasar sampai dengan perguruan tinggi yang selalu memberikan semangat
5. Almamater Fakultas Keperawatan Universitas Jember



MOTO

“Sesungguhnya hidup belum berarti apapun, selama kita hidup hanya untuk diri sendiri. Mengasihi dan dikasihi adalah kebahagiaan terbesar di dalam hidup, sayang sekali bila kita menyia – nyiakannya”
(((Effendi, 2006)))*)

“Puncak gunung hanya satu, namun kita dapat mendakinya dari berbagai arah”
(((Effendi, 2006)))**)

“Bila bagi Anda hidup adalah panggung sandiwara, maka Anda sukses jika Anda mampu memainkan peran Anda dengan baik. Bila bagi Anda hidup adalah perjuangan, maka Anda akan sukses bila memenangkannya”
(((Effendi, 2006)))***)

*)Effendi, T. (2006). *Meraih Sukses Dengan Pencerahan Diri*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.

***)Effendi, T. (2006). *Meraih Sukses Dengan Pencerahan Diri*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.

****)Effendi, T. (2006). *Meraih Sukses Dengan Pencerahan Diri*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama Mahasiswa : Anggun Tri Cahya Harini

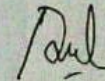
NIM : 152303101042

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa laporan tugas akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. L dan Ny. M Stroke Iskemik Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2017” adalah benar – benar hasil karya saya 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, 23 Maret 2018

Yang menyatakan,



Anggun Tri Cahya Harini
NIM 152303101042

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. L DAN Ny. M STROKE
ISKEMIK DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
HAMBATAN MOBILITAS FISIK DI RUANG
MELATI RSUD dr. HARYOTO
LUMAJANG TAHUN 2017**

Oleh

Anggun Tri Cahya Harini
NIM 152303101042

Pembimbing:

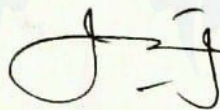
Dosen Pembimbing : Arista Maisyaroh, S.Kep., Ners., M.Kep

PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada Ny. L dan Ny. M Stroke Iskemik Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2017" ini telah diuji dan disahkan oleh Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember pada:

Hari : Selasa
Tanggal : 24 April 2018
Tempat : Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember

Ketua Penguji,



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

Anggota I,



Rizeki Dwi F., S. Kep., Ners., M. Kep.
NRP. 760017247

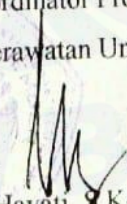
Anggota II,



Arista Maisyarah, S. Kep., Ners., M. Kep.
NIP. 19820528 201101 2 013

Mengesahkan,

Koordinator Program Studi
D3 Keperawatan Universitas Jember



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

RINGKASAN

Asuhan Keperawatan Pada Ny. L dan Ny. M Stroke Iskemik Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2017; Anggun Tri Cahya Harini; 152303101042; 2017; 178 halaman; Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Stroke iskemik akan mengalami serangkaian perubahan dalam otak akibat dari iskemia pada jaringan yang tidak dialiri oleh darah, dan apabila tidak ditangani dengan segera akan menimbulkan kematian pada sel otak. Kematian sel otak akan mengakibatkan kelumpuhan saraf (defisit neurologik) sehingga berdampak pada gangguan fisik seperti kehilangan fungsi motorik (hemiplegia dan hemiparese). Kelemahan otot merupakan salah satu faktor berhubungan yang mendukung masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik pada pasien stroke iskemik.

Penelitian ini menggunakan metode laporan kasus terhadap 2 klien stroke iskemik dengan diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik. Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan wawancara, pemeriksaan fisik, dan observasi terhadap klien stroke iskemik.

Hasil penelitian yang dilakukan penulis di RSUD dr. Haryoto Lumajang pada klien stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik, terdapat 9 batasan karakteristik yaitu, gangguan sikap berjalan, adanya gerakan lambat, gerakan tidak terkoordinasi, instabilitas postur, kesulitan membolakbalikkan posisi, keterbatasan rentang gerak, penurunan kemampuan melakukan keterampilan motorik kasar, penurunan kemampuan melakukan keterampilan motorik halus, dan penurunan waktu reaksi. Intervensi dan implementasi keperawatan dilakukan tindakan pengaturan posisi (Pengaturan perubahan posisi di tempat tidur), terapi latihan mobilitas sendi (Latihan ROM pasif dan ROM aktif asistif teknik: *spherical grip*), latihan ambulasi (Mobilisasi klien duduk di sisi tempat tidur, dan mobilisasi klien berdiri), dan perawatan tirah baring. Pada tahap evaluasi keperawatan, yaitu dari 9 kriteria hasil terdapat 6 kriteria hasil yang berhasil dicapai selama perawatan 5 hari pada tindakan keperawatan pengaturan posisi, terapi latihan mobilitas sendi, latihan ambulasi, dan perawatan tirah baring.

Perawatan pada klien stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik perlu dilakukan tindakan keperawatan lebih dari 5 hari untuk mencapai 9 kriteria hasil.

SUMMARY

Nursing Care of Ischemic Stroke towards Mrs. L and Mrs. M with Nursing Issues of Physical Mobility Barriers in the Melati's Room of RSUD dr. Haryoto Lumajang 2017. Anggun Tri Cahya Harini; 152303101042; 2017: 178 pages; Faculty of Nursing University of Jember.

Ischemic stroke is a series of changes in the brain caused by ischemia to the tissues that are not streamed by blood, and if it is not taken in hand at once it will cause fatality to the brain cell. The brain cell fatality will cause a nerve paralysis (neurologic deficit) till it effects on physical disorder such as loss of motor function (hemiplegia and hemiparesis). Muscle weakness is one of the factors which deals with nursing issues of physical mobility barriers on clients with ischemic stroke.

This study used case report method on 2 clients with ischemic stroke with nursing issues of physical mobility barriers diagnose. Data collection is done by doing interview, physical examination, and observation towards clients with ischemic stroke.

The result done by researcher in RSUD dr. Haryoto Lumajang on clients with ischemic strokes with the issues of physical mobility barriers, there are 9 characteristic barriers that are walking disorder, slow motion disorder, uncoordinated motion disorder, posture instability disorder, incapable of flipping off position, limitation of motion range, a decrease of ability to perform gross motor skills, and a decrease of ability to perform fine motor skills, and a decrease of response speed ability. Nursing intervention and implementation are done by doing a treatment of positioning (change of positioning in bed), therapy of joints mobility (training passive ROM and assistive active ROM technique: spherical grip) ambulation therapy (Mobility on client sitting in the bed side, and mobility in client standing) and bed rest caring. In the stage of nursing evaluation, that is out of 9 result criteria there are 6 result criteria which succesfully reached within 5 days nursing on the positioning, therapy of joints mobility, ambulation therapy, and bed rest caring.

Nursing care on clients with ischemic stroke with the issues of physical mobility barriers needs to have nursing treatment more than 5 days to reach 9 result criteria.

PRAKATA

Dengan memanjatkan puji syukur kehadiran Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga dapat menyelesaikan penulisan Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Ny. L dan Ny. M Stroke Iskemik Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2017”.

Menyadari bahwa tanpa bantuan dari berbagai pihak secara langsung atau tidak langsung maka Laporan Tugas Akhir ini tidak dapat selesai tepat pada waktunya, untuk itu pada kesempatan ini, disampaikan 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., Ners., MM. selaku Koordinator Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember
4. Ibu Arista Maisyaroh, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku pembimbing KTI dan pembimbing akademik yang telah memberikan bimbingan dan arahan kepada penulis.
5. Ibu Indriana N.I., S.Kep., Ners., M.Kep selaku ketua penguji
6. Ibu Rizeki Dwi F., S.Kep., Ners., M.Kep., selaku anggota penguji 1

Dengan terselesaikannya Laporan Tugas Akhir ini, diharapkan dapat memberi manfaat. Menyadari bahwa Laporan Tugas Akhir ini masih banyak kelemahan dan kekurangan. Untuk itu, dibutuhkan kritik dan saran yang membangun untuk sempurnanya Laporan Tugas Akhir ini dan diucapkan terima kasih.

Lumajang, 23 Maret 2018

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	i
Halaman Persembahan	iii
Halaman Moto.....	iv
Halaman Pernyataan.....	v
Halaman Pengesahan	vii
Ringkasan/Summary	viii
Prakata.....	x
Daftar Isi	xi
Daftar Tabel	xiii
Daftar Gambar	xiv
BAB I. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penulisan	5
1.4 Manfaat Penulisan	5
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Konsep Penyakit.....	7
2.1.1 Definisi Stroke Iskemik	7
2.1.2 Klasifikasi Stroke Iskemik	7
2.1.3 Etiologi Stroke Iskemik	8
2.1.4 Faktor Risiko Stroke	9
2.1.5 Patofisiologi	13
2.1.6 Gambaran Klinis Stroke Iskemik.....	13
2.1.7 Penatalaksanaan Stroke Iskemik.....	18
2.1.8 Komplikasi Stroke	21
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	21
2.2.1 Pengkajian.....	21
2.2.2 Diagnosa	31
2.2.3 Intervensi Keperawatan	34
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	38
2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	39
BAB 3. METODE KEPERAWATAN.....	40
3.1 Desain Penulisan	40
3.2 Batasan Istilah	40
3.2.1 Asuhan Keperawatan	40
3.2.2 Stroke Iskemik	41
3.2.3 Hambatan Mobilitas Fisik.....	41
3.3 Partisipan.....	41
3.4 Lokasi dan Waktu.....	41
3.5 Pengumpulan Data.....	42
3.5.1 Macam – macam Data	42
3.5.2 Sumber Data	42

3.5.3 Metode Pengumpulan Data.....	42
3.6 Uji Keabsahan Data	43
3.6.1 Kredibilitas Data	43
3.6.2 Transferabilitas Data.....	43
3.6.3 Dependabilitas	43
3.6.4 Konfirmabilitas	44
3.7 Penyusunan Laporan Kasus	44
3.8 Etika Penulisan	44
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN	46
4.1 Gambaran Lokasi Penulisan	46
4.2 Karakteristik Pasien	46
4.3 Hasil Dan Pembahasan Asuhan Keperawatan	46
4.3.1 Pengkajian	47
4.3.2 Diagnosa Keperawatan.....	83
4.3.3 Intervensi Keperawatan.....	85
4.3.4 Implementasi Keperawatan	90
4.3.5 Evaluasi Keperawatan	98
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN	105
5.1 Kesimpulan	105
5.1.1 Pengkajian Keperawatan.....	105
5.1.2 Diagnosa Keperawatan	105
5.1.3 Intervensi Keperawatan	105
5.1.4 Implementasi Keperawatan.....	106
5.1.5 Evaluasi Keperawatan.....	106
5.2 Saran	106
5.2.1 Bagi Penulis	106
5.2.2 Bagi Perawat	106
5.2.3 Bagi Keluarga	107
5.2.4 Bagi RSUD dr. Haryoto Lumajang.....	107
5.2.5 Bagi Penulis Selanjutnya	107
DAFTAR PUSTAKA	109
LAMPIRAN	117

DAFTAR TABEL

	Halaman
2.1 Kriteria hasil hambatan mobilitas fisik	34
2.2 Intervensi keperawatan hambatan mobilitas fisik	35
4.1 Identitas klien	47
4.2 Riwayat Penyakit	48
4.3 Pola persepsi dan tatalaksana kesehatan	52
4.4 Pola Nutri dan Metabolik	54
4.5 Pola Eliminasi	55
4.6 Pola tidur dan aktivitas/istirahat	56
4.7 Pola sensori dan pengetahuan	58
4.8 Pola hubungan interpersonal dan peran	60
4.9 Pemeriksaan fisik	64
4.10 Pemeriksaan fisik kepala sampai leher	65
4.11 Pemeriksaan fisik sistem integumen	69
4.12 Pemeriksaan fisik sistem pernafasan	70
4.13 Pemeriksaan fisik sistem kardiovaskuler	71
4.14 Pemeriksaan fisik sistem pencernaan	72
4.15 Pemeriksaan fisik sistem muskuloskeletal dan neurologi	72
4.17 Pemeriksaan diagnostik	78
4.18 Terapi	81
4.19 Analisa Data	82
4.21 Diagnosa keperawatan	83
4.23 Intervensi keperawatan	85
4.24 Implementasi keperawatan	90
4.25 Evaluasi keperawatan	98

DAFTAR GAMBAR

2.1 Patofisiologi kerusakan mobilitas fisik.....	Halaman 13
--	---------------



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
2.1 Satuan acara penyuluhan stroke iskemik	117
2.2 Satuan acara penyuluhan ROM.....	121
2.3 Satuan acara penyuluhan <i>spherical grip</i>	127
2.4 Prosedur tindakan ROM pasif	133
2.5 Prosedur tindakan teknik <i>spherical grip</i>	136
3.1 Jadwal penyelenggaraan laporan tugas akhir	137
3.2 Informed Consent.....	138
3.3 Surat izin penyusunan laporan tugas akhir	140
3.4 Surat izin pengambilan data	141
3.5 Lembar kesediaan penguji	142
3.6 Daftar hadir utek komprehensif	143
4.1 Perencanaan pulang.....	147
4.2 Pemeriksaan fisik sistem endokrin.....	149
4.3 Analisa data lain	150
4.4 Batasan karakteristik	152
4.5 Diagnosa keperawatan lain	153
4.6 Implementasi keperawatan lain	156
Lembar Konsultasi	158



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut data statistik, sekitar 15 juta orang di seluruh dunia mengalami stroke setiap tahun, dan WHO juga memperkirakan 7,6 juta kematian terjadi akibat stroke pada tahun 2020 mendatang (Sulistiawan & Husna, 2014). Stroke terdiri dari dua jenis yaitu stroke hemoragik dan stroke iskemik (non hemoragik). Stroke iskemik merupakan serangkaian perubahan dalam otak akibat dari iskemia pada jaringan yang tidak dialiri oleh darah, dan apabila tidak ditangani dengan segera akan menimbulkan kematian pada sel otak (Junaidi, 2011; Murti, 2014; Djayasaputra, 2013). Kematian sel otak akan mengakibatkan kelumpuhan saraf (defisit neurologik) sehingga berdampak pada gangguan fisik seperti kehilangan fungsi motorik (hemiplegia dan hemiparese) (Bachtiar dkk., 2015; Hidayati & Violita, 2015). Berdasarkan diagnosis NANDA 2015, kelemahan otot merupakan salah satu faktor berhubungan yang mendukung masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik pada pasien stroke iskemik (Heather, 2015).

Kelemahan otot yang mengakibatkan terjadinya masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik akan menyebabkan gangguan gerak pada penderita stroke iskemik. Gangguan gerak merupakan masalah yang sering muncul pada penderita stroke (Pradana, 2016). Kondisi ini akan berdampak pada ketidakmampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari akibat terjadinya penurunan kekuatan otot (Putri, 2013). Ketidakmampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari menimbulkan penurunan kemampuan dalam mobilisasi. Adanya penurunan kemampuan mobilisasi menjadi faktor yang signifikan menyebabkan luka tekan (Sari, 2007 dalam Huda, 2012). Hal ini, dikarenakan pada penderita stroke dengan gangguan mobilisasi yang mengalami alih baring di tempat tidur dalam waktu yang cukup lama tanpa mampu untuk merubah posisi akan berisiko tinggi terjadinya dekubitus (Ginsbrenng, 2008). Selain kondisi tersebut, apabila kelemahan otot tidak segera ditangani akan menimbulkan penurunan fleksibilitas dan kekakuan sendi yang dapat mengakibatkan kontraktur (Lewis, 2007 dalam Putri, 2013).

Permasalahan yang terjadi pada kasus post stroke non hemoragik adalah penurunan kekuatan otot pada ekstremitas atas dan bawah (Wisnu W, 2016). Sebanyak 100% pasien stroke mengalami kesulitan membolakbalikkan posisi (Sari dkk., 2015). Hasil penelitian Sari dkk. (2015) menunjukkan bahwa 24 orang (92,3%) penderita stroke mengalami hambatan mobilitas fisik. Selain itu, berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Murtaqib (2013) di Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember menunjukkan bahwa 90% penderita stroke dengan paralisis mengalami gangguan mobilisasi.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh penulis pada bulan Juli sampai Agustus 2017 di RSUD dr. Haryoto Lumajang, jumlah penderita stroke pada bulan Agustus sampai Desember 2016 sebanyak 156 orang, sedangkan pada bulan Januari sampai Mei 2017 sebanyak 56 orang yang terdiri atas stroke iskemik sebanyak 5 orang, stroke hemoragik sebanyak 11 orang, dan sisanya stroke secara umum.

Pada kasus stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler, terdapat data pendukung yang ditemukan, yaitu ekstremitas kiri lemah, kekuatan ekstremitas kiri 2, kekuatan ekstremitas kanan 5, pasien tidak bisa beraktivitas secara mandiri, seluruh aktivitas dibantu oleh perawat dan keluarga (Wakhidah, 2015).

Disebut stroke iskemik karena adanya sumbatan pembuluh darah oleh tromboembolik yang mengakibatkan daerah di bawah sumbatan mengalami iskemik (Sacco, 2013 dalam Patricia dkk., 2015). Thrombus dan embolus pada pembuluh darah otak mengakibatkan aliran darah ke otak berkurang, sehingga otak kekurangan sumber kalori berupa glukosa dan mineral lain serta oksigen. Iskemia terjadi ketika aliran darah menurun kurang dari 25 ml per 100 g/menit. Akibatnya neuron tidak bisa mempertahankan metabolisme. Penurunan aliran darah serebral menyebabkan terjadinya daerah penumbra dan berkembang menjadi daerah infark. Daerah penumbra yaitu daerah otak yang iskemik dan terdapat pada daerah sekitar yang mengelilingi daerah infark (Misbach, 1999 dan Beydha, 2002 dalam Humam & Lisiswanti, 2015). Defisit motorik pada pasien stroke berupa hemiparesis atau hemiplegia, biasanya disebabkan oleh kerusakan

pembuluh darah bagian anterior atau arteri serebral media yang mengakibatkan infark pada korteks motorik frontalis (Cahyati Y, 2011 dalam Sari dkk., 2015). Hemiparesis atau hemiplegia tersebut akan menimbulkan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik. Masalah keperawatan ini perlu mendapatkan intervensi segera baik secara medis maupun tindakan keperawatan, karena dapat menimbulkan berbagai masalah baru seperti terjadinya dekubitus dan kontraktur pada sendi.

Perjalanan penyakit stroke beragam, penderita tersebut dapat pulih sempurna, ada pula yang sembuh dengan cacat ringan, sedang sampai berat. Pada kasus berat dapat terjadi kematian, pada kasus yang bertahan hidup beberapa kemungkinan terjadi seperti stroke berulang, demensia dan depresi (Siswanto, 2005).

Kesadaran pasien adalah salah satu luaran penting dalam penanganan stroke, penurunan kesadaran pada pasien stroke dapat memperburuk prognosis dan salah satu faktor mortalitas pada pasien stroke rawat inap. Secara umum pasien dengan stroke berulang dengan komorbiditas apapun baik untuk tipe iskemik dan hemoragik memberikan nilai GCS yang lebih rendah dibandingkan pasien yang pertama kali menderita stroke (Abdillah dkk., 2017). Hal ini diakibatkan oleh perluasan lesi pada area otak sehingga terjadi eksaserbasi atau penurunan secara progresif fungsi organ tubuh yang terkena (Makmur, 2002 dalam Adientya & Handayani, 2012).

Pada penderita stroke diperlukan rehabilitasi dini yang bertujuan untuk mengurangi kelemahan yang terjadi. Rehabilitasi tersebut dengan cara melakukan latihan mobilisasi dini sebagai intervensi keperawatan mandiri bagi perawat sehingga dapat membantu mempercepat masa pemulihan kelemahan dan mencegah komplikasi lanjut (Gusty, 2012).

Intervensi secara umum pada penderita stroke yang mengalami hambatan mobilitas fisik, menurut Bulechek (2013) berupa terapi latihan mobilitas sendi. Beberapa terapi latihan mobilitas sendi meliputi melakukan latihan ROM (*range of motion*) pasif atau ROM (*range of motion*) aktif, bantu pasien mendapatkan posisi tubuh yang optimal, bantu untuk melakukan pergerakan sendi yang ritmis, dukung pasien untuk duduk di tempat tidur, di samping tempat tidur atau di kursi,

dan dukung ambulasi jika memungkinkan. Menurut Wilkinson & Ahern (2011), terdapat beberapa intervensi yaitu promosi mekanika tubuh, promosi latihan fisik (Latihan kekuatan), terapi latihan fisik (Ambulasi), terapi latihan fisik (Keseimbangan, Mobilitas sendi, Pengendalian otot), pengaturan posisi, bantuan perawatan diri (Berpindah).

Menurut Bulechek (2013), salah satu terapi latihan mobilitas sendi yaitu melakukan latihan ROM. Jenis latihan ROM yang sering diprogramkan oleh dokter dan dikerjakan oleh fisioterapi dan perawat yaitu bagian – bagian tubuh seperti leher, jari, lengan, siku, bahu, tumit, kaki, dan pergelangan kaki. ROM dapat dilakukan pada semua persendian atau hanya pada bagian – bagian yang dicurigai mengalami proses penyakit. Selain latihan ROM, terdapat pengaturan posisi yang bertujuan untuk mencegah terjadinya luka tekan pada pasien. Pengaturan posisi ini dilakukan setiap dua jam sampai tiga jam sekali, dimulai dari tidur terlentang, miring ke kiri maupun miring ke kanan (Wicaksono, 2017).

Latihan ROM (*range of motion*) Aktif Asistif pada penderita stroke berupa teknik *spherical grip* yang bertujuan untuk meningkatkan kekuatan otot (Mardati dkk., 2014). Teknik *spherical grip* adalah latihan fungsional tangan dengan cara menggenggam sebuah bola berbentuk bulat seperti bola pada telapak tangan. Teknik *spherical grip* dilakukan selama 5 detik kemudian rileks, lakukan pengulangan sebanyak 7 kali dan latihan ini diberikan 2 kali sehari pagi dan sore (Irfan, 2010).

Berdasarkan hasil penelitian dari *spherical grip* dan *cylindrical grip*, menunjukkan bahwa peningkatan kekuatan otot yang terjadi pada kelompok *spherical grip* lebih baik dari pada kelompok *cylindrical grip*, yaitu dilihat dari mean rank *spherical grip* (13,92) lebih besar dari mean rank *cylindrical grip* (13,08) (Mardati dkk., 2014).

Selain penanganan yang telah disebutkan di atas, juga diperlukan penanganan medis pada penderita stroke iskemik. Pada stroke iskemik, trombus menyumbat pembuluh darah serebral atau satu cabangnya dan merintangi aliran darah ke otak. Penanganan yang segera dengan obat – obat trombolitik atau antikoagulan membantu meminimalkan dampak penyumbatan tersebut. obat – obat trombolitik

harus diberikan dalam tiga jam setelah awitan keluhan dan gejala stroke iskemik. Pemberian obat – obat trombolitik jika tidak terdapat kontraindikasi, yaitu tPa (*tissue plasminogen activator*), Streptokinase, Urokinase, Ancrod, Prourokinase. (Kowalak dkk., 2011)

Perawat memiliki peranan sangat besar dalam memberikan asuhan keperawatan pada penderita stroke (Damawiyah, 2015). Salah satu upaya untuk meningkatkan kualitas hidup pasien stroke adalah melalui rehabilitasi (Hariandja, 2013). Berdasarkan latar belakang di atas, didapatkan bahwa masalah hambatan mobilitas fisik memberikan pengaruh cukup besar terhadap penderita stroke dalam melakukan aktivitas sehari – hari. Hal ini menimbulkan ketertarikan penulis untuk membuat laporan kasus hambatan mobilitas fisik pada penderita stroke iskemik.

1.2 Rumusan Masalah

Peningkatan kualitas hidup pasien stroke iskemik adalah bagaimana seorang perawat melakukan asuhan keperawatan pada masalah hambatan mobilitas fisik yang dialami oleh pasien stroke iskemik. Hal ini menyebabkan fokus perawatan pada pasien stroke iskemik adalah pada hambatan mobilitas fisik. Oleh karena itu, rumusan masalah yang disusun adalah “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada Ny. L dan Ny. M stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang tahun 2017?”

1.3 Tujuan Penulisan

Penelitian ini bertujuan untuk memberikan asuhan keperawatan pada Ny. L dan Ny. M stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang tahun 2017.

1.4 Manfaat Penulisan

Manfaat dari penelitian ini, dapat digunakan untuk untuk penulis, institusi tempat penelitian, keluarga dan pasien, serta pengembangan ilmu keperawatan.

1.4.1 Bagi Penulis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan wawasan dan pengetahuan baru dalam melakukan risert studi kasus terkait dengan pemberian asuhan keperawatan pada pasien stroke iskemik.

1.4.2 Bagi institusi penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan tentang penerapan teknik *spherical grip* bagi pasien stroke dengan hambatan mobilitas fisik.

1.4.3 Bagi keluarga dan pasien

Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien stroke iskemik dan memberikan informasi pada keluarga pasien terhadap tindakan keperawatan pada pasien stroke iskemik supaya dapat diterapkan ketika pasien pulang.

1.4.4 Bagi pengembangan ilmu keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan tentang penerapan teknik *spherical grip* bagi pasien stroke dengan hambatan mobilitas fisik dalam ilmu keperawatan.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

Pada Tinjauan Pustaka ini, menguraikan tentang landasan teori, yang meliputi konsep penyakit stroke iskemik, dan konsep asuhan keperawatan hambatan mobilitas fisik pada pasien stroke iskemik.

2.1 Konsep Penyakit

Dalam konsep penyakit ini, menguraikan konsep penyakit stroke iskemik yang meliputi definisi, etiologi, faktor risiko, patofisiologi, gambaran klinis, penatalaksanaan dan komplikasi.

2.1.1 Definisi Stroke Iskemik

Stroke iskemik adalah tanda klinis disfungsi atau kerusakan jaringan otak yang disebabkan kurangnya aliran darah ke otak sehingga mengganggu kebutuhan darah dan oksigen di otak (Kabi dkk., 2015). Stroke iskemik adalah “infark jaringan susunan saraf pusat” yang mungkin simptomatik atau asimtomatik. “Stroke iskemik simptomatik memperlihatkan tanda – tanda klinis disfungsi retina, spinal atau serebrum global atau fokal akibat infark susunan saraf pusat. Silent stroke adalah dokumentasi infark susunan saraf pusat yang tidak menimbulkan gejala” (Bickley, 2015). Satuan acara penyuluhan stroke iskemik dilihat pada lampiran 2.1.

Stroke adalah penyakit saraf motorik atas (UMN) dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Oleh karena UMN bersilangan, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada UMN di sisi yang berlawanan dari otak (Muttaqin, 2008).

2.1.2 Klasifikasi Stroke Iskemik

Klasifikasi stroke non hemoragik/iskemik/infark menurut Ariani (2012)

- a. Serangan Iskemi Sepintas (*Transient Ischemic Attack-TIA*)

TIA merupakan tampilan peristiwa berupa episode – episode serangan sesaat dari suatu disfungsi serebral fokal akibat gangguan vaskuler, dengan lama serangan sekitar 2-15 menit sampai paling lama 24 jam.

- b. Defisit Neurologik Iskemik Sepintas (*Reversible Ischemic Neurology Deficit-RIND*)

Gejala dan tanda gangguan neurologis yang berlangsung lebih lama dari 24 jam dan kemudian pulih kembali (dalam jangka waktu kurang dari tiga minggu).

- c. *In Evolutional* atau *Progressing Stroke*

Gejala gangguan neurologis yang progresif dalam waktu enam jam atau lebih.

- d. Stroke Komplet (*Completed Stroke/Permanent Stroke*)

Gejala gangguan neurologis dengan lesi – lesi yang stabil selama periode waktu 18-24 jam, tanpa adanya progresivitas lanjut.

2.1.3 Etiologi Stroke Iskemik

Stroke iskemik disebabkan oleh sumbatan atau berkurangnya aliran darah ke otak. Sumbatan dapat disebabkan oleh aterosklerosis (pembentukan plak) atau pembentukan bekuan (thrombus) (Djayasaputra, 2013).

Stroke tipe iskemik bisa diakibatkan oleh dua hal, yakni akibat trombosis maupun emboli. Trombosis maupun emboli menyebabkan terjadinya penyumbatan aliran arteri di otak, yang mengakibatkan kematian sel – sel saraf di daerah tersebut. Namun, sel – sel otak di sekitarnya masih tetap hidup. Daerah inilah yang sering disebut sebagai penumbra (Wahyu, 2009).

- a. Stroke Trombotik

Stroke trombotik terjadi akibat oklusi aliran darah, biasanya karena aterosklerosis berat. Sering kali, individu mengalami satu atau lebih serangan iskemik sementara (*transient ischemic attack, TIA*) sebelum stroke trombotik yang sebenarnya terjadi. TIA adalah gangguan fungsi otak singkat yang reversibel akibat hipoksia serebral. TIA mungkin terjadi ketika pembuluh darah aterosklerotik mengalami spasme, atau saat kebutuhan oksigen otak meningkat

dan kebutuhan ini tidak dapat dipenuhi karena aterosklerosis berat (Corwin, 2009).

Trombosis arteri atau vena pada sistem saraf pusat dapat disebabkan oleh satu atau lebih dari “Trias Virchow” menurut Ginsbrenge (2008) :

- 1) Abnormalitas dinding pembuluh darah, umumnya penyakit degeneratif, dapat juga inflamasi (vaskulitis) atau trauma (diseksi).
- 2) Abnormalitas darah, misalnya polisitemia
- 3) Gangguan aliran darah

b. Stroke Embolik

Stroke embolik berkembang setelah oklusi arteri oleh embolus yang terbentuk di luar otak. Sumber umum embolus yang menyebabkan stroke adalah jantung setelah infark miokardium atau fibrilasi atrium, dan embolus yang merusak arteri karotis komunis atau aorta (Corwin, 2009).

Embolisme dapat merupakan komplikasi dari penyakit degeneratif arteri sistem saraf pusat, atau dapat juga berasal dari jantung : penyakit katup jantung, fibrilasi atrium, infark miokard yang baru terjadi (Ginsbrenge, 2008).

2.1.4 Faktor Resiko Stroke

Beberapa faktor resiko terjadinya stroke non hemoragik, antara lain usia lanjut, hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, hiperkolesterolemia, merokok dan kelainan pembuluh darah otak (Mardjono, 2006 dalam Khairunnisa & Fitriyani, 2014).

Adapun faktor – faktor risiko stroke:

a. Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor risiko tertinggi dalam menyebabkan kejadian stroke, baik stroke untuk onset yang pertama kali maupun dalam kejadian stroke berulang. Hipertensi menyebabkan terjadinya gangguan pada autoregulasi otak. Sehingga, dalam tekanan darah yang sama dengan normotensi, jumlah aliran darah yang diterima otak pada pasien hipertensi lebih sedikit (Irdelia dkk., 2014).

b. Diabetes Melitus

Salah satu pemicu aterosklerosis adalah hiperglikemia, sebagai salah satu faktor risiko yang banyak ditemukan pada penderita stroke iskemik. Hiperglikemia adalah kenaikan kadar glukosa dalam darah. Hiperglikemia berdampak buruk terhadap keluaran klinis karena dapat menyebabkan gangguan fungsi imun serta lebih rentan terkena infeksi, perburukan sistem kardiovaskuler, trombosis, peningkatan inflamasi, disfungsi endotel, stres oksidatif, dan kerusakan otak (Darmawan dkk., 2011).

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 darah ke otak, yang pada akhirnya akan menyebabkan infark sel – sel otak (Ariani, 2012).

c. Penyakit Jantung

Berbagai penyakit jantung berpotensi untuk menimbulkan stroke. Faktor risiko ini akan menimbulkan hambatan/sumbatan aliran darah ke otak, yang pada akhirnya akan menyebabkan infark sel – sel otak (Ariani, 2012). Pada klien stroke kemungkinan memiliki penyebab kelainan irama jantung atau penyakit jantung (Feign, 2007).

d. Hiperkolesterolemia

Kadar kolesterol yang tinggi dapat mempromosikan pembentukan plak di arteri yang memasok jantung dan otak. LDL (*Low density lipoprotein*) membawa kolesterol dari hati ke sel – sel. Jika kadarnya tinggi akan mengakibatkan penumpukan kolesterol di dinding pembuluh darah akan memicu terjadinya pengerasan dinding pembuluh darah yang berujung pada aterosklerosis. HDL (*High density lipoprotein*) bekerja untuk membawa kolesterol dari pembuluh darah arteri dan mengembalikan ke hati untuk dibuang. Oleh karena itu, HDL yang rendah dapat meningkatkan risiko untuk terkena stroke (Patricia dkk., 2015)

Pada kejadian stroke berulang, hiperkolesterolemia merupakan faktor resiko terjadinya stroke berulang. Hiperkolesterolemia berhubungan dengan terjadinya

penyakit jantung koroner yang dapat berpengaruh pada aterosklerosis yang dapat timbul pada pembuluh darah otak (Irdelia dkk., 2014).

e. Merokok

Merokok meningkatkan risiko terjadinya stroke hampir dua kali lipat, dan perokok pasif terkena stroke 1,2 kali lebih besar. Nikotin dan karbondioksida yang ada pada rokok menyebabkan kelainan pada dinding pembuluh darah, disamping itu juga mempengaruhi komposisi darah sehingga mempermudah terjadinya proses gumpalan darah (Patricia dkk., 2015).

f. Alkohol

Alkohol dapat menginduksi peningkatan tekanan darah yang menjadi risiko timbulnya stroke. Konsumsi minuman beralkohol yang berpengaruh pada kejadian stroke berulang adalah konsumsi minuman beralkohol dengan kadar yang tinggi, yaitu mengonsumsi minuman beralkohol sebanyak 80 cc per hari atau 560 cc dalam seminggu (Irdelia dkk., 2014).

g. Obesitas

Obesitas merupakan faktor risiko terjadinya penyakit jantung (Ariani, 2012).

h. Kejang

Kejang merupakan gejala neurologis yang timbul mendadak dan sementara akibat pelepasan muatan listrik yang abnormal pada bagian otak yang muncul pada penyakit pembuluh darah otak seperti stroke iskemik. Penderita penyakit pembuluh darah otak, 4% kasus penyumbatan pembuluh darah otak mengalami serangan kejang (Satyanegara, 2014).

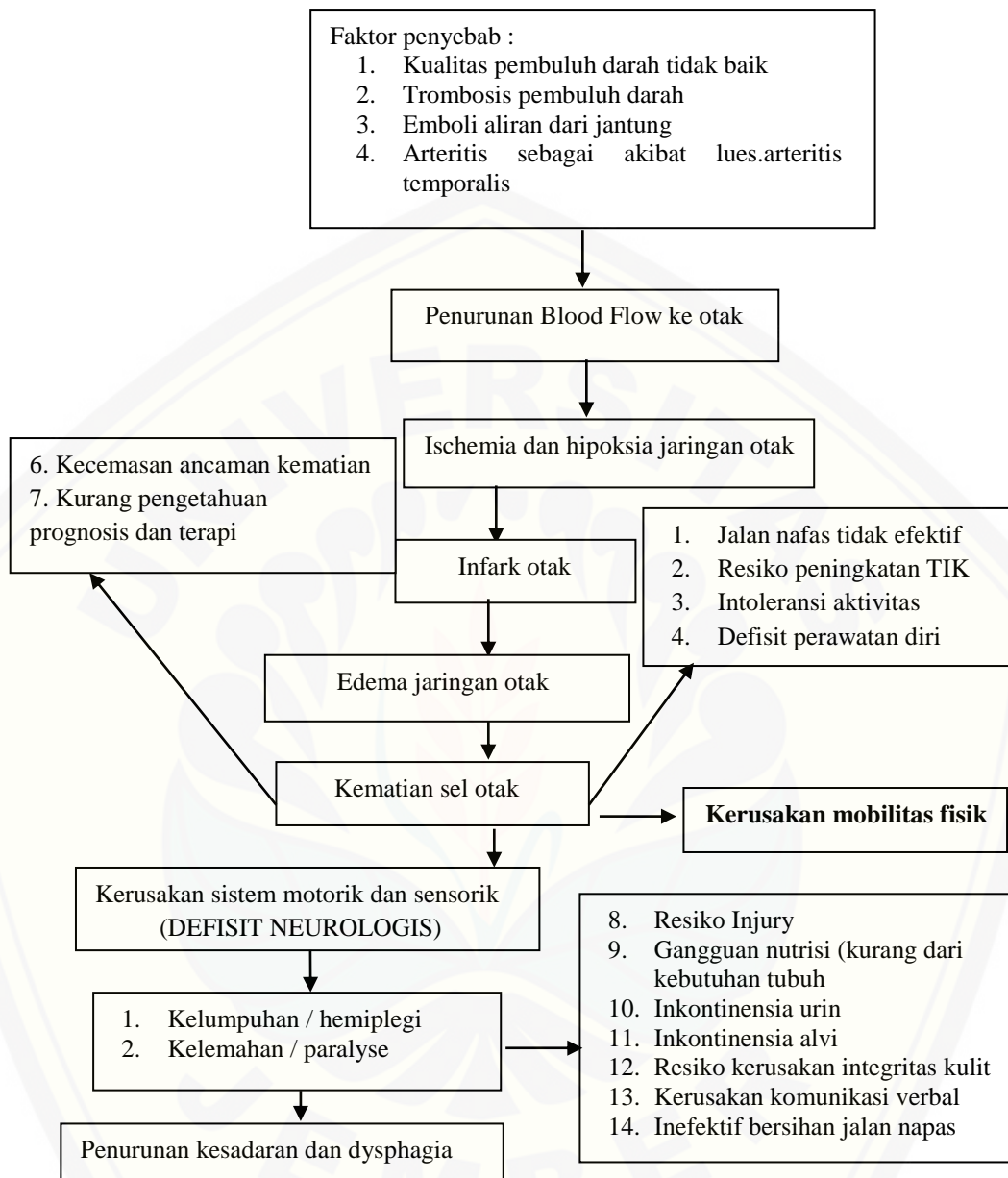
i. Stroke Berulang

Tipe serangan stroke terdiri dari dua yaitu serangan pertama dan serangan ulangan. Serangan ulangan merupakan serangan yang terjadi setelah serangan pertama stroke, dan merupakan akibat dari kurangnya kesadaran akan penyakit stroke, ketidaktahuan gejala dari stroke, kurang optimalnya pelayanan stroke, dan ketaatan program terapi. Serangan ulangan yang terjadi dapat dikategorikan sebagai serangan yang lebih parah dari serangan pertama bahkan tingkat kematiannya lebih tinggi 47% dari serangan pertama (Iroth dkk., 2016).

Stroke yang berulang seringkali lebih berat dibanding stroke yang terjadi sebelumnya karena bagian otak yang terganggu akibat serangan terdahulu belum pulih sempurna. Serangan berikutnya menyebabkan gangguan yang sudah dialami menjadi semakin bertambah parah (Lanny dkk., 2005 dalam Rahayu dkk., 2014). Pada kejadian stroke berulang memiliki kriteria, salah satunya yaitu kejadian yang meliputi subtype stroke yang berbeda dengan stroke pertama (Siswanto, 2005).



2.1.5 Patofisiologi



Gambar 2.1 Patofisiologi kerusakan mobilitas fisik (Sumber : Padila, 2012)

2.1.6 Gambaran Klinis Stroke Iskemik

Gejala utama stroke iskemik adalah timbulnya defisit neurologik secara mendadak, didahului gejala prodromal, terjadi waktu istirahat atau bangun tidur dan kesadaran biasanya tidak menurun (Lumbantobing, 2004 dalam Nasution, 2013).

Gambaran klinis stroke iskemik meliputi: penurunan kesadaran, kelemahan dan atau kesemutan satu sisi tubuh, bicara pelo, wajah mencong, sulit menelan, tiba-tiba tidak bisa melihat, dan dapat menyebabkan kematian (Anurogo & Usman, 2014). Kelemahan wajah, lengan dan kaki pada sisi yang sama, akibat terjadinya paralisis wajah (karena lesi pada hemisfer yang berlawanan) (Ariani, 2012).

Kausa tersering dari gejala iskemik adalah oklusi arteri serebri media, yang menyebabkan defek lapang pandang serta hemiparesis dan defisit sensorik kontralateral. Oklusi arteri serebra media kiri sering menyebabkan afasia, dan oklusi arteri serebri media kanan menyebabkan *pengabaian* atau *kurang atensi* terhadap sisi kontralateral tubuh (Bickley, 2015).

- a. Gejala sisa pada stroke mencakup komplikasi menurut Feign (2007) :
- 1) Terdapat 80% pasien stroke mengalami penurunan parsial atau total gerakan dan kekuatan lengan dan atau tungkai di salah satu sisi tubuh (kelumpuhan parsial disebut paresis, kelumpuhan total disebut paralisis).
 - 2) Terdapat 80-90% menderita kebingungan
 - 3) Terdapat 30% mengalami satu atau lebih masalah komunikasi
 - 4) Terdapat 30% mengalami kesulitan menelan (disfagia)
 - 5) Terdapat 10% mengalami masalah melihat benda – benda di satu sisi (hemianopia) dan 10% memiliki penglihatan ganda (diplopia)
 - 6) Terdapat kurang dari 10% mengalami gangguan koordinasi saat duduk, berdiri, atau berjalan (ataksia)
 - 7) Terdapat 30% mengalami masalah dalam orientasi kiri kanan dan mungkin tidak menyadari masalahnya.
 - 8) Terdapat hingga 70% menderita gangguan suasana hati, termasuk depresi
 - 9) Terdapat kurang dari 10% mengalami kejang atau epilepsi
 - 10) Tanpa pencegahan yang memadai, 10-20% pasien mengalami dekubitus (luka akibat terlalu lama tidur/berbaring).
 - 11) Terdapat kurang dari 10% mengalami masalah dalam pengendalian buang air kecil dan atau buang air besar. Hal ini paling besar kemungkinannya terjadi pada orang yang mengalami stroke berulang.

b. Gejala klinis bergantung pada neuroanatomi

Manifestasi klinis menurut Dewanto (2007) bergantung pada neuroanatomi dan vaskularisasinya. Gejala klinis dan defisit neurologik yang ditemukan berguna untuk menilai iskemi.

- 1) Gangguan peredaran darah arteri serebri anterior menyebabkan hemiparesis dan hemihipestesi kontralateral yang terutama melibatkan tungkai.
- 2) Gangguan peredaran darah arteri serebri media menyebabkan hemiparesis dan hemihipestesi kontralateral yang terutama mengenai lengan disertai gangguan fungsi luhur berupa afasia (bila mengenai area otak dominan) atau hemispatial neglect (bila mengenai area otak non dominan).
- 3) Gangguan peredaran darah arteri serebri posterior menimbulkan hemianopsi homonim atau kuadrantanopsi kontralateral tanpa disertai gangguan motorik maupun sensorik. Gangguan daya ingat terjadi bila terjadi infark pada lobus temporalis medial. Aleksia tanpa agrafia timbul bila infark terjadi pada korteks visual dominan dan splenium korpus kolosum. Agnosia dan prosopagnosia (ketidakmampuan mengenali wajah) timbul akibat infark pada korteks temporoooksipitalis inferior.
- 4) Gangguan peredaran darah batang otak menyebabkan gangguan saraf kranial seperti disartria, diplopi dan vertigo, gangguan sereblar, seperti ataksia atau hilang keseimbangan, atau penurunan kesadaran.
- 5) Infark lakunar merupakan infark kecil dengan klinis gangguan murni motorik atau sensorik tanpa disertai gangguan fungsi luhur.

Manifestasi klinis berdasarkan etiologi stroke iskemik menurut Smeltzer (2001) dalam Ariani (2012), yaitu:

1) Trombosis Serebral

Tanda – tanda trombosis serebral bervariasi. Sakit kepala adalah onset yang tidak umum. Beberapa pasien dapat mengalami pusing, perubahan kognitif, atau kejang, dan beberapa mengalami onset yang tidak dapat dibedakan dari hemoragi intraserebral atau embolisme serebral. Secara umum, trombosis serebral tidak terjadi dengan tiba – tiba dan kehilangan bicara sementara, hemiplegia, atau

parestesia pada setengah tubuh dapat mendahului onset paralisis berat pada beberapa jam atau hari.

2) Embolisme Serebral

Onset hemiparesis atau hemiplegia tiba – tiba dengan afasia, tanpa afasia atau kehilangan kesadaran pada pasien dengan penyakit jantung atau pulmonal adalah karakteristik dari embolisme serebral.

c. Penjabaran jenis – jenis paresis yang umum digunakan menurut Satyanegara (2014)

1) Hemiparesis

Kelainan ini merupakan gangguan fungsi motorik sebelah badan (lengan dan tungkai) dimana hal tersebut menandakan adanya lesi neuron motorik atas (UMN). Walaupun jarang, lesi servikal daerah atas dapat pula menyebabkan hemiplegia yang mirip, namun dalam hal ini tidak disertai kelumpuhan daerah wajah. Kelumpuhan wajah salah satu sisi yang disertai hemiparesis kontralateral menandakan kemungkinan adanya lesi di batang otak.

2) Monoparesis

Kelainan ini merupakan hilangnya fungsi motorik salah satu anggota gerak. Monoparesis tipe UMN dapat disebabkan oleh lesi – lesi hemisfer serebri, namun dapat pula akibat lesi di medula spinalis. Lesi UMN umumnya akan menampilkan kelumpuhan spastik terutama ekstensor lengan atau fleksor tungkai. Monoplegia flaksid (sangat jarang) yang disertai radikulopatia multipel dapat terjadi setelah trauma dimana terdapat lesi yang panjang di medula spinalis.

3) Paraparesis

Kelainan ini merupakan hilangnya fungsi motorik kedua tungkai. Corak kelumpuhan UMN biasanya disebabkan oleh lesi – lesi dalam kanalis spinalis daerah dorsal. Paraplegia tipe UMN dapat pula akibat adanya lesi dalam di dalam kranium regio parasagital (misalnya meningioma).

4) Triparesis

Kelainan ini merupakan gangguan motorik yang melibatkan tiga anggota gerak. Adanya kelumpuhan dua tungkai dan satu lengan atau dua lengan serta satu

tungkai kemungkinan besar disebabkan oleh lesi servikal atas atau lesi yang multipel.

5) Tetraparesis

Kelainan ini merupakan kelumpuhan keempat anggota badan. Corak UMN kelumpuhan ini biasanya disebabkan oleh lesi servikal atas, batang otak, atau hemisfer serebri.

d. Beberapa kelainan dalam berbahasa

Beberapa kelainan dalam berbahasa antara lain disartria (pelo), disfonisa (serak), disprosodi (gangguan irama bicara), apraksia oral, afasia, aleksia (kehilangan kemampuan membaca), agrafia (gangguan dalam penulisan) (Satyanegara, 2014). Disartria adalah kondisi artikulasi yang diucapkan tidak sempurna yang menyebabkan kesulitan dalam berbicara. Ini adalah hal yang penting untuk membedakan antara disartria dan afasia. Klien dengan disartria paham dengan bahasa yang diucapkan seseorang tetapi mengalami kesulitan dalam melafalkan kata dan tidak jelas dalam pengucapannya. Tidak ada bukti bahwa terdapat gangguan dalam kemampuan struktur atau pembentukan kalimat. Klien dengan disartria dapat memahami bahasa verbal dan dapat membaca dan menulis (kecuali terdapat kelumpuhan tangan yang dominan, tidak memiliki tangan, atau cedera tangan). Disartria disebabkan oleh disfungsi saraf kranial karena stroke pada arteri vertebrobasilar atau cabangnya. Hal ini bisa mengakibatkan kelemahan atau kelumpuhan pada otot bibir, lidah, dan laring, atau karena kehilangan sensasi (Black & Hawks, 2014).

Beberapa kelainan dalam berbahasa menurut Satyanegara (2014) :

a. Afasia lancar

- 1) Afasia sensorik (*Wernicke*) : Pemahaman bahasa pasien terganggu
- 2) Afasia konduksi : Terdapat gangguan berat pada repetisi
- 3) Afasia amnesik (*Anomik*) : Kesulitan dalam menemukan kata dan tidak mampu menamai benda yang dihadapkan kepadanya
- 4) Afasia transkortikal sensorik : Pasien dapat mengulang dengan baik, namun tidak memahami apa yang didengarnya atau yang diulanginya.

b. Afasia tidak lancar

1) Afasia motorik (*Broca*) : Bicara tidak lancar, disartria, serta nampak melakukan upaya bila hendak berbicara. Lesi yang menyebabkan afasia motorik mencakup area Brodmann 44 dan sekitarnya. Lesi yang menyebabkan afasia Broca biasanya melibatkan operkulum frontal (Brodmann 45 dan 44) dan massa alba frontal dalam.

Area Broca, terletak di anterior korteks motorik primer dan superior sulkus lateralis mengoordinasikan aktivitas muskular kompleks mulut, lidah, dan laring serta memungkinkan pembicaraan ekspresif (motorik) (Black & Hawks, 2014).

2) Afasia global : Jenis afasia yang paling berat. Ditandai dengan tidak adanya lagi bahasa spontan atau berkurang sekali dan menjadi beberapa patah kata yang diucapkan secara stereotip

3) Afasia transkortikal motorik : Pasien mampu melakukan repetisi, memahami, dan membaca dengan baik, namun dalam bicara spontan tampak terbatas seperti pasien afasia Broca.

2.1.7 Penatalaksanaan Stroke Iskemik

Menurut Guideline PERDOSI (2007), pada pasien stroke iskemik mendapat cairan infus isotonis dan hindari cairan hipotonis yang mengandung glukosa (Arofah, 2011). Pemberian cairan ringer laktat ini bertujuan untuk mengembalikan keseimbangan air dan elektrolit (Khairunnisa & Fitriyani, 2014). Neuroprotektor adalah kelompok obat – obatan yang digunakan dalam pengobatan pasca terjadinya serangan stroke. Neuroprotektor mencegah kematian saraf akibat terjadinya serangan stroke, membantu produksi sel – sel saraf baru dan mampu berfungsi sebagai prekursor pembentukan neurotransmitter. Neuroprotektor digunakan bersamaan dengan obat lainnya dalam penanganan serangan stroke. Neuroprotektor yang umum pada pasien stroke adalah sitikolin dan pirasetam (Abdilllah dkk., 2017).

a. Penatalaksanaan Stroke Iskemik menurut Wahyu (2009)

Penanganan stroke yang cepat dan tepat akan mampu menyelamatkan sel – sel otak di daerah penumbra ini dari ancaman kematian. Begitupun sebaliknya. Jika terlambat, sel – sel otak di daerah penumbra akan mengalami kematian. Dengan menggunakan alat CT Scan atau MRI, kerusakan sel – sel otak akibat stroke tipe iskemik, biasanya dapat diamati dalam 6 jam pertama sejak terjadinya stroke. Diagnosis yang cepat dan tepat akan berdampak positif terhadap hasil pengobatan. Prinsip terapi pada stroke iskemik adalah dengan menghilangkan atau menghancurkan trombus atau emboli yang menyumbat aliran darah arteri di daerah tertentu dengan menggunakan obat – obatan yang dikenal sebagai trombolitik. Dengan menghilangkan sumbatan, diharapkan aliran darah arteri kembali lancar sehingga pasokan oksigen, glukosa, dan nutrisi jaringan otak kembali seperti semula. Obat – obatan yang biasa dipakai adalah golongan *tissue plasmonogen activator* (TPA).

American Heart Association merekomendasikan penggunaan TPA sebagai trombolitik dalam waktu 3 jam setelah terjadi stroke untuk mendapatkan hasil terbaik. Obat TPA biasanya disuntikkan melalui arteri di lengan penderita stroke. Penderita stroke tipe iskemik juga perlu mendapatkan obat anti pembekuan darah dan obat pengencer darah, demi mencegah terbentuknya kembali trombus atau emboli di kemudian hari. Obat – obatan yang kerap dipakai adalah golongan heparin dan aspirin.

b. Pemeriksaan Penunjang

1) CT scan bagian kepala

Pada pemeriksaan CT scan, ditemukan dengan segera stroke iskemik dalam 72 jam pertama sejak awitan serangan dan bukti terjadinya stroke hemoragik (jika luas lesi melebihi 1 cm) (Kowalak dkk., 2011).

CT scan mungkin tidak perlu dilakukan oleh semua pasien, terutama jika diagnosis klinisnya sudah jelas, tetapi pemeriksaan ini berguna untuk membedakan infark serebri atau perdarahan, yang berguna dalam menentukan tatalaksana awal. Pasien dengan disabilitas neurologis yang signifikan harus

segera dirawat, terutama di unit spesialisik. CT scan segera dapat membedakan lesi stroke iskemik atau hemoragik, sehingga pada stroke iskemik aspirin 300 mg per hari dapat segera diberikan. Terdapat bukti bahwa kombinasi dipiridamol dan aspirin lebih efektif daripada pemberian aspirin saja. Jadi dipiridamol sebaiknya diberikan sedini mungkin pada stroke iskemik, dengan dosis 25 mg dua kali sehari, dan ditingkatkan bertahap (selama 7-14 hari) hingga 200 mg dua kali sehari dengan preparat lepas lambat. Monoterapi dengan klopidogrel 75 mg per hari diberikan jika pasien tidak dapat mentoleransi aspirin (Ginsbrenng, 2008).

2) Pungsi Lumbal

Dilakukan jika tidak terdapat tanda – tanda kenaikan tekanan intrakranial. Pemeriksaan ini mengungkapkan cairan serebrospinal yang berdarah kalau serangan berupa stroke hemoragik (Kowalak dkk., 2011).

3) Elektrokardiografi (EKG)

Untuk mengetahui keadaan jantung dimana jantung berperan dalam suplai darah ke otak (Ariani, 2012).

4) Elektro Encephalo Grafi

Elektro encephalo grafi mengidentifikasi masalah berdasarkan gelombang otak, menunjukkan area lokasi secara spesifik (Ariani, 2012).

5) Pemeriksaan darah

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui keadaan darah, kekentalan darah, jumlah sel darah, penggumpalan trombosit yang abnormal, dan mekanisme pembekuan darah (Ariani, 2012).

Pemeriksaan laboratorium lain yang digunakan untuk mendiagnosis stroke adalah pemeriksaan darah dan urin. Pemeriksaan darah yang lain yaitu pemeriksaan kimia darah untuk mendiagnosis diabetes, penyakit hati, ketidakseimbangan elektrolit, atau penyakit lainnya. Analisis urin mencakup penghitungan sel dan kimia urin untuk mengidentifikasi infeksi dan penyakit ginjal (Feign, 2007). Hiperurisemia (kadar asam urat tinggi) akan menyebabkan perubahan mikrovaskuler pada ginjal. Lesi pada vaskuler tersebut menyebabkan iskemia. Lesi pada vaskuler ginjal ini akan memicu terjadinya peningkatan tekanan darah (Mustafiza, 2010).

6) Angiografi serebral

Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik misalnya pertahanan atau sumbatan arteri (Batticaca, 2008).

7) Magnetik Resonance Imagine (MRI)

Menunjukkan daerah infark, perdarahan, malformasi arteriovena (MAV) (Batticaca, 2008). Pemeriksaan MRI membantu menemukan daerah – daerah iskemia atau infark dan pembengkakan otak (Kowalak dkk., 2011).

8) Ultrasonografi Doppler

Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah sistem arteri karotis [aliran darah atau timbulnya plak]) dan arteriosklerosis (Batticaca, 2008).

9) Pemeriksaan Foto Thorax

Pemeriksaan foto thorax dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri (Doenges, 2009).

2.1.8 Komplikasi Stroke

Komplikasi stroke menurut Kowalak dkk. (2011) bervariasi berdasarkan intensitas dan tipe stroke, tetapi dapat meliputi:

- a. Tekanan darah yang tidak stabil (akibat kehilangan kontrol vasomotor)
- b. Edema serebral
- c. Ketidakseimbangan cairan
- d. Kerusakan sensorik
- e. Infeksi, seperti pneumonia
- f. Perubahan tingkat kesadaran
- g. Aspirasi
- h. Kontraktur
- i. Emboli paru
- j. Kematian

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Stroke Iskemik

2.2.1 Pengkajian

- a. Anamnesis

1) Identitas klien

a) Usia

Umur merupakan faktor resiko stroke iskemik yang tidak dapat diubah. Insiden stroke iskemik meningkat dengan bertambahnya usia. Stroke dapat ditemukan pada semua golongan umur, sebagian besar dapat ditemukan pada usia di atas 55 tahun (Junaidi, 2011). Insiden stroke pada usia 80-90 tahun adalah 300 per 10.000 penduduk, dimana mengalami peningkatan 100 kali lipat dibandingkan dengan insiden stroke pada usia 30 -40 tahun sebesar 3 per 10.000 penduduk (Bustan, 2007). Proses degenerasi akan selalu mengiringi proses menua, termasuk pembuluh darah otak (Lingga, 2013). Pembuluh darah orang yang lebih tua cenderung mengalami perubahan dan mulai terlihat hasil dari aterosklerosis (Wahjoepramono, 2005 dalam (Rahayu dkk., 2014).

b) Jenis kelamin

Pasien stroke iskemik lebih banyak ditemukan pada laki – laki dibandingkan perempuan. Hal ini disebabkan karena perempuan lebih terlindungi dari penyakit jantung dan stroke sampai umur pertengahan akibat hormon estrogen yang dimilikinya. Setelah menopause risiko perempuan sama dengan laki – laki untuk terkena stroke dan penyakit jantung (Patricia dkk., 2015). Laki – laki lebih cenderung untuk terkena stroke lebih tinggi dibandingkan perempuan dengan perbandingan 1,3 : 1, kecuali pada usia lanjut laki – laki cenderung terkena stroke iskemik sedangkan wanita lebih sering menderita perdarahan subarakhnoid dan kematiannya 2 kali lebih tinggi dibandingkan laki – laki (Junaidi, 2011). Pada laki – laki dan perempuan memiliki gaya hidup yang tidak jauh berbeda dalam hal konsumsi makanan tinggi lemak, kebiasaan merokok, aktifitas dan latihan (Pinzon, 2010).

c) Pendidikan

Pendidikan pada hakekatnya merupakan usaha untuk membantu individu dalam meningkatkan kemampuan atas perilaku untuk mencapai kesehatan yang optimal. Semakin rendah tingkat pendidikan seseorang maka pengetahuan yang didapat cenderung kurang. Sebaliknya semakin tinggi pendidikan akan semakin mudah berfikir rasional dan menangkap informasi (Mubarak & Cahyatin, 2009).

d) Pekerjaan

Didapatkan proporsi pasien stroke iskemik lebih banyak pada mereka yang bekerja. Hal ini disebabkan stres psikologis akibat pekerjaan yang dapat meningkatkan resiko terkena stroke iskemik (Kabi dkk., 2015). Menurut Potter & Perry (2009), status ekonomi merupakan variabel eksternal yang mempengaruhi status kesehatan masyarakat. Salah satu indikator penentu status ekonomi adalah jenis pekerjaan. Faktor ekonomi berpengaruh terhadap cara reaksi klien terhadap sakit. Akses sistem layanan kesehatan berkaitan erat dengan faktor ekonomi.

Menurut penelitian Roslina tahun 2008, pekerjaan ibu rumah tangga paling banyak pada pasien hipertensi, sehingga pada individu yang aktifitasnya rendah beresiko terkena hipertensi sekitar 30-50% daripada individu yang aktif disebabkan kurangnya aktivitas yang dilakukan dimana kebanyakan mereka hanya berdiam diri dirumah dengan rutinitas yang membuat mereka suntuk (Anggraini dkk., 2008 dalam Saleh dkk., 2014). Sedangkan golongan tidak bekerja disebabkan oleh penurunan aktifitas dan kurangnya olahraga (Maukar dkk., 2013).

e) Ras

Di Indonesia sendiri, suku Batak dan Padang lebih rentan terserang stroke dibandingkan dengan suku Jawa. Hal ini disebabkan oleh pola dan jenis makanan yang lebih banyak mengandung kolesterol (Depkes, 2007 dalam Yueniwati, 2015).

2) Keluhan utama

Keluhan utama yang sering menjadi alasan klien untuk meminta bantuan kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan tingkat kesadaran (Muttaqin, 2008). Biasanya klien datang ke rumah sakit dalam kondisi : penurunan kesadaran atau koma serta disertai kelumpuhan dan keluhan sakit kepala hebat bila masih sadar (Padila, 2012).

3) Riwayat penyakit saat ini

Pada stroke iskemik dapat berupa iskemia atau emboli dan trombosis serebri, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur, atau di pagi hari.

Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder. Dan kesadaran umumnya baik (Muttaqin, 2008).

4) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat – obat antikoagulan, aspirin, vasodilator, obat – obat adiktif, dan kegemukan. Pengkajian pemakaian obat – obat yang sering digunakan klien, seperti pemakain obat hipertensi, antilipidemia, penghambat beta, dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol dan penggunaan kontrasepsi oral. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih lanjut dan untuk memberikan tindakan selanjutnya (Muttaqin, 2008).

5) Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu (Muttaqin, 2008).

6) Pengkajian Psiko-sosio-spiritual

Pada fungsi intelektual klien stroke mengalami penurunan dalam ingatan dan memori, baik jangka pendek maupun jangka panjang. Penurunan kemampuan berhitung dan kalkulasi. Pengkajian mekanisme koping yang digunakan klien juga penting untuk menilai respon emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran klien dalam keluarga dan masyarakat. Apakah ada dampak yang timbul pada klien, yaitu timbul ketakutan akan kecacatan, rasa cemas, rasa ketidakmampuan untuk melakukan aktifitas secara optimal, dan pandangan terhadap dirinya yang salah (gangguan citra tubuh) (Muttaqin, 2008).

Oleh karena klien harus menjalani rawat inap maka apakah keadaan ini memberi dampak pada status ekonomi klien, karena biaya perawatan dan pengobatan memerlukan dana yang tidak sedikit, dan dapat mengacaukan keuangan keluarga sehingga faktor biaya ini dapat memengaruhi stabilitas emosi dan pikiran klien dan keluarga. Perawat juga memasukkan pengkajian terhadap fungsi neurologis dengan dampak gangguan neurologis pada gaya hidup individu

(Muttaqin, 2008). Gangguan fungsi kognitif pada penderita stroke iskemik terjadi akibat kerusakan pada kortikol dan subkorteks (Rahayu dkk., 2014).

7) Perubahan Pola Kesehatan

a) Pola Persepsi dan Tatalaksana Kesehatan

Beberapa gaya hidup yang dapat meningkatkan resiko terjadinya stroke yaitu konsumsi makanan tinggi lemak, merokok dan kurangnya aktifitas fisik (olahraga). Kurangnya aktifitas fisik akan memudahkan terjadinya penimbunan lemak yang akan mengakibatkan disfungsi endotel yang dapat berakibat terjadinya kekakuan pembuluh darah sehingga resiko terjadinya stroke akan meningkat (Mardati dkk., 2014).

b) Pola Nutrisi dan Metabolik

Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual dan muntah pada fase akut. Mual sampai muntah dihubungkan dengan peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan kebutuhan nutrisi (Muttaqin, 2008).

c) Pola Eliminasi

Jika pasien mengalami masalah inkontinensia atau retensi urin, perawat atau dokter dapat memasang kateter secara sementara (intermitten) atau terus menerus (Feign, 2007). Intervensi yang lazim atau umum dilakukan pada pasien stroke dengan retensi urin adalah kateterisasi, seringkali dipasang kateter menetap, sementara kateter intermitten merupakan terapi pilihan. Pemasangan kateter lebih ditujukan untuk pasien yang kesadarannya menurun (Sari dkk., 2016).

d) Pola Tidur dan Istirahat

Pasien stroke akut juga dapat mengalami gangguan tidur baik insomnia atau hipersomnia, sering terbangun setelah onset tidur dikaitkan dengan buruknya keluaran stroke. Pasien stroke akan sering terbangun di malam hari dan nyeri kepala yang sering terjadi saat tidur sampai tidur REM (pergerakan mata cepat), dapat menginterupsi tidur (Nurmiati, 2007 dalam Sahanantya dkk., 2014).

e) Pola Aktivitas dan Istirahat

Pada penderita stroke iskemik menyebabkan gangguan aktifitas, salah satunya diakibatkan oleh menurunnya kekuatan otot ekstremitas sebagai akibat dari

adanya lesi di korteks motorik. Penurunan kekuatan otot ekstremitas merupakan masalah pribadi dalam melakukan aktifitas sehari – hari (Wildani dkk., 2010).

f) Pola Sensori dan Pengetahuan

Pengkajian sistem sensorik pada klien stroke iskemik yaitu dapat terjadi hemihipestesi. Kehilangan sensori karena stroke dapat berupa kerusakan sentuhan ringan atau mungkin lebih berat, dengan kehilangan proprioepsi (kemampuan untuk merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh) serta kesulitan dalam menginterpretasikan stimuli visual, taktil, dan auditorius (Muttaqin, 2008). Lesi di berbagai titik jalur sensorik menimbulkan gangguan sensorik yang beragam, pada *traktus spinotalamikus* menyalurkan sensasi nyeri, suhu, dan sentuhan kasar, sedangkan pada kolumna posterior menyalurkan sensasi posisi, getaran, dan sentuhan halus (Bickley, 2015).

g) Pola Hubungan Interpersonal dan Peran

Pada pasien stroke iskemik mengalami defisit dalam kemampuan berkomunikasi, termasuk berbicara, dan memahami bahasa lisan. Terjadi jika pusat bahasa primer yang terletak di hemisfer kiri serebelum tidak mendapatkan aliran darah dari arteri serebral tengah karena mengalami stroke, ini terkait erat dengan area wernick dan broca (Smeltzer & Bare, 2002 dalam Julianti, 2013). Apatitis berarti keadaan seseorang tidak peduli, acuh tak acuh dan segan berhubungan dengan orang lain dan lingkungannya (Aprilia & Wreksoatmodjo, 2015).

h) Pola Persepsi dan Konsep diri

Penurunan kemampuan fungsi mobilisasi dan perawatan diri memunculkan rasa frustrasi dan kemarahan terhadap diri sendiri yang mengakibatkan penurunan harga diri, sehingga pada awal serangan penderita stroke cenderung memiliki harga diri rendah. Usaha untuk meningkatkan kemandirian dalam aktivitas kebersihan dan berpakaian memiliki dampak secara luas yaitu salah satunya mengurangi kecemasan yang berkaitan dengan perasaan tidak berdaya pada penderita stroke (Fadlulloh dkk., 2014).

i) Pola Reproduksi dan Seksual

Klien stroke iskemik biasanya terjadi penurunan gairah seksual (Doenges, 2009). Menurut Fadlulloh dkk. (2014), penurunan kemampuan fungsi mobilisasi dan perawatan diri memunculkan rasa frustrasi dan kemarahan terhadap diri sendiri yang mengakibatkan penurunan harga diri, sehingga pada awal serangan penderita stroke cenderung memiliki harga diri rendah.

j) Pola Penanggulangan Stres

Pola penanggulangan stres pada pasien stroke iskemik yaitu, klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berpikir dan kesulitan berkomunikasi (Muttaqin, 2008). Hal ini terjadi adanya kerusakan sel – sel otak dapat menyebabkan kecacatan fungsi sensorik, motorik, maupun kognitif (Harsono, 2008).

k) Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

Pola tata nilai dan kepercayaan, klien biasanya jarang melakukan ibadah spiritual karena tingkah laku yang tidak stabil, kelemahan atau kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (Muttaqin, 2008).

b. Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum pasien stroke iskemik, umumnya mengalami penurunan kesadaran, dan pada tanda – tanda vital : tekanan darah meningkat, dan denyut nadi bervariasi (Muttaqin, 2008). Pada klien dengan stroke iskemik mengalami hipertensi, hal ini karena pada hipertensi dapat menyebabkan gangguan pada autoregulasi otak. Sehingga, dalam tekanan darah yang sama dengan normotensi, jumlah aliran darah yang diterima otak pada klien hipertensi lebih sedikit (Irdelia dkk., 2014).

Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan per sistem (B1-B6) dengan fokus pemeriksaan fisik pada pemeriksaan B3 (Brain) yang terarah dan dihubungkan dengan keluhan – keluhan dari klien (Muttaqin, 2008).

1) B1 (Breathing)

Inspeksi didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas, dan peningkatan frekuensi pernapasan. Auskultasi

bunyi napas tambahan seperti ronkhi pada klien dengan peningkatan produksi sekret. Pada klien dengan tingkat kesadaran compos mentis pada pengkajian inspeksi pernapasan tidak ada kelainan. Palpasi thorax didapatkan taktil fremitus seimbang kanan dan kiri. Auskultasi tidak didapatkan bunyi napas tambahan (Muttaqin, 2008).

2) B2 (Blood)

Pengkajian pada sistem kardiovaskuler didapatkan renjatan (syok) hipovolemik yang sering terjadi pada klien stroke. Tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan bisa terdapat adanya hipertensi masif TD >200mmhg (Muttaqin, 2008).

3) B3 (Brain)

Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologis bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Lesi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya (Muttaqin, 2008).

a) Tingkat Kesadaran menurut Aprilia & Wreksoatmodjo (2015)

Respons Membuka Mata

Membuka spontan : 4

Membuka terhadap perintah/pembicaraan : 3

Membuka mata terhadap rangsang nyeri : 2

Tidak membuka mata : 1

Respons Verbal

Dapat berbicara dan memiliki orientasi baik : 5

Dapat berbicara, namun disorientasi : 4

Berkata – kata tidak tepat dan tidak jelas (*inappropriate words*) : 3

Mengeluarkan suara tidak jelas (*incomprehensive sounds*) : 2

Tidak bersuara : 1

Respons Motorik

Sesuai perintah : 6

Mengetahui lokalisasi nyeri : 5

Reaksi menghindar: 4

Reaksi fleksi - dekortikasi : 3

Reaksi ekstensi - deserebrasi : 2

Tidak berespons : 1

b) Pemeriksaan saraf kranial

(1) Saraf I : Biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman (Muttaqin, 2008).

(2) Saraf II : Disfungsi persepsi visual karena gangguan jarak sensorik primer di antara mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visual – spasial sering terlihat pada klien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh (Muttaqin, 2008).

(3) Saraf III, IV, dan VI : Apabila akibat stroke mengakibatkan paralisis sisi otot – otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral di sisi yang sakit (Muttaqin, 2008). Trombosis dapat terjadi pada sinus venosus lainnya termasuk sinus kavernosus (menyebabkan kelopak mata dan konjungtiva edema dan hiperemis, palsy nervus kranialis III, IV, VI, Va, dan Vb, serta edema pupil) dan sinus lateralis (peningkatan tekanan intrakranial, kejang, dan mengantuk) (Ginsbreg, 2008). Selain mengalami kondisi tersebut, pada klien stroke mengalami pupil asimetrik dan hilangnya reaksi cahaya akibat lesi struktural (Bickley L. S., 2015).

(4) Saraf V : Pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigeminus, didapatkan penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah (Muttaqin, 2008).

(5) Saraf VII : Paralisis wajah karena lesi pada hemisfer yang berlawanan dan mengalami kerusakan pada saraf kranial VII sehingga menyebabkan asimetris pada wajah (Ariani, 2012). Kelemahan atau paralisis wajah dapat terjadi karena lesi perifer di saraf kranial VII atau lesi sentral. Kerusakan saraf kranial VII akibat lesi perifer dapat melumpuhkan salah satu sisi wajah, sedangkan kerusakan saraf kranial VII akibat lesi sentral dikontrol oleh jalur dari kedua sisi korteks, sehingga pada sisi kiri wajah rusak, maka pada sisi wajah kanan dapat utuh (Bickley, 2015).

(6) Saraf VIII : Tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi (Muttaqin, 2008).

(7) Saraf IX dan X : Kemampuan menelan kurang baik, kesukaran membuka mulut (Muttaqin, 2008).

(8) Saraf XI : Tidak ada atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapezius (Muttaqin, 2008).

(9) Saraf XII : Lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi. Indra pengecap normal (Muttaqin, 2008). Selain itu, mengalami lidah mencong ke sisi yang lumpuh jika paresis pada salah satu sisi akibat lesi perifer, dan lidah tidak dapat digerakkan atau dijulurkan jika terjadi paresis pada kedua sisi, hal ini akibat paresis bilateral (Satyanegara, 2014).

4) B4 (Bladder)

Setelah stroke klien mungkin mengalami inkontinensia urin sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk menggunakan urinal karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang – kadang kontrol sfingter urinaritus eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermitten dengan teknik steril. Inkontinensia urin yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas (Muttaqin, 2008).

5) B5 (Bowel)

Imobilisasi yang berkepanjangan dapat mengakibatkan komplikasi pada pasien stroke salah satunya adalah konstipasi (Ginting dkk., 2015). Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas (Muttaqin, 2008). Aktifitas yang kurang akan menyebabkan penurunan tonus otot dimana hal ini akan menyebabkan penurunan fungsi otot abdominal dan otot pelvis, sehingga akan memperlambat pasase feses (Folden, *et al.*, 2002 dalam Setyani, 2012)

6) B6 (Bone)

Stroke adalah penyakit motor neuron atas dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Karena neuron motor atas melintas, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi motor paling umum adalah hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan (Muttaqin, 2008). Selain itu, terjadinya disfungsi motorik yang paling umum pada klien stroke iskemik adalah kelemahan pada satu sisi karena lesi otak yang berlawanan (Sulistiawan & Husna, 2014). Kaji adanya kelumpuhan atau kelemahan, tanda dekubitus karena tirah baring lama, kekuatan otot (Padila, 2012).

7) Pemeriksaan reflek fisiologis dan patologis

Pemeriksaan reflek fisiologis meliputi tendon biceps, triseps, patella, dan achilles. Pemeriksaan reflek patologis meliputi babinski, chaddock, oppenheim, gordon, schaeffer, dan hoffmann-tromner (Aprillia & Wreksoatmodjo, 2015). Kelainan pada *Upper Motor Neuron* (UMN) dapat berupa peningkatan reflek tendon dalam (hiper-refleks), dan terdapat refleksi babinski positif (Satyanegara, 2014).

8) Pemeriksan Meningeal Sign

Pada penderita stroke iskemik tidak terdapat rangsangan meningeal, sedangkan pada stroke hemoragik terdapat rangsangan meningeal (Arofah, 2011).

2.2.2 Diagnosa Keperawatan : Hambatan Mobilitas Fisik (00085)

a. Toksonomi Diagnosa Keperawatan

Domain 4 : Aktivitas/Istirahat

Kelas 2 : Aktivitas/Olahraga

b. Definisi

Keterbatasan dalam gerakan fisik atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah (Heather, 2015).

c. Batasan Karakteristik menurut Heather (2015):

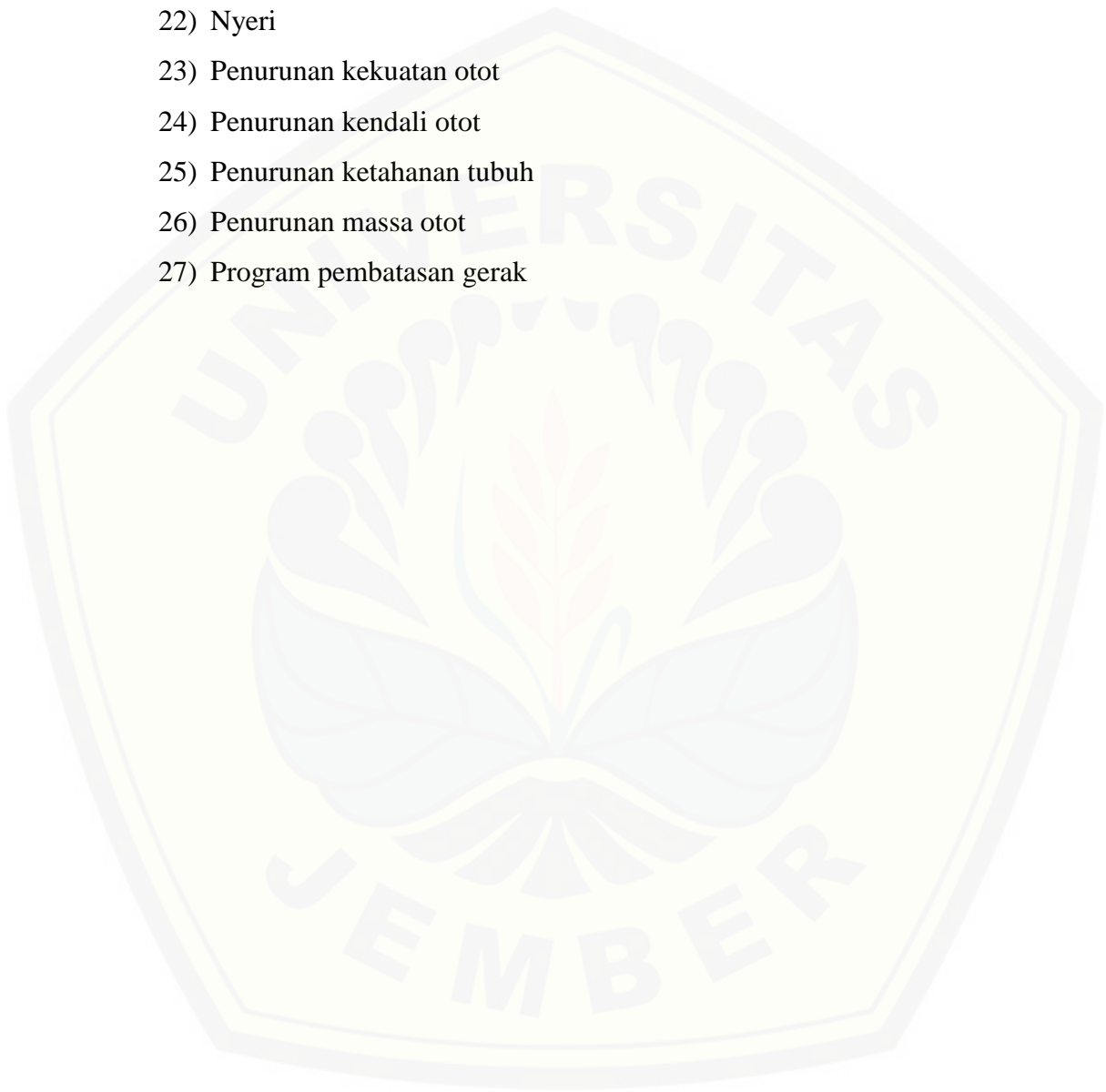
1) Dispnea setelah beraktivitas

- 2) Gangguan sikap berjalan
- 3) Gerakan lambat
- 4) Gerakan spastik
- 5) Gerakan tidak terkoordinasi
- 6) Instabilitas postur
- 7) Kesulitan membolak – balik posisi
- 8) Keterbatasan rentang gerak
- 9) Ketidaknyamanan
- 10) Penurunan kemampuan melakukan keterampilan motorik halus
- 11) Penurunan kemampuan melakukan keterampilan motorik kasar
- 12) Penurunan waktu reaksi
- 13) Tremor akibat gerak

d. Faktor Yang Berhubungan Heather (2015):

- 1) Agens farmaseutikal
- 2) Ansietas
- 3) Depresi
- 4) Fisik tidak bugar
- 5) Gangguan fungsi kognitif
- 6) Gangguan metabolisme
- 7) Gangguan muskuloskeletal
- 8) Gangguan neuromuskular
- 9) Gangguan sensoriperseptual
- 10) Gaya hidup kurang gerak.
- 11) Indeks massa tubuh di atas persentil ke 75 sesuai usia
- 12) Intoleran aktivitas
- 13) Kaku sendi
- 14) Keengganan memulai pergerakan
- 15) Kepercayaan budaya tentang aktivitas yang tepat
- 16) Kerusakan integritas struktur tulang
- 17) Keterlambatan perkembangan

- 18) Kontraktur
- 19) Kurang dukungan lingkungan (mis., fisik atau sosial)
- 20) Kurang pengetahuan tentang nilai aktivitas fisik
- 21) Malnutrisi
- 22) Nyeri
- 23) Penurunan kekuatan otot
- 24) Penurunan kendali otot
- 25) Penurunan ketahanan tubuh
- 26) Penurunan massa otot
- 27) Program pembatasan gerak



2.2.3 Perencanaan Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik

a. Tujuan Kriteria Hasil Hambatan Mobilitas Fisik Moorhead dkk. (2013):

Tabel 2.1 Tujuan dan Kriteria hasil hambatan mobilitas fisik

NOC (Nursing Outcome Classification)	Indikator
Ambulasi	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mampu menopang berat badan dengan skala 5 (tidak terganggu) 2) Mampu berjalan dengan langkah yang efektif, skala 5 (tidak terganggu) 3) Mampu berjalan dengan pelan, skala 5 (tidak terganggu) 4) Mampu berjalan dengan kecepatan sedang dan cepat, skala 5 (tidak terganggu) 5) Mampu berjalan mengelilingi kamar dengan skala 5, (tidak terganggu)
Keseimbangan	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mampu mempertahankan keseimbangan saat duduk tanpa sokongan pada punggung 2) Mampu mempertahankan keseimbangan dari posisi duduk ke posisi berdiri 3) Mampu mempertahankan keseimbangan ketika berdiri 4) Mampu mempertahankan keseimbangan ketika berjalan 5) Mampu mempertahankan keseimbangan ketika berdiri dengan satu kaki 6) Mampu mempertahankan keseimbangan postur
Pergerakan sendi	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mampu melakukan pergerakan sendi : rahang, leher, punggung, jari (kanan/kiri), jempol (kanan/kiri), pergelangan tangan (kanan/kiri), siku (kanan/kiri), bahu (kanan/kiri), pergelangan kaki (kanan/kiri), lutut (kanan/kiri), panggul (kanan/kiri)
Penampilan mekanika tubuh	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mampu menggunakan postur tubuh yang benar untuk berdiri 2) Mampu menggunakan postur tubuh yang benar untuk duduk 3) Mampu menggunakan postur tubuh yang benar untuk berbaring 4) Mampu melakukan teknik mengangkat yang tepat 5) Mampu mempertahankan kekuatan otot 6) Mampu mempertahankan fleksibilitas sendi
Cara berjalan	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mampu mempertahankan keseimbangan saat berjalan dengan skala (tidak terganggu) 2) Mampu melangkah dengan mantap, skala 5 (tidak terganggu) 3) Mampu mempertahankan postur saat berjalan dengan skala 5 (tidak terganggu) 4) Mampu mengayunkan lengan dengan skala 5 (tidak terganggu)
Kemampuan berpindah	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mampu berpindah dari satu permukaan ke permukaan lain sambil berbaring, dengan skala 5 (tidak terganggu) 2) Mampu berpindah dari tempat tidur ke kursi dengan skala 5 (tidak terganggu) 3) Mampu berpindah dari kursi ke tempat tidur dengan skala 5 (tidak terganggu) 4) Mampu berpindah dari kursi ke kursi dengan skala 5 (tidak terganggu) 5) Mampu berpindah dari kursi roda ke toilet, begitu sebaliknya dengan skala 5 (tidak terganggu)
Posisi tubuh : Berinisiatif sendiri	<ol style="list-style-type: none"> 1) Berpindah dari satu sisi ke sisi lain sambil berbaring 2) Bergerak dari depan ke belakang atau sebaliknya (menggeser tubuhnya) 3) Bergerak dari posisi duduk ke posisi berbaring atau sebaliknya 4) Bergerak dari posisi duduk ke posisi berdiri
Integritas jaringan : kulit dan membran mukosa	<ol style="list-style-type: none"> 1) Lesi pada kulit dengan skala 5 (tidak terganggu) 2) Pengelupasan kulit dengan skala 5 (tidak terganggu) 3) Eritema dengan skala 5 (tidak terganggu) 4) Pengerasan kulit dengan skala 5 (tidak terganggu)

NOC (Nursing Outcome Classification)	Indikator
	5) Pigmentasi abnormal dengan skala 5 (tidak terganggu)

b. Intervensi Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Bulechek dkk. (2013):

Tabel 2.2 Intervensi keperawatan hambatan mobilitas fisik

NIC (Nursing Intervention Classification)	Indikator
Pengaturan Posisi	<ol style="list-style-type: none"> 1) Dukung pasien latihan ROM aktif dan pasif. Tatacara penatalaksanaan ROM pasif dapat dilihat pada lampiran 2.4. 2) Posisikan pasien untuk mengurangi dispnea (mis, posisi semifowler) 3) Ubah posisi pasien yang sadar minimal tiap 2 jam (terlentang, miring) 4) Tempatkan pasien di atas matras 5) Jelaskan pada pasien bahwa (badan) pasien akan dibalik 6) Masukkan posisi tidur yang diinginkan ke dalam rencana perawatan jika tidak ada kontraindikasi 7) Minimalisir gesekan dan cedera ketika memposisikan dan membalikkan tubuh pasien 8) Tinggikan kepala tempat tidur
Terapi latihan : Mobilitas (pergerakan) sendi	<ol style="list-style-type: none"> 1) Independen : <ol style="list-style-type: none"> a) Jelaskan pada pasien atau keluarga manfaat dan tujuan melakukan latihan sendi b) Monitor lokasi dan adanya nyeri dan ketidaknyamanan selama pergerakan c) Bantu pasien untuk duduk di tempat tidur, disamping tempat tidur atau dikursi. d) Pakaikan baju yang tidak menghambat pergerakan pasien e) Dukung ambulasi, jika memungkinkan f) Latihan ROM aktif asistif : teknik <i>spherical grip</i>. Tatacara penatalaksanaan <i>spherical grip</i> dapat dilihat pada lampiran 2.5. 2) Kolaborasi : <ol style="list-style-type: none"> a) Kolaborasi dengan ahli terapi fisik dalam mengembangkan dan menerapkan sebuah program latihan
Terapi Latihan : Ambulasi	<ol style="list-style-type: none"> 1) Independen : <ol style="list-style-type: none"> a) Bantu pasien untuk berdiri dan berjalan dengan jarak tertentu b) Bantu pasien untuk duduk di sisi tempat tidur c) Bantu pasien untuk menggunakan alas kaki yang memfasilitasi pasien untuk berjalan dan mencegah cedera d) Bantu pasien untuk perpindahan 2) Kolaborasi : <ol style="list-style-type: none"> a) Konsultasikan pada ahli terapi fisik mengenai rencana ambulasi

NIC (Nursing Intervention Classification)	Indikator
Terapi latihan : Kontrol otot	<ol style="list-style-type: none"> 1) Independen : <ol style="list-style-type: none"> a) Tentukan kesiapan pasien untuk terlibat dalam aktivitas b) Evaluasi fungsi sensori (misalnya: penglihatan, pendengaran, dan perabaan) c) Jelaskan rasionalisasi latihan pada pasien dan keluarga d) Bantu pasien untuk posisi duduk atau berdiri untuk melakukan latihan e) Ulangi instruksi yang dilakukan pada pasien mengenai cara yang tepat dalam melakukan latihan untuk meminimalkan cedera 2) Kolaborasi : <ol style="list-style-type: none"> a) Kolaborasi dengan ahli terapi fisik, okupasional dan rekreasi dalam mengembangkan dan menerapkan program latihan b) Konsultasikan dengan ahli terapi fisik untuk menentukan posisi optimal bagi pasien selama latihan dan jumlah pengulangan untuk setiap pola gerakan
Perawatan tirah baring	<ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan dilakukannya tirah baring 2) Tempatkan matras atau kasur terapeutik dengan cara yang tepat 3) Posisikan sesuai body alignment yang tepat 4) Jaga kain linen kasur tetap bersih, kering dan bebas kerutan 5) Monitor kondisi kulit pasien 6) Balikkan pasien sesuai dengan kondisi kulit 7) Balikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam 8) Bantu menjaga kebersihan 9) Monitor komplikasi dari tirah baring

c. Intervensi keperawatan lain

1) Latihan Mobilisasi

Mobilisasi dini meliputi latihan *Range of Motion* (ROM) dan pemberian posisi sebagai bentuk latihan rehabilitasi dan efektif digunakan untuk mencegah kecacatan pada pasien stroke. Dampak stroke pada aspek fisik adalah adanya kelemahan atau kekakuan dan kelumpuhan pada tangan dan kaki. Kekuatan otot menjadi berkurang dan ekstremitas cenderung jatuh ke sisi, tangan dan kaki terasa berat sehingga pasien tidak mampu untuk menjaga keseimbangan (Gusty, 2012). Satuan acara penyuluhan ROM (*Range of Motion*) dilihat pada lampiran 2.2.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Gusty (2012) pada kemampuan motorik fungsional pasien paska stroke iskemik, didapatkan latihan mobilisasi dini memberikan pengaruh terhadap kekuatan otot, tonus otot, dan kemampuan motorik fungsional pada hemiparese pasien stroke iskemik. Latihan mobilisasi yang dilakukan dibedakan menjadi dua kelompok yaitu, kelompok dengan perlakuan sebanyak 2 kali sehari dengan kelompok perlakuan 3 kali sehari selama 7 hari. Didapatkan peningkatan lebih baik pada tonus otot, kekuatan otot dan kemampuan motorik fungsional kelompok yang mendapat terapi 3 kali sehari daripada 2 kali sehari. Hal ini merujuk pada penelitian tersebut, pada klien 1 sesuai dilakukan intervensi keperawatan selama 7 hari.

Perkiraan waktu yang diperlukan pada terapi latihan : mobilitas (pergerakan) sendi yaitu 16 – 30 menit, terapi latihan : ambulasi yaitu 15 menit atau kurang, pengaturan posisi yaitu 16 – 30 menit, dan perawatan tirah baring yaitu 16 – 30 menit (Wilkinson & Ahern, 2011). Pada fase akut stroke adalah jangka waktu antara awal mulai serangan stroke yang berlangsung sampai satu minggu (Bahrudin, 2012). Masa pemulihan fungsi neuron pada stroke iskemik bisa terjadi setelah 2 minggu serangan infark dan mencapai pemulihan sempurna pada minggu ke 8 (Pemila dkk., 2010). Menurut AHA (*American Heart Association*) dan NSA (*National Sheep Association*) perawatan pada pasien stroke harus dilakukan dalam waktu 36 jam pertama terkena serangan untuk mendapatkan hasil yang baik saat pulang (Damhudi dkk., 2012).

2) Teknik *spherical grip*

Latihan *spherical grip* merupakan latihan fungsional tangan dengan cara menggenggam sebuah benda berbentuk bulat seperti bola pada telapak tangan. Latihan ini dilakukan melalui tiga tahap yaitu membuka tangan, menutup jari – jari untuk menggenggam objek dan mengatur kekuatan menggenggam (Irfan, 2010). Satuan acara penyuluhan *spherical grip* dilihat pada lampiran 2.3.

3) Teknik *cylindrical grip*

Teknik *cylindrical grip* merupakan latihan fungsional tangan dengan cara menggenggam sebuah benda berbentuk silindris seperti tissue gulung pada telapak tangan untuk menunjang pemulihan fungsi tangan (Irfan, 2010).

Terdapat penelitian yang menunjukkan mengalami peningkatan pada kekuatan otot, yaitu klien dengan stroke iskemik diberikan intervensi latihan teknik *cylindrical grip*, sebelumnya memiliki kekuatan otot derajat 3 dan setelah hari ke 7 menunjukkan peningkatan kekuatan otot derajat 5. Latihan ini dilakukan rutin 2 kali sehari yaitu pagi dan sore (Wahyuningsih dkk., 2013).

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik (Lyer *et al.*, 1996). Tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditujukan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana intervensi yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor – faktor yang memengaruhi masalah kesehatan klien (Nursalam, 2008).

Tindakan latihan teknik *spherical grip*:

Berdasarkan hasil penelitian dari *spherical grip* dan *cylindrical grip*, menunjukkan bahwa peningkatan kekuatan otot yang terjadi pada kelompok *spherical grip* lebih baik dari pada kelompok *cylindrical grip*, yaitu dilihat dari mean rank *spherical grip* (13,92) lebih besar dari mean rank *cylindrical grip* (13,08) (Mardati dkk., 2014).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut Craven dan Hirnle (2000), evaluasi keperawatan didefinisikan sebagai keputusan dari efektifitas asuhan keperawatan antara dasar tujuan keperawatan klien yang telah ditetapkan dengan respons perilaku klien yang tampil. Sementara itu, menurut Potter dan Perry (2005), evaluasi keperawatan adalah kategori perilaku keperawatan dalam menentukan pembuatan dan pencatatan hasil tindakan keperawatan yang telah dicapai (Sunaryo dkk., 2016).

Tujuan evaluasi adalah melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan. Hal ini dapat dilaksanakan dengan melihat respon klien terhadap asuhan keperawatan yang diberikan sehingga perawat dapat mengambil keputusan (Lyer *et al*, 1996 dalam Nursalam, 2008) :

- a. Mengakhiri rencana asuhan keperawatan (jika klien telah mencapai tujuan yang ditetapkan)
- b. Memodifikasi rencana asuhan keperawatan (jika klien mengalami kesulitan untuk mencapai tujuan)
- c. Meneruskan rencana asuhan keperawatan (jika klien memerlukan waktu yang lebih lama untuk mencapai tujuan)

Evaluasi kriteria hasil hambatan mobilitas fisik menurut Wilkinson & Ahern (2011) yaitu :

- 1) Pasien akan memperlihatkan penggunaan alat bantu secara benar dengan pengawasan
- 2) Pasien akan meminta bantuan untuk aktivitas mobilisasi
- 3) Pasien akan melakukan aktivitas kehidupan sehari – hari secara mandiri dengan alat bantu
- 4) Pasien akan menyangga berat badan
- 5) Pasien akan berjalan dengan menggunakan langkah – langkah yang benar sejauh (sebutkan jarak)
- 6) Pasien akan berpindah dari dan ke kursi atau kursi roda
- 7) Pasien akan menggunakan kursi roda secara aktif

BAB 3. METODE PENELITIAN

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

3.1 Desain Penulisan

Desain penulisan menggunakan laporan kasus, yaitu suatu karangan ilmiah yang berisi laporan tentang sesuatu hasil pengamatan atau tindakan dalam memecahkan suatu masalah yang belum banyak diketahui (Haryanto, Ruslijanto, & Mulyono, 2000). Pelaporan tentang klien terjadi diantara anggota kesehatan. Pelaporan ini meliputi kesimpulan dari aktivitas, observasi yang dilihat, ditampilkan atau didengar (Muhlisin, 2011).

Pada penelitian ini digunakan laporan kasus asuhan keperawatan stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik di ruang melati RSUD Dr.Haryoto Lumajang.

3.2 Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Batasan istilah dalam laporan kasus ini adalah asuhan keperawatan pada pasien stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik. Adapun istilah – istilah yang digunakan dalam laporan kasus ini meliputi asuhan keperawatan, stroke iskemik, dan hambatan mobilitas fisik.

3.2.1 Asuhan Keperawatan

Penulis mendefinisikan asuhan keperawatan sebagai suatu proses dokumentasi keperawatan yang dimulai dari pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, merencanakan suatu intervensi keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan yang telah direncanakan, kemudian melakukan evaluasi setelah dilakukan tindakan yang dilakukan penulis kepada klien stroke iskemik di pelayanan Rumah Sakit.

3.2.2 Stroke Iskemik

Pada laporan kasus ini yang dimaksud klien stroke iskemik adalah 2 (dua) orang klien yang didiagnosa stroke iskemik/CVD/CVA dalam rekam medik klien dengan hasil CT scan yang menunjukkan infark pada cerebral.

3.2.3 Hambatan Mobilitas Fisik

Hambatan mobilitas fisik merupakan keterbatasan dalam gerakan fisik atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah (Heather, 2015). Klien yang mengalami hambatan mobilitas fisik adalah dua klien stroke iskemik yang memenuhi 6 batasan karakteristik menurut Heather (2015):

- a. Gerakan lambat
- b. Instabilitas postur
- c. Kesulitan membolak balik posisi
- d. Keterbatasan rentang gerak
- e. Penurunan kemampuan melakukan keterampilan motorik kasar
- f. Penurunan kemampuan melakukan keterampilan motorik halus

3.3 Partisipan

Partisipan dalam penyusunan laporan kasus ini adalah dua klien yang memenuhi kriteria berikut:

- 3.3.1 Didiagnosa stroke iskemik atau CVA/CVD dalam rekam medik klien dengan hasil CT scan menunjukkan infark pada cerebral
- 3.3.2 Dirawat di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang
- 3.3.3 Tidak mengalami penurunan kesadaran
- 3.3.4 Klien atau keluarga klien yang bersedia menyetujui *informed consent*. Surat *informed consent* dapat dilihat pada lampiran 3.2.
- 3.3.5 Mengalami diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik

3.4 Lokasi dan Waktu

Pengambilan laporan kasus ini dilaksanakan penulis di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang pada bulan Juli – Agustus 2018, selama 6 hari pada klien 1,

sedangkan selama 5 hari pada klien 2. Jadwal penyelenggaraan laporan tugas akhir dilihat pada lampiran 3.1.

3.5 Pengumpulan Data

Proses pengumpulan data pada penelitian kualitatif terdiri dari macam – macam data, sumber data, serta beberapa metode pengumpulan data terdiri dari wawancara, observasi, dan studi dokumen (Afiyanti & Rachmawati, 2014).

3.5.1 Macam – macam Data

a. Data Primer

Data primer diperoleh dari sumber primer, yaitu penulis melakukan observasi secara langsung terhadap klien stroke iskemik.

b. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari sumber sekunder, yaitu penulis melakukan wawancara secara langsung terhadap keluarga klien stroke iskemik dan dengan melihat rekam medik klien.

3.5.2 Sumber Data

a. Data Subjektif

Data subjektif didapatkan langsung dari klien dengan cara penulis melakukan wawancara secara langsung kepada klien, yaitu penulis menanyakan keluhan utama yang dirasakan pada klien stroke iskemik.

b. Data Objektif

Data objektif didapatkan penulis dengan cara melakukan pemeriksaan fisik dan observasi secara langsung terhadap keadaan umum klien stroke iskemik.

3.5.3 Metode Pengumpulan Data

a. Wawancara

Data – data yang perlu ada dalam kegiatan wawancara pada penderita stroke iskemik dengan hambatan mobilitas fisik, yaitu dengan melakukan anamnesis.

Anamnesis yang dilakukan penulis yaitu dengan melakukan wawancara terhadap identitas diri, keluhan utama, riwayat penyakit, dan pola perubahan kesehatan.

b. Observasi

Data – data yang ada dalam kegiatan observasi pada penderita stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik, yaitu dengan melakukan pemeriksaan fisik seperti menilai kekuatan otot klien, menilai refleks fisiologis dan patologis pada klien.

c. Studi Dokumen

Penulis menggunakan studi dokumen terhadap klien stroke iskemik dengan melihat hasil rekam medis, *CT-scan*, foto thorax, dan hasil laboratorium.

3.6 Uji Keabsahan Data

Terdapat macam – macam keabsahan data pada penelitian kualitatif menurut Afyanti & Rachmawati (2014), yaitu :

3.6.1 Kredibilitas (Keterpercayaan) Data

Kredibilitas suatu data dihasilkan dari studi laporan kasus yang dilakukan oleh penulis dengan melakukan wawancara terhadap klien. Wawancara yang dilakukan oleh penulis di validasi dengan melakukan wawancara terhadap keluarga klien, melakukan observasi, serta dengan melihat hasil rekam medis klien.

3.6.2 Transferabilitas atau Keteralihan Data

Transferabilitas suatu data yang dilakukan oleh penulis yaitu melakukan validasi ulang dengan melakukan evaluasi setelah melakukan tindakan keperawatan. Validasi data yang dilakukan dengan memberikan pertanyaan terkait keluhan klien kepada klien dan keluarga klien.

3.6.3 Dependabilitas (Ketergantungan)

Dependabilitas yang dilakukan oleh penulis dengan melakukan pengkajian keperawatan sampai dengan intervensi keperawatan sehingga penulis dapat memutuskan untuk melakukan implementasi yang sama pada 2 partisipan stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik.

3.6.4 Konfirmabilitas

Konfirmabilitas menggunakan aspek objektivitas pada penelitian kuantitatif, namun tidak persis sama arti keduanya, yaitu kesediaan peneliti untuk mengungkap secara terbuka proses dan elemen – elemen penelitiannya. Cara peneliti menginterpretasikan, mengimplikasikan, dan menyimpulkan konfirmabilitas temuannya dapat melalui audit trial dan menggunakan teknik pengambilan sampel yang ideal.

3.7 Penyusunan Laporan Kasus

Analisis data pada pendekatan kualitatif merupakan analisis yang bersifat subjektif karena peneliti adalah instrumen utama untuk pengambilan data dan analisis data penelitiannya. Surat ijin penyusunan laporan tugas akhir dilihat pada lampiran 3.3. Secara umum kegiatan analisis data pada pendekatan kualitatif memiliki lima tahap penting (Creswell, 2013) yang perlu dilakukan peneliti menurut Afyanti & Rachmawati (2014), yaitu :

- 3.7.1 Mempersiapkan standar operasional prosedur. Surat ijin pengambilan data dilihat pada lampiran 3.4.
- 3.7.2 Mengorganisasikan data (misal : teks data dalam bentuk transkrip atau data dalam bentuk foto, lukisan atau bentuk fotografi)
- 3.7.3 Mereduksi data ke dalam bentuk tema – tema yang saling berhubungan melalui proses koding
- 3.7.4 Membuat ringkasan / kondensasi kode – kode yang telah dihasilkan
- 3.7.5 Mempresentasikan data tersebut dalam bentuk gambar, tabel, atau materi diskusi.

3.8 Etika Penulisan

Prinsip dasar etik merupakan landasan untuk mengatur kegiatan suatu penelitian. Pengaturan ini dilakukan untuk mencapai kesepakatan sesuai kaidah penelitian antara peneliti dan subjek penelitian. Subjek pada penelitian kualitatif adalah manusia dan peneliti wajib mengikuti seluruh prinsip etik penelitian

selama melakukan penelitian (Afiyanti & Rachmawati, 2014). Lembar kesediaan penguji dilihat pada lampiran 3.5.

Beberapa prinsip etik pada pendekatan kualitatif menurut Afiyanti & Rachmawati (2014), yaitu :

3.8.1 Prinsip Menghargai Harkat dan Martabat Partisipan

Penerapan prinsip ini dilakukan oleh penulis dengan menuliskan inisial klien pada saat penulis melakukan pengkajian sebagai bentuk *anonymity*, tidak memberikan hasil pengkajian penulis kepada orang lain yang tidak memiliki kewenangan untuk mengetahui data tersebut sebagai bentuk *confidentiality*, dan menutup bagian tubuh yang menjadi rahasia klien pada saat dilakukan pemeriksaan fisik sebagai bentuk menghargai *privacy* dan *dignity* serta menghormati otonomi (*respect for autonomy*).

3.8.2 Prinsip Memerhatikan Kesejahteraan Partisipan

Penerapan prinsip ini dilakukan penulis dengan melakukan tindakan kepada klien sesuai dengan standar operasional prosedur yang telah ada, dan tetap memperhatikan kondisi klien guna menghindari kelelahan pada klien. Daftar hadir utek komprehensif dilihat pada lampiran 3.6.

3.8.3 Prinsip Keadilan (Justice) untuk Semua Partisipan

Penerapan prinsip ini dilakukan oleh penulis dengan memberikan intervensi secara umum dan khusus kepada kedua klien. Intervensi khusus yang dilakukan yaitu latihan teknik *spherical grip* terhadap kedua klien, dan tidak melakukan perbandingan pada kedua klien yang artinya penulis tidak membedakan klien 1 dengan klien 2 walaupun klien 2 memiliki kondisi yang lebih buruk dari klien 1.

3.8.4 Persetujuan Setelah Partisipan (*Informed Consent*)

Penerapan prinsip ini dilakukan oleh penulis dengan memberikan *informed consent* kepada klien dan keluarga sebelum dilakukan asuhan keperawatan dan tindakan yang telah direncanakan baik rencana tindakan secara umum maupun khusus.

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan pada klien stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik didapatkan data berjenis kelamin perempuan, usia diatas 55 tahun, yang menjadi keluhan utama klien yaitu tangan dan kaki tidak dapat digerakkan, bicara pelo atau kesulitan bicara, mulut mencong, ditandai dengan kelemahan otot pada salah satu ekstremitas atas dan bawah, yaitu kekuatan otot berada pada derajat 0 – 1, serta pada pola tatalaksana klien yaitu klien jarang memeriksakan kondisi kesehatannya ke pelayanan kesehatan.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada klien stroke iskemik memiliki masalah keperawatan yaitu hambatan mobilitas fisik dengan gangguan neuromuskular. Terdapat 9 batasan karakteristik yang muncul pada klien stroke iskemik dari 14 batasan karakteristik menurut NANDA (2015). Batasan karakteristik yang sama muncul pada klien yaitu gangguan sikap berjalan, gerakan lambat, gerakan tidak terkoordinasi, instabilitas postur, kesulitan membolak balik posisi, keterbatasan rentang gerak, penurunan kemampuan melakukan keterampilan motorik kasar dan halus, serta penurunan waktu reaksi.

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada klien stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik memiliki 5 intervensi keperawatan berdasarkan NIC (2013), dan yang digunakan terdapat 3 intervensi keperawatan yaitu pengaturan posisi, terapi latihan mobilitas sendi, dan perawatan tirah baring. Latihan mobilitas sendi yang dilakukan pada klien stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mbolitas fisik yaitu latihan ROM pasif dan ROM Aktif Asisitif : teknik *spherical grip*.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada klien stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik sesuai dengan intervensi keperawatan yaitu pengaturan posisi, terapi latihan mobilitas sendi, dan perawatan tirah baring.

5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pada klien stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik yang berhasil dilakukan yaitu dari 8 kriteria hasil menurut NOC (2013), pada klien stroke iskemik terdapat 3 kriteria hasil yang berhasil dilakukan. Tercapainya suatu kriteria hasil tersebut dapat dicapai pada hari ke tiga setelah dilakukan tindakan pada hari ke dua.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Penulis

Diharapkan penulis dapat menerapkan ilmu dan pengalaman yang didapat dalam pemberian Asuhan Keperawatan pada klien stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik di ruang Interna 8 RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2017 sebagai acuan dan arahan dalam melakukan asuhan keperawatan.

5.2.2 Bagi Perawat

Diharapkan perawat mampu memberikan proses asuhan keperawatan stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik. Hal ini dikarenakan hambatan mobilitas fisik pada klien stroke iskemik dapat menimbulkan komplikasi berupa kontraktur sendi dan luka dekubitus. Perawat perlu melakukan tindakan keperawatan yang tepat seperti melakukan latihan mobilitas (pergerakan) sendi, pengaturan posisi, menjaga kebersihan tubuh dan lingkungan klien, dan banyak memberikan edukasi pada klien dan keluarga.

5.2.3 Bagi Keluarga

Diharapkan keluarga mampu membantu beberapa atau semua aktifitas yang dibutuhkan oleh klien. Keluarga juga perlu melakukan perawatan pada klien stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik yang telah diajarkan oleh penulis. Hal ini bertujuan supaya keluarga dapat berperan aktif dalam penyembuhan klien, serta dapat mengurangi kejadian stroke berulang pada klien, dan pada klien yang mengalami stroke berulang, keluarga dapat memantau kondisi klien.

5.2.4 Bagi RSUD dr.Haryoto Lumajang

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

5.2.5 Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan penulis selanjutnya mampu mengidentifikasi dengan baik dan cermat masalah dan keluhan pasien dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik pada klien stroke iskemik, sehingga pengaplikasian asuhan keperawatan dapat dilakukan secara maksimal serta dapat melakukan kolaborasi dengan tim dari petugas kesehatan yang lain. Berdasarkan laporan kasus penulis, pada klien dilakukan tindakan latihan mobilitas fisik, pengaturan posisi, latihan ambulasi dan perawatan tirah baring. Hasil yang didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan tersebut terdapat hasil yang berbeda pada kedua klien, sehingga diharapkan pada penulis selanjutnya untuk lebih memfokuskan tindakan yang tepat pada klien dengan memperkirakan waktu yang dibutuhkan untuk proses pemulihan pada klien.

Berdasarkan hasil implementasi dan evaluasi pada klien stroke iskemik setelah dilakukan tindakan latihan ROM Aktif Asistif : teknik *spherical grip*, terdapat hasil yang tidak menunjukkan perkembangan pada kekuatan otot ketika

klien menggenggam. Hal ini dikarenakan kekuatan otot pada klien stroke iskemik memiliki derajat kekuatan otot antara 0 sampai 1. Selain kondisi tersebut, tindakan yang dilakukan sehari sebanyak satu kali oleh penulis selama 5 sampai 6 hari, dan penulis telah mengajarkan dan menganjurkan kepada keluarga untuk dilakukan latihan tersebut ketika tidak ada penulis, namun penulis tidak mengetahui apakah dilakukan atau tidak oleh keluarga, hal inilah yang menjadi salah satu faktor ketidakberhasilan pada latihan ROM Aktif Asistif : teknik *spherical grip*. Jadi, dengan kondisi tersebut diharapkan penulis selanjutnya mampu menganalisa kekuatan otot pada klien stroke iskemik dengan hambatan mobilitas fisik supaya dapat menghindari faktor ketidakberhasilan dari latihan tersebut, sehingga penulis selanjutnya mampu memperkirakan waktu yang dibutuhkan untuk dilakukan latihan tersebut, serta mampu melakukan latihan ROM Aktif Asistif : teknik *spherical grip* dengan rutin sebanyak minimal dua kali sehari.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdillah, R., A. Kusnandar, dan Anggadireja. 2017. Dampak terapi sitikolin, sosiodemografi dan komorbiditas terhadap nilai gcs pasien stroke di RSUP dr. M Djamil Padang. *Jurnal Sains dan Teknologi Farmasi*. 19(1): 89-94.
- Adientya, G. dan F. Handayani. 2012. Stress pada kejadian stroke. *Jurnal Nursing Studies*. 1(1): 184-187.
- Afiyanti, Y. dan I. N. Rachmawati. 2014. *Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Riset Keperawatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Aini, F., dan H. Purwaningsih. 2013. Pengaruh alih baring terhadap kejadian dekubitus pada pasien stroke yang mengalami hemiparesis di ruang Yudistira di RSUD Kota Semarang. 3-4.
- Anurogo, D. 2014. *45 Penyakit dan Gangguan Saraf*. Yogyakarta: Rappa Publishing.
- Aprilia, M., dan B. R. Wreksoatmodjo. 2015. Pemeriksaan neurologis pada kesadaran menurun. *CDK*. 42(10): 781-784.
- Ariani, T. A. 2012. *Sistem Neurobehaviour*. Jakarta Selatan: Salemba Medika.
- Arofah, A. N. 2011. Penatalaksanaan stroke trombotik : peluang peningkatan prognosis pasien. 7(14): 66-68.
- Bachtiar, A., N. Hidayah, dan Ratih. 2015. Fungsi *range of motion* (ROM) pada penderita stroke pasca perawatan rumah sakit. *Jurnal Keperawatan Terapan*. 1(1): 1.
- Bahrudin, M. 2012. Model diagnostik stroke berdasarkan gejala klinis. *Saintika Medika*. 6(2): 85.
- Batticaca, F. B. 2008. *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem PERSYARAFAN*. Jakarta: Salemba Medika.
- Bickley, L. S. 2015. *Buku Ajar Pemeriksaan Fisik & Riwayat Kesehatan*. Jakarta: EGC.

- Black, J. M. dan J. H. Hawks. 2014. *Keperawatan Medikal Bedah Manajemen Klinis Untuk Hasil yang Diharapkan Edisi 8*. Singapore: Elsevier.
- Bulecheck, G. M. 2013. *Nursing Intervention Classification (NIC)*. 6th Edition. Mosby : Elsevier Inc. Terjemahan oleh I. Nurjannah. dan R. D. Tumanggor. 2016. *Nursing Intervention Classification (NIC)*. Edisi Keenam. Yogyakarta: Mocomedia.
- Bustan, M. 2007. *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Cempakaningroem, S. D., S. P. Kristiyawati, dan S. E Ch. Purnomo. 2015. Tingkat akurasi pemeriksaan bladder scan dengan kateterisasi intermitten pada pasien stroke dengan retensi urine. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*. II(3): 2.
- Corwin, E. J. 2008. *Handbook Of Pathophysiology*. Third Edition. USA: Lippincott Williams & Wilkins. Terjemahan oleh E. K. Yudha., E. Wahyuningsih., D. Yulianti, dan P. E. Karyuni. 2009. *Buku Saku Patofisiologi*. Edisi Ketiga. Jakarta: EGC
- Damawiyah, S. 2015. Pengaruh Penerapan Discharge Planning Dengan Pendekatan Family Centered Nursing Terhadap Motivasi Dan Kesiapan Keluarga Dalam Merawat Pasien Stroke Pasca Akut Di Rs. Islam Surabaya. *Tesis*. Semarang: Program Studi Magister Keperawatan.
- Damhudi, D., D. Irawaty, dan Rr. T. S. Hariyati. 2012. Efektifitas metode nhss dan ess dalam membuat diagnosa keperawatan aktual pada pasien stroke berat fase akut. *Jurnal Keperawatan Indonesia*. 15(1): 7.
- Darmawan, A., D. Tugasworo, dan T. G. D. Pelayun. 2011. Hiperglikemia dan aterosklerosis arteri karotis interna pada penderita pasca stroke iskemik. *Media Medika Indonesiana*. 45(1): 2.
- Dewanto, G. 2007. *Panduan Praktis Diagnosis & Tatalaksana Penyakit Saraf*. Jakarta: EGC.
- Djayasaputra, L. 2013. *Buku Saku Patofisiologi Menjadi Sangat Mudah*. Jakarta: EGC.
- Doenges, M. E. 2009. *Rencana Asuhan Keperawatan : Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien, Edisi 3*. Jakarta: EGC.

- Effendi, T. 2006. *Meraih Sukses Dengan Pencerahan Diri*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.
- Esther, C. 2010. *Patofisiologi Aplikasi pada Praktek Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Fadlulloh, S. F., A. S. Upoyo, dan Y. D. Hartanto. 2014. Hubungan tingkat ketergantungan dalam pemenuhan aktivitas kehidupan srhari - hari dengan harga diri penderita stroke di poliklinik syaraf RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. *Jurnal Keperawatan Soedirman*. 9(2): 134.
- Feign, V. 2007. *Stroke*. Jakarta: PT Bhuana Ilmu Populer.
- Ginsbrenng, L. 2008. *Lecture Notes Neurologi*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Ginting, D. Br., A. Waluyo, dan L. Sukmarini. 2015. Mengatasi konstipasi pasien stroke dengan masase abdomen dan minum air putih hangat. *Jurnal Keperawatan Indonesia*. 18(1): 24.
- Gusty, R. P. 2012. Efektivitas pemberian mobilisasi dini terhadap tonus otot, kekuatan otot, dan kemampuan motorik fungsional pasien hemiparise paska stroke iskemik. *Ners Jurnal Keperawatan*. 8(1): 45-46.
- Hariandja, J. R. O. 2013. Identifikasi Kebutuhan Akan Sistem Rehabilitasi Berbasis Teknologi Terjangkau Untuk Penderita Stroke Di Indonesia. Parahyangan: Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat.
- Harsono. 2008. *Buku Ajar Neurologi Klinis : Edisi 1*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Heather, H. T. 2015. *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi*. Jakarta: EGC.
- Hidayati, N., dan V. Violita. 2015. Peran pendampingan keluarga pasien stroke dengan motivasi pasien melaksanakan ROM aktif. *Journals Of Ners Community*. 6(1): 102.
- Huda, N. 2012. Pengaruh posisi miring untuk mengurangi luka tekan pada pasien dengan gangguan persyarafan. *Jurnal Ilmiah Keperawatan*. 3(2): 28.
- Humam, H., dan R. Lisiswanti. 2015. Pengaruh tomat (*Solanum Lycopersicum*) terhadap stroke. *Majority*. 4(9): 90.

- Irdelia, R. R., A. T. Joko, dan E. Bebasari. 2014. Profil faktor risiko yang dapat dimodifikasi pada kasus stroke berulang di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau. *Jom FK*. 1(2): 9.
- Irfan, M. 2010. *Fisioterapi Bagi Insan Stroke Edisi 1*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Iroth, J. S., R. A. Ahmad, dan R. Pinzon. 2016. Dampak penerapan clinical pathway terhadap biaya perawatan pasien stroke iskemik akut di RS Bethesda Yogyakarta. *Berkala Imiah Kedokteran Duta Wacana*. 2(1): 274.
- Julianti, E. 2013. Pengalaman Caregiver Dalam Merawat Pasien Pasca Stroke. *Skripsi*. Jakarta: Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah.
- Junaidi, I. 2011. *Stroke Waspadai Ancamannya (Panduan Stroke Paling Lengkap)*. Yogyakarta: Penerbit Andi.
- Kabi, G. Y. C. R., R. Tumewah, dan M. A. H. N. Kembuan. 2015. Gambaran faktor risiko pada penderita stroke iskemik yang di rawat inap Neurologi RSUP PROF. Dr. R. D Kandou Manado Periode Juli 2012 - Juni 2013. *Jurnal e-clinic*. 3(1): 458.
- Khairunnisa, N., dan Fitriyani. 2014. Hemiparese sinistra, parese nervus VII,IX,X,XII e.c stroke non hemoragik. *Medula*. 2(3): 53.
- Kowalak, J. P., W. Welsh, dan B. Mayer. 2003. *Professional Guide To Pathophysiology*. USA: Lippincott Williams Wilkins. Terjemahan oleh R. Komalasari., A. O. Tampubolon, dan M. Ester. 2011. *Buku Ajar Patofisiologi*. Jakarta: EGC.
- Lingga, L. 2013. *All about stroke: Hidup sebelum dan pasca stroke*. Jakarta: Gramedia.
- Mahmudah, R. 2014. Left hemiparesis e.c hemorrhagic stroke. *Medula*. 2(4): 74-75.
- Mardati, L., D. Setyawan, dan M. A. B. Kusuma. 2014. Perbedaan *range of motion spherical grip* dan *cylindrical grip* terhadap kekuatan otot ekstremitas atas pada pasien stroke di RSUD Tugurejo Semarang. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*. 6.

- Maukar, M., A. Y. Ismanto, dan R. Kundre. 2013. Hubungan pola makan dengan kejadian stroke non hemoragik. 5.
- Moorhead, S., M. Johnson., M. L. Maas, dan E. Swanson. 2013. *Nursing Outcome Classification (NOC)*. 5th Edition. Mosby: Elsevier Inc. Terjemahan oleh I. Nurjannah. dan R. D. Tumanggor. 2016. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. Edisi Kelima. Yogyakarta: Mocomedia.
- Mubarak, W. I. dan N. Cahyatin. 2009. *Ilmu Keperawatan Komunitas : Pengantar dan Teori*. Jakarta: Salemba Medika.
- Muhlisin, A. 2011. *Dokumentasi Keperawatan*. Yogyakarta: Gosyen Publishing
- Murtaqib. 2013. Pengaruh latihan *range of motion* (ROM) aktif terhadap perubahan rentang gerak sendi pada penderita stroke di Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember. *Jurnal Ikesma*. 9(2): 107-110.
- Murti, A. S. 2014. Asuhan Keperawatan Pada Tn. M Dengan Gangguan Sistem Persarafan: Stroke Non Hemoragik di Ruang Anggrek Rumah Sakit Umum Daerah Pandan Arang Boyolali. *Naskah Publikasi*. Surakarta: Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah.
- Mustafiza, P. V. 2010. Hubungan Antara Hiperurisemia Dengan Hipertensi. *Skripsi*. Surakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret.
- Muttaqin, A. 2008. *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nasution, LF. 2013. Stroke non hemoragik pada laki – laki usia 65 tahun. *Medula*. 1(3): 2.
- Nursalam. 2008. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan, Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika.
- Padila. 2012. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Patricia, H., M. A. H. N. Kembuan, dan M. J. Tumboimbela. 2015. Karakteristik penderita stroke iskemik yang di Rawat Inap Di RSUP Prof. Dr. R.D Kandou Manado. *Jurnal e-clinic*. 3(1): 446.

- Pemila, U., R. Sitorus, dan S. P. Hastono. 2010. Penurunan risiko kambuh dan lama rawat pada klien stroke iskemik melalui rencana pemulangan terstruktur. *Jurnal Keperawatan Indonesia*. 13(3): 187.
- Pinzon, R. A. 2010. *Awas Stroke! Pengertian, gejala, tindakan perawatan & pencegahan*. Yogyakarta: ANDI.
- Potter, P. A. dan A. G. Perry. 2009. *Fundamental Keperawatan, Edisi 7 Buku I*. Jakarta: Salemba Medika.
- Pradana, M. D. 2016. Upaya Peningkatan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro. *Publikasi Ilmiah*. Surakarta: Program Studi Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Profil. 2017. Profil RSUD dr. Haryoto Lumajang. <http://lumajangkab.go.id/web/menu/sejarah>. (Diakses pada 22 Maret 2018).
- Puspaningrum, Y. V. 2013. Hubungan Antara Status Gizi Dan Mobilitas Dengan Resiko Terjadinya Dekubitus Pada Pasien Stroke Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr.Moewardi Surakarta. *Naskah Publikasi*. Surakarta: Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Putri, D. S. 2013. Analisis Praktik Keperawatan Kesehatan Masyarakat Perkotaan Pada Kasus Stroke Iskemik Di Ruang Melati Atas RSUP Persahabatan Jakarta. *Karya Ilmiah Akhir Ners*. Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan Program Studi Profesi Keperawatan Universitas Indonesia.
- Rahayu, S., W. Utomo, dan S. Utami. 2014. Hubungan frekuensi stroke dengan fungsi kognitif di RSUD Arifin Achmad. *JOM PSIK*. 1(2): 5-7.
- Sahanantya, A. R., Y. Armiyati, dan S. Arif. 2014. Pengaruh terapi musik klasik mozart terhadap kualitas tidur pada pasien stroke. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*. 2.
- Saleh, M., B., J, dan E. Huriani. 2014. Hubungan tingkat stres dengan derajat hipertensi pada pasien hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Padang Tahun 2014. *Ners Jurnal Keperawatan*. 10(1): 170.
- Sari, S. H., A, dan A. Wahid. 2015. Batasan karakteristik dan faktor yang berhubungan (etiologi) diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik pada pasien stroke. *DK*. 3(1): 12-18.

- Sari, W., L. Indrawati, dan C. S. Dewi. 2016. *Care Yourself Stroke Cegah dan Obati Sendiri*. Jakarta: Penebar Swadaya Grup.
- Satyanegara. 2014. *Ilmu Bedah Saraf*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Setyani, F. A. R. 2012. Dampak Minuman Probiotik Dalam Upaya Pencegahan Konstipasi pada Pasien Infarct Myocard di RSPAD Gatot Soebroto Jakarta. *Tesis*. Jakarta: Fakultas Ilmu Keperawatan Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Siswanto, Y. 2005. Beberapa Faktor Risiko yang Mempengaruhi Kejadian Stroke Berulang. *Tesis*. Semarang: Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro.
- Smith, M. A., dan S. H. B. Argiati. 2013. Kepribadian tangguh (HARDINESS) pada perempuan penderita pasca stroke. *Jurnal Spirits*. 3(2): 2.
- Sulistiawan, A., dan E. Husna. 2014. Pengaruh terapi aktif menggenggam bola terhadap kekuatan otot pasien stroke di RSSN Bukittinggi. *Jurnal Kesehatan Stikes Prima Nusantara Bukittinggi*. 5(1): 30.
- Sunaryo., R.Wijayanti., M. M. Kuhu., T. Sumedi., E. D. Widayanti., U. A. Sukrillah., S. Riyadi, dan A. Kuswati. 2016. *Asuhan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: ANDI.
- Syaifuddin. 2016. *Anatomi Fisiologi : Kurikulum Berbasis Kompetensi untuk Keperawatan dan Kebidanan, Ed.4*. Jakarta: EGC.
- Usrin, I., E. Mutiara, dan Y. Yusad. 2011. Pengaruh hipertensi terhadap kejadian stroke iskemik dan stroke hemoragik di Ruang Neurologi Di Rumah Sakit Stroke Nasional (RSSN) Bukittinggi Tahun 2011. 1.
- Wahyuningsih, I., Ismonah, dan Hendrajaya. 2013. Pengaruh *range of motion* aktif (*cylindrical grip*) terhadap kekuatan otot ekstremitas atas pada pasien stroke non hemoragik. 3-4.
- Wakhidah, A. N. 2015. Asuhan Keperawatan Pada Tn.W Dengan Gangguan Sistem Persarafan: Stroke Non Hemoragik di Ruang Gladiol Atas Rumah Sakit Umum Daerah Sukoharjo. *Naskah Publikasi*. Surakarta: Program Studi Keperawatan Diploma III Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah .

- Wicaksono, P. 2017. Upaya Peningkatan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Non Hemoragik. *Publikasi Ilmiah*. Surakarta: Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah.
- Wijayanti, N. 2017. *Fisiologi Manusia dan Metabolisme Zat Gizi*. Malang: Universitas Brawijaya Press (UB Press).
- Wildani, M. H., I. Rosdiana, dan K. Wirastuti. 2010. Pengaruh fisioterapi terhadap kekuatan otot ekstremitas pada penderita stroke non hemoragik. 2(2): 194.
- Wilkinson, J. M. dan N. R. Ahern. 2011. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan Edisi 9*. Jakarta: EGC.
- Wisnu W, R. H. 2016. Penatalaksanaan Fisioterapi Pada Kasus Post Stroke Hemiparese Non Haemoragik Dextra Di RST Dr Soedjono Magelang. *Publikasi Ilmiah*. Surakarta: Program Studi Diploma III Fisioterapi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah.
- Yueniwati, Y. 2015. *Deteksi Dini Stroke Iskemia Dengan Pemeriksaan Ultrasonografi Vaskular dan Variasi Genetika*. Malang: Universitas Brawijaya Press (UB Press).

Lampiran 2.1 SAP Stroke Iskemik**Satuan Acara Penyuluhan (SAP)**

Judul	: Stroke iskemik
Sasaran	: Pasien stroke iskemik yang mengalami penurunan kekuatan otot
Penyuluh	: Anggun Tri Cahya Harini
Waktu	: 15 menit

I. Analisa Situasi**1.1 Peserta Penyuluhan**

- a. Jumlah : 2 orang
- b. Dihadiri oleh pasien stroke iskemik yang mengalami penurunan kekuatan otot
- c. Pendidikan : rata – rata lulusan SMA dan SMP
- d. Pekerjaan : Swasta, wiraswasta, TNI/POLRI, ibu rumah tangga

1.2 Penyuluh

- a. Mampu berkomunikasi dengan baik
- b. Memiliki pengetahuan tentang teknik spherical grip
- c. Jumlah : 1 orang
- d. Berpenampilan rapi

1.3 Ruangan

- a. Fasilitas memadai : papan lembar balik, kipas angin
- b. Penerangan jelas
- c. Ventilasi cukup
- d. Penyuluhan di ruang Interna

2. Tujuan Instruksional Umum

Setelah memberikan penyuluhan tentang stroke iskemik yang mengalami penurunan kekuatan otot, diharapkan pasien stroke iskemik dapat melakukannya dirumah.

3. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mengikuti penyuluhan tentang stroke iskemik, diharapkan pasien stroke iskemik dapat :

- a. Menyebutkan definisi stroke iskemik
- b. Menyebutkan tujuan stroke iskemik
- c. Menyebutkan indikasi stroke iskemik
- d. Menyebutkan prosedur stroke iskemik

4. Pokok Materi

- a. Definisi stroke iskemik
- b. Tujuan stroke iskemik
- c. Indikasi stroke iskemik
- d. Prosedur stroke iskemik

5. Metode

- a. Ceramah
- b. Tanya jawab
- c. Demonstrasi

6. Media

- a. Leaflet

7. Kegiatan Belajar Mengajar

Tahap Kegiatan	Kegiatan Penyuluh	Kegiatan Peserta	Metode	Waktu
Pembukaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam 2. Perkenalan 3. Menjelaskan tujuan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab salam 2. Merespon dengan baik 3. Mendengarkandengan baik 	ceramah	2 menit
Penyajian	Menjelaskan materi tentang latihan stroke iskemik	Mendengarkan dan memperhatikan	ceramah	8 menit
Penutup	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi pertanyaan 2. Menjawab pertanyaan 3. Memberikan kesimpulan 4. Evaluasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab pertanyaan 2. Mengajukan pertanyaan 	Tanya jawab	5 menit

8. Materi

a. Definisi stroke iskemik

Stroke iskemik adalah tanda klinis disfungsi atau kerusakan jaringan otak yang disebabkan kurangnya aliran darah ke otak sehingga mengganggu kebutuhan darah dan oksigen di otak.

b. Etiologi stroke iskemik

Stroke iskemik disebabkan oleh sumbatan atau berkurangnya aliran darah ke otak. Sumbatan dapat disebabkan oleh aterosklerosis (pembentukan plak) atau pembentukan bekuan (trombus).

c. Tanda gejala stroke iskemik

Gambaran klinis stroke iskemik meliputi : penurunan kesadaran, kelemahan dan atau kesemutan satu sisi tubuh, bicara pelo, wajah mencong, sulit menelam, tiba – tiba tidak bisa melihat, dan dapat menyebabkan kematian

d. Komplikasi stroke

- 1) Tekanan darah yang tidak stabil (akibat kehilangan kontrol vasomotor)
- 2) Edema serebral
- 3) Ketidakseimbangan cairan
- 4) Kerusakan sensorik
- 5) Infeksi, seperti pneumonia
- 6) Perubahan tingkat kesadaran

- 7) Aspirasi
- 8) Kontraktur
- 9) Emboli paru
- 10) Kematian

9. Evaluasi

- a. Sebutkan definisi stroke iskemik
- b. Sebutkan tujuan stroke iskemik
- c. Sebutkan indikasi stroke iskemik
- d. Sebutkan prosedur stroke iskemik

10. Literatur

- Anurogo, D. (2014). *45 Penyakit dan Gangguan Saraf Deteksi Dini dan Atasi 45 Penyakit dan Gangguan Saraf*. Yogyakarta: Rapha Publishin
- Djayasaputra, L. (2013). *Buku Saku Patofisiologi Menjadi Sangat Mudah, Ed.2*. Jakarta: EGC.
- Jennifer P, K. (2014). *Buku Ajar Patofisiologi*. Jakarta: EGC.
- Kabi, G. Y., Tumewah, R., & Kembuan, M. A. (2015). Gambaran Faktor Risiko Pada Penderit Stroke Iskemik Yang Di Rawat Inap Neurologi RSUP PROF.DR.R.D.KANDOU.MANADO. *Jurnal e-clinic* , 458.

Lampiran 2.2 SAP ROM (*Range Of Motion*)**Satuan Acara Penyuluhan (SAP)**

Judul	: Latihan ROM
Sasaran	: Pasien stroke iskemik yang mengalami penurunan kekuatan otot
Penyuluh	: Anggun Tri Cahya Harini
Waktu	: 15 menit

II. Analisa Situasi**2.1 Peserta Penyuluhan**

- a. Jumlah : 2 orang
- b. Dihadiri oleh pasien stroke yang mengalami penurunan kekuatan otot
- c. Pendidikan : rata – rata lulusan SMA dan SMP
- d. Perkerjaan : Swasta, wiraswasta, TNI/POLRI, ibu rumah tangga

2.2 Penyuluh

- a. Mampu berkomunikasi dengan baik
- b. Memiliki pengetahuan tentang teknik spherical grip
- c. Jumlah : 1 orang
- d. Berpenampilan rapi

2.3 Ruangan

- a. Fasilitas memadai : papan lembar balik, kipas angin
- b. Penerangan jelas
- c. Ventilasi cukup
- d. Penyuluhan di ruang Interna

III. Tujuan Instruksional Umum

Setelah mendemonstrasikan latihan ROM pada pasien stroke iskemik yang mengalami penurunan kekuatan otot, diharapkan pasien stroke iskemik dapat melakukannya dirumah.

IV. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mengikuti penyuluhan pemberian latihan ROM, diharapkan pasien stroke iskemik dapat :

- a. Menyebutkan definisi ROM
- b. Menyebutkan tujuan ROM
- c. Menyebutkan indikasi ROM
- d. Menyebutkan prosedur ROM

V. Pokok Materi

- a. Definisi ROM
- b. Tujuan ROM
- c. Indikasi ROM
- d. Prosedur ROM

VI. Metode

- a. Ceramah
- b. Tanya jawab
- c. Demonstrasi

VII. Media

- a. Leaflet

VIII. Kegiatan Belajar Mengajar

Tahap Kegiatan	Kegiatan Penyuluh	Kegiatan Peserta	Metode	Waktu
Pembukaan	1. Memberikan salam 2. Perkenalan 3. Menjelaskan tujuan	1. Menjawab salam 2. Merespon dengan baik 3. Mendengarkandengan baik	ceramah	2 menit
Penyajian	Menjelaskan materi tentang latihan ROM	Mendengarkan dan memperhatikan	ceramah	8 menit
Penutup	1. Memberipertanyaan 2. Menjawab pertanyaan 3. Memberikankesimpulan 4. Evaluasi	1. Menjawab pertanyaan 2. Mengajukan pertanyaan	Tanya jawab	5 menit

IX. Materi

a. Definisi ROM

Latihan *Range of motion* (ROM) adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot

b. Manfaat ROM

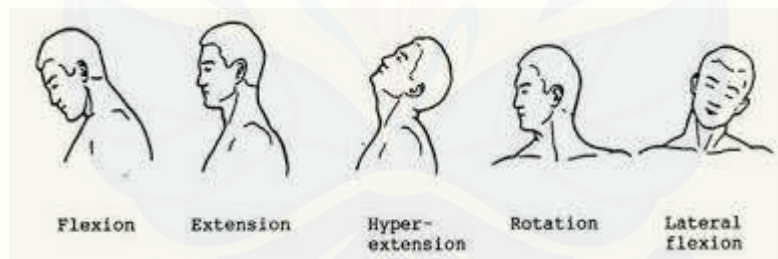
- 1) Menentukan nilai kemampuan sendi tulang dan otot dalam melakukan pergerakan
- 2) Mengkaji tulang, sendi, dan otot
- 3) Mencegah terjadinya kekauan sendi
- 4) Memperlancar sirkulasi darah
- 5) Memperbaiki tonus otot
- 6) Meningkatkan mobilisasi sendi
- 7) Memperbaiki toleransi otot untuk latihan

c. Indikasi ROM

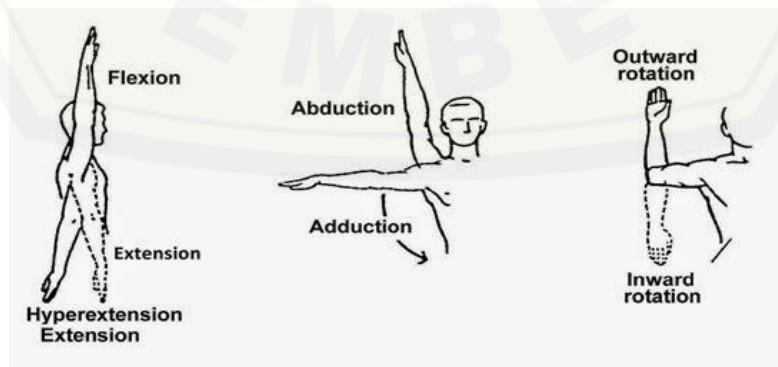
1) ROM aktif

- a) Pada saat pasien dapat melakukan kontraksi otot secara aktif dan menggerakkan ruas sendinya baik dengan bantuan atau tidak
- b) Pada saat pasien memiliki kelemahan otot dan tidak dapat menggerakkan persendian sepenuhnya

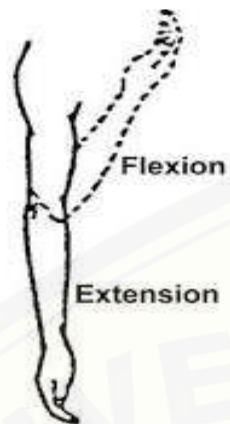
- c) ROM Aktif dapat digunakan untuk program latihan aerobik
 - d) ROM Aktif digunakan untuk memelihara mobilitasi ruas di atas dan dibawah daerah yang tidak dapat bergerak
- 2) ROM pasif
- a) Pada daerah dimana terdapat inflamasi jaringan akut yang apabila dilakukan pergerakan aktif akan menghambat proses penyembuhan
 - b) Ketika pasien tidak dapat atau tidak diperbolehkan untuk bergerak aktif pada ruas atau seluruh tubuh, misalnya keadaan koma, kelumpuhan atau bed rest total.
- d. Kontraindikasi ROM
- 1) Latihan ROM tidak boleh diberikan apabila gerakan dapat mengganggu proses penyembuhan cedera
 - 2) ROM tidak boleh dilakukan bila respon pasien atau kondisinya membahayakan
- e. Prosedur ROM
- 1) Bagian kepala dan leher



- 2) Bagian bahu



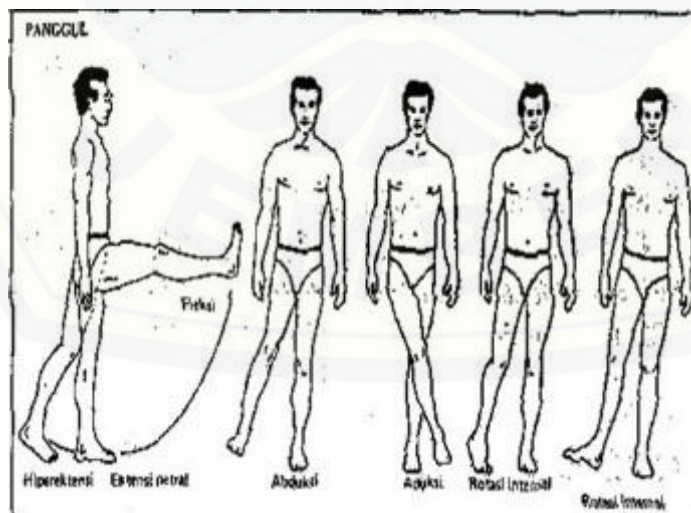
3) Bagian siku



4) Jari – jari tangan



5) Bagian panggul



6) Bagian lutut



7) Bagian jari – jari kaki



X. Evaluasi

- a. Sebutkan definisi ROM!
- b. Sebutkan tujuan ROM!
- c. Sebutkan indikasi ROM!
- d. Sebutkan kontraindikasi ROM!
- e. Sebutkan prosedur ROM!

XI. Literatur

Sulistiawan, A., & Husna, E. (2014). Pengaruh Terapi Aktif Menggenggam Bola Terhadap Kekuatan Otot Pasien Stroke di RSSN Bukitinggi. *Jurnal Kesehatan* , 36, 37.

Lampiran 2.3 SAP Teknik *Spherical Grip***Satuan Acara Pengajaran (SAP)**

Judul	: Pemberian Teknik Spherical Grip
Sasaran	: Pasien stroke iskemik yang mengalami penurunan kekuatan otot
Penyuluh	: Anggun Tri Cahya Harini
Waktu	: 15 menit

XII. Analisa Situasi**1.1 Peserta Penyuluhan**

- a. Jumlah : 2 orang
- b. Dihadiri oleh pasien stroke iskemik yang mengalami penurunan kekuatan otot
- c. Pendidikan : rata – rata lulusan SMA dan SMP
- d. Perkerjaan : ibu rumah tangga, wiraswasta

1.2 Penyuluh

- a. Mampu berkomunikasi dengan baik
- b. Memiliki pengetahuan tentang teknik spherical grip
- c. Jumlah : 1 orang
- d. Berpenampilan rapi

1.3 Ruang

- a. Fasilitas memadai : papan lembar balik, kipas angin
- b. Penerangan jelas
- c. Ventilasi cukup
- d. Penyuluhan di ruang Interna

2. Tujuan Instruksional Umum

Setelah mendemonstrasikan teknik spherical grip pada pasien stroke iskemik yang mengalami penurunan kekuatan otot, diharapkan pasien stroke iskemik dapat mengaplikasikan pemberian teknik spherical grip.

3. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mengikuti penyuluhan pemberian teknik spherical grip, diharapkan pasien stroke iskemik dapat :

- a. Menyebutkan definisi teknik spherical grip
- b. Menyebutkan tujuan teknik spherical grip
- c. Menyebutkan manfaat teknik spherical grip
- d. Memahami cara pemberian teknik spherical grip

4. Pokok Materi

- a. Definisi teknik spherical grip
- b. Tujuan teknik spherical grip
- c. Manfaat teknik spherical grip
- d. Cara pemberian teknik spherical grip

5. Metode

- a. Ceramah
- b. Tanya jawab
- c. Demonstrasi

6. Media

- a. Lembar balik
- b. Leaflet

7. Kegiatan Belajar Mengajar

Tahap Kegiatan	Kegiatan Penyuluh	Kegiatan Peserta	Metode	Waktu
Pembukaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam 2. Perkenalan 3. Menjelaskan tujuan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab salam 2. Merespon dengan baik 3. Mendengarkandengan baik 	ceramah	2 menit
Penyajian	Menjelaskan materi tentang pemberian teknik spherical grip	Mendengarkan dan memperhatikan	ceramah	8 menit
Penutup	1. Memberi pertanyaan	1. Menjawab pertanyaan	Tanya	5 menit

	2. Menjawab pertanyaan 3. Memberikan kesimpulan 4. Evaluasi	2. Mengajukan pertanyaan	jawab	
--	---	--------------------------	-------	--

8. Materi

a. Definisi teknik spherical grip

Spherical grip adalah latihan untuk menstimulasi gerak pada tangan dapat berupa latihan fungsi menggenggam. Latihan ini dilakukan melalui 3 tahap yaitu, membuka tangan, menutup jari – jari untuk menggenggam objek dan mengatur kekuatan menggenggam. Latihan ini adalah latihan fungsional tangan dengan cara menggenggam sebuah benda berbentuk bulat seperti bola pada telapak tangan.

b. Tujuan pemberian teknik spherical grip

Pemberian teknik spherical ini bertujuan untuk membantu pemulihan lengan bagian atas atau ekstremitas atas maka diperlukan teknik untuk merangsang tangan. Otot yang berpengaruh dalam teknik ini adalah abduktor dan adduktor jari – jari, selain fleksor jari – jari.

c. Manfaat pemberian teknik spherical grip

Pada latihan spherical grip diharapkan agar terjadi peningkatan mobilitas pada daerah pergelangan tangan (wrist joint) serta stabilitas pada daerah punggung tangan (metacarpophalangeal joint) dan jari – jari (phalangs). Banyak dijumpai pada insan stroke dimana ketidakmampuan fungsi tangan serta hiperekstensi dari sendi metacarpophalangeal. Hal ini terjadi akibat kesalahan penanganan dan atau penguluran yang berlebihan pada jari – jari yang dilakukan oleh insan stroke sendiri.

d. Cara pemberian teknik spherical grip

- 1) Berikan benda berbentuk bulat (bola tenis)
- 2) Lakukan koreksi pada jari – jari agar menggenggam sempurna
- 3) Posisikan wrist joint 45 derajat
- 4) Berikan instruksi untuk menggenggam (menggenggam kuat) selama 5 detik kemudian rileks
- 5) Lakukan pengulangan sebanyak 7 kali

9. Evaluasi

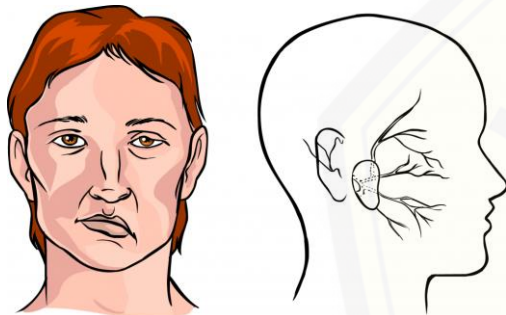
- a. Sebutkan definisi teknik spherical grip!
- b. Sebutkan tujuan teknik spherical grip!
- c. Sebutkan manfaat teknik spherical grip!
- d. Bagaimana cara pemberian teknik spherical grip?

10. Literatur

Irfan, M. (2010). *Fisioterapi Bagi Insan Stroke*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Lesmana, S. I. (2015, Mei 15). Perbedaan Pengaruh Metode Latihan beban Terhadap Kekuatan dan Daya Tahan Otot Biceps Brachialis Ditinjau dari Perbedaan Gender (Studi Komparasi Pemberian Latihan Beban Metode Delorme dan Metode Oxford pada Mahasiswa Fakultas Ilmu Kesehatan dan Fisioterapi).

TEKNIK SPHERICAL GRIP DAN
LATIHAN ROM PADA
PENDERITA STROKE ISKEMIK



Oleh,
Anggun Tri Cahya Harini

D3 KEPERAWATAN UNEJ
KAMPUS LUMAJANG
2017

APA ITU STROKE???

Stroke merupakan penyakit serebrovaskuler yang adalah setiap gangguan neurologik mendadak yang terjadi akibat pembatasan atau terhentinya aliran darah melalui sistem suplai arteri di otak.

LALU, APAKAH
PENYEBABNYA???

1. Kekurangan suplai oksigen yang menuju otak
2. Pecahnya pembuluh darah di otak karena kerapuhan pembuluh darah otak
3. Adanya sumbatan bekuan darah di otak

WASPADAI TANDA -
TANDA

Penurunan kesadaran, kelemahan dan atau kesemutan satu sisi tubuh, bicara pelo, wajah mencong, sulit menelan, tiba-tiba tidak bisa melihat, dan dapat menyebabkan kematian

cara mengetahui gejala awal stroke !!



APA DAMPAK YG
DITIMBULKAN???

Terjadinya kelumpuhan dan kelemahan

**BAGAIMANA CARA
PENANGANANNYA???**

➤ Latihan ROM

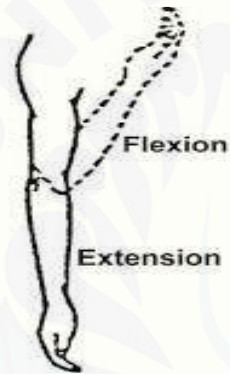
LALU,,, APA ITU???

➤ Latihan ROM adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal.

LATIHAN ROM



Pergerakan siku



Pergerakan jari – jari tangan



Pergerakan kaki,,,,



TEKNIK SPHERICAL GRIP



- 1) Mencuci tangan
- 2) Mengukur derajat kekuatan sebelum tindakan ROM aktif asistif spherical grip
- 3) Memberikan pasien bola (bola tenis)
- 4) Melakukan koreksi pada jari – jari agar menggenggam sempurna
- 5) Memposisikan wrist joint 45 derajat
- 6) Memberikan instruksi untuk menggenggam (menggenggam kuat) selama 5 detik kemudian rileks
- 7) Lakukan pengulangan sebanyak 7 kali
- 8) Mengukur kekuatan derajat otot pasien
- 9) Mencuci tangan

Lampiran 2.4 Prosedur Tindakan ROM (*Range of Motion*)**PROSEDUR TINDAKAN****“LATIHAN *RANGE OF MOTION* (ROM)”**

f. Definisi

Latihan *Range of motion* (ROM) adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot .

g. Manfaat

- 8) Menentukan nilai kemampuan sendi tulang dan otot dalam melakukan pergerakan
- 9) Mengkaji tulang, sendi, dan otot
- 10) Mencegah terjadinya kekakuan sendi
- 11) Memperlancar sirkulasi darah
- 12) Memperbaiki tonus otot
- 13) Meningkatkan mobilisasi sendi
- 14) Memperbaiki toleransi otot untuk latihan

h. Indikasi

1) ROM aktif

- a) Pada saat pasien dapat melakukan kontraksi otot secara aktif dan menggerakkan ruas sendinya baik dengan bantuan atau tidak
- b) Pada saat pasien memiliki kelemahan otot dan tidak dapat menggerakkan persendian sepenuhnya
- c) ROM Aktif dapat digunakan untuk program latihan aerobik
- d) ROM Aktif digunakan untuk memelihara mobilisasi ruas di atas dan dibawah daerah yang tidak dapat bergerak

2) ROM pasif

- a) Pada daerah dimana terdapat inflamasi jaringan akut yang apabila dilakukan pergerakan aktif akan menghambat proses penyembuhan

- b) Ketika pasien tidak dapat atau tidak diperbolehkan untuk bergerak aktif pada ruas atau seluruh tubuh, misalnya keadaan koma, kelumpuhan atau bed rest total.
- i. Kontraindikasi
- 1) Latihan ROM tidak boleh diberikan apabila gerakan dapat mengganggu proses penyembuhan cedera
 - 2) ROM tidak boleh dilakukan bila respon pasien atau kondisinya membahayakan

Prosedur tindakan	Dilakukan	Tidak dilakukan
-------------------	-----------	-----------------

Prosedur ROM :

8) Bagian siku



9) Jari – jari tangan



10) Bagian pergelangan telapak tangan



11) Bagian lutut



12) Bagian jari – jari kaki



Lampiran 2.5 Prosedur Tindakan *Spherical Grip*

PROSEDUR TINDAKAN

“TEKNIK *SPHERICAL GRIP*”

- a. Definisi
Spherical grip adalah latihan untuk menstimulasi gerak pada tangan dapat berupa latihan fungsi menggenggam.
- b. Tujuan
Pemberian teknik spherical ini bertujuan untuk membantu pemulihan lengan bagian atas atau ekstremitas atas maka diperlukan teknik untuk merangsang tangan.
- c. Indikasi
Pada pasien stroke dengan hemiparesis

Prosedur tindakan	Dilakukan	Tidak dilakukan
Media dan alat		
1) Bola tenis		
2) Lembar observasi derajat kekuatan otot		
Prosedur pemberian teknik <i>spherical grip</i> :		
1) Mencuci tangan		
2) Mengukur derajat kekuatan sebelum tindakan ROM aktif asistif spherical grip		
3) Memberikan pasien bola (bola tenis)		
4) Melakukan koreksi pada jari – jari agar menggenggam sempurna		
5) Memposisikan wrist joint 45 derajat		
6) Memberikan instruksi untuk menggenggam (menggenggam kuat) selama 5 detik kemudian rileks		
7) Lakukan pengulangan sebanyak 7 kali		
8) Mengukur kekuatan derajat otot pasien		
9) Mencuci tangan		



Lampiran 3.1 Jadwal Penyelenggaraan Laporan Tugas Akhir

JADWAL PENYELENGGARAAN LAPORAN TUGAS AKHIR

KETERANGAN	TAHUN AKADEMIK 2017/2018																																			
	SEPT				OKT				NOV				DES				JAN				FEB				MAR				APR							
	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 Penulisan	■	■	■	■	■	■	■	■																												
Konfirmasi Penulisan	■	■	■	■	■	■	■	■																												
Konfirmasi Judul								■	■																											
Penyusunan Laporan Tugas Akhir									■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■								
Sidang Laporan Tugas Akhir																													■							
Revisi Laporan Tugas Akhir																														■	■	■				
Pengumpulan Laporan Tugas Akhir																																■				

Lampiran 3.2 Surat *Informed Consent*Formulir Persetujuan Setelah Penulisan (*Informed Consent*)

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

Surat Persetujuan Responden Penelitian

Nama Institusi : Akademi Keperawatan Pemkab Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Tn. Y

Umur : 74 tahun

Jenis kelamin : Laki-laki

Alamat : Jl. Bergasoran Solo Jember

Pekerjaan : Tidak bekerja

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

"Laporan Kasus Asuhan Keperawatan pada pasien Stroke Iskemik dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Interna RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2017"

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

Lumajang, 29 Juli 2017

Mengetahui,
Penanggung Jawab Penulisan

Yang Menyetujui,
Peserta Penelitian

(.....)

(.....)

Formulir Persetujuan Setelah Penulisan (*Informed Consent*)

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

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : Akademi Keperawatan Pemkab Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

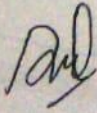
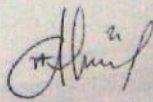
Nama : Ny. H
Umur : 45 tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Alamat : Desa Wengicoro Kecamatan Kuning
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

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

“Laporan Kasus Asuhan Keperawatan pada pasien Stroke Iskemik dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Interna RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2017”

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

Lumajang, 10 Agustus 2017

Mengetahui, Penanggung Jawab Penulisan	Yang Menyetujui, Peserta Penelitian
	
(.....)	(Ny. H.....)

Lampiran 3.3 Surat Ijin Penyusunan Laporan Tugas Akhir

Surat Ijin Penyusunan Laporan Tugas Akhir

Lampiran 1


PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
DINAS KESEHATAN
AKADEMI KEPERAWATAN
 JL. BRIGJEN KATAMSO TELP. (0334) 882282, 885620 FAX. (0334) 882282
LUMAJANG

KEPUTUSAN DIREKTUR AKADEMI KEPERAWATAN
PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG

Nomor : 188.4/ 530 /427.55.28/2017

TENTANG

IJIN PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH

Direktur Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Lumajang, setelah menimbang pedoman menyusun Karya Tulis Ilmiah Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Lumajang, Nomor: 188.4/72/427.55.28/2015 Tanggal 20 Agustus 2015, dengan persetujuan pembimbing tanggal 3 Mei 2017

MEMUTUSKAN

Menetapkan kepada mahasiswa tersebut dibawah ini :

N a m a	: Anggun Tri Cahya Harini
Nomor Pokok Mahasiswa	: 15.044
Tempat, Tanggal Lahir	: Probolinggo, 6 Juli 1996
Prodi	: D3 Keperawatan
Tingkat / Semester	: II/IV
A l a m a t	: Perum STI Blok DD 12 Probolinggo

dijijinkan memulai menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul yang telah dirumuskan sebagai berikut :

“Asuhan Keperawatan pada Pasien Stoke Iskemik dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Interna RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2017”

1. Dengan pembimbing : Arista Maisyaroh, 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 : 17 Juli 2017

Direktur


 Nurul Hayati, S.Kep. Ners. MM
 NIP. 19650629198703 2 008




Tembusan :

Yth. Bpk/Ibu Pembimbing mohon dilaksanakan sebagaimana mestinya.

Lampiran 3.4 Surat Ijin Pengambilan Data

Surat Ijin Pengambilan Data

**PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG**
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. HARYOTO
JALAN BASUKI RAHMAT NO. 5 TELP (0334) 881608 FAX (0334) 887383
Email : rsdharyoto@yahoo.co.id
LUMAJANG - 67311

Lumajang, 25 Juli 2017

Nomor : 445/ 931 /427.77/2017
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Pengambilan Data

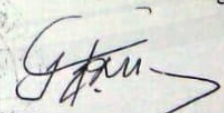
Kepada
Yth. Ka. Bagian Medis
RSUD dr. Haryoto Kab. Lumajang
di
LUMAJANG


Sehubungan dengan surat Direktur Akper Pemkab Lumajang tanggal 17 Juli 2017 Nomor : 422/581/427.55.28/2017 dan Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik tanggal 24 Juli 2017 Nomor : 072/907/427.75/2017 perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat, maka bersama ini kami sampaikan bahwa kami menyetujui kepada mahasiswa Akper Pemkab Lumajang untuk melakukan pengambilan data di ruang Saudara dan kami mohon bimbingannya kepada mahasiswa dimaksud, yaitu:

Nama : Anggun Tri Cahya Harini
NIM : 15.044
Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien Stoke Iskemik dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Interna RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2017

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

An. DIREKTUR RSUD dr. HARYOTO
KABUPATEN LUMAJANG
Wadir Umum dan Keuangan
Ub.
Ka. Bagian Renbang


drg. SAPTADEWI ERFI HERAWATI
Pembina
NIP. 19660108 199203 2 004



Lampiran 3.5 Lembar Kesiediaan Penguji

Lembar Kesiediaan Penguji

**PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG**
DINAS KESEHATAN
AKADEMI KEPERAWATAN
Jl. Brigjen Katamso Tlp. (0334)882262.885920 Fax (0334)882262

LEMBAR KESEDIAAN PENGUJI
UJIAN PRAKTIK PENGUJI
TAHUN AKADEMIK 2016/2017

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Melvia Sasirawati
NIP/NIDN : 19800823 200701 2005

Menyatakan bersedia/tidak bersedia* menjadi Penguji Ujian Praktik Komprehensif pada Tahun Akademik 2016/2017 atas mahasiswa.

Nama : Anggun Tri Cahya H.
NIM : 15.044

Lokasi Ujian : Ruang Interna RSUD dr. Haryoto Lumajang

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Iskemik Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik

Demikian lembar kesediaan ini dibuat untuk digunakan sebaik-baiknya, atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

Lumajang,

Penguji,



MELVIA SASIRAWATI
NIP/NIDN. 19800823 200701 2005

Ket: *Coret yang tidak perlu.

Lampiran 3.6 Daftar Hadir Utek Komprehensif

Daftar Hadir Utek Komprehensif

PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
DINAS KESEHATAN
AKADEMI KEPERAWATAN
Jalan Brigjen Katamsa Telephone (0334) 882622 Lumajang 67311

**DAFTAR HADIR UTEK KOMPREHENSIF
TAHUN AKDEMIK 2016 / 2017**

KLIEN I

Hari / Tanggal	Mahasiswa	Paraf	Penguji	Paraf
Sabtu / 29 Juli 2017	Anggun Tri Cahya Harini	<i>nl</i>	Melvia Sasirawati	<i>f</i>
Minggu / 30 Juli 2017	Anggun Tri Cahya Harini	<i>nl</i>	Melvia Sasirawati	<i>f</i>
Senin / 31 Agustus Juli 2017	Anggun Tri Cahya Harini	<i>nl</i>	Melvia Sasirawati	<i>f</i>
Selasa / 1 Agustus 2017	Anggun Tri Cahya Harini	<i>nl</i>	Melvia Sasirawati	<i>f</i>
Rabu / 2 Agustus 2017	Anggun Tri Cahya Harini	<i>nl</i>	Melvia Sasirawati	<i>f</i>
Kamis / 3 Agustus 2017	Anggun Tri Cahya Harini	<i>nl</i>	Melvia Sasirawati	<i>f</i>
Jumat / 4 Agustus 2017	Anggun Tri Cahya Harini	<i>nl</i>	Melvia Sasirawati	<i>f</i>
Sabtu / 5 Agustus 2017	Anggun Tri Cahya Harini	<i>nl</i>	Melvia Sasirawati	<i>f</i>
Minggu / 6 Agustus 2017	Anggun Tri Cahya Harini	<i>nl</i>	Melvia Sasirawati	<i>f</i>
Rabu / 9 Agustus 2017	Anggun Tri Cahya H-	<i>nl</i>	Melvia Sasirawati	<i>f</i>

Daftar Hadir Utek Komprehensif

PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
DINAS KESEHATAN
AKADEMI KEPERAWATAN
Jalan Brigjen Katamsu Telephone (0334) 882622 Lumajang 67311

**DAFTAR HADIR UTEK KOMPREHENSIF
TAHUN AKDEMIK 2016 / 2017**

KLIEN II

Hari / Tanggal	Mahasiswa	Paraf	Penguji	Paraf
8/8	Anggun Tri C.	<i>[Signature]</i>	Melvia Sasirawati	<i>[Signature]</i>
9/8	Anggun Tri C.	<i>[Signature]</i>	Melvia Sasirawati	<i>[Signature]</i>
10/8	Anggun Tri L.	<i>[Signature]</i>	Melvia Sasirawati	<i>[Signature]</i>
11/8	Anggun Tri	<i>[Signature]</i>	Melvia Sasirawati	<i>[Signature]</i>
12/8	Anggun Tri	<i>[Signature]</i>	Melvia Sasirawati	<i>[Signature]</i>
13/8	Anggun Tri	<i>[Signature]</i>	Melvia Sasirawati	<i>[Signature]</i>
14/8	Anggun Tri	<i>[Signature]</i>	Melvia Sasirawati	<i>[Signature]</i>
15/8	Anggun Tri	<i>[Signature]</i>	Melvia Sasirawati	<i>[Signature]</i>

Lampiran 4.1 Perencanaan Pulang

PERENCANAAN PULANG

Nama: Ny. L	Tanggal kontrol : 14 Agustus 2017
Usia : 58 th	Obat: -
Jenis kelamin : Perempuan	Nutrisi: Yang diperbolehkan : 1. Sayuran dan buah kaya serat 2. Konsumsi ikan minimal seminggu sekali 3. Susu rendah lemak 4. Batasi makanan yang asin 5. Batasi makanan yang manis - manis
Alamat : Jogoyudan	Latihan: 1. ROM pasif 2 – 3 kali sehari 2. Latihan teknik <i>spherical grip</i> 2 kali sehari Dilatih miring kanan dan kiri
No reg.	:-
Tanggal MRS	:28 Juli 2017
Tanggal KRS :	:3 Agustus 2017
Diagnosa medis	: CVD
Diagnosa keperawatan	: Hambatan mobilitas fisik
Yang dibawa pulang : Kartu berobat Hasil laboratorium Hasil Ct Scan Hasil Rongten Surat kontrol	
Yang dibawa saat kontrol : Surat kontrol Hasil laboratorium Hasil Ct Scan Hasil Rongten Kartu berobat	

Lumajang, 3 Agustus 2017

Anggun Tri Cahya

PERENCANAAN PULANG

Nama: Ny. M	Tanggal kontrol : 22 Agustus 2017
Usia : 61 th	Obat: 1. Neurodex 1x1 2. Simvastatin malam x 1 3. Clopidogrel 1x1 4. Vit C 1x1 5. Citicolin 500 mg x 1
Jenis kelamin : Perempuan	Nutrisi: Yang diperbolehkan : 1. Sayuran dan buah kaya serat 2. Konsumsi ikan minimal seminggu sekali 3. Susu rendah lemak 4. Batasi makanan yang asin
Alamat : Kencong	Latihan: 1. ROM pasif 2 – 3 kali sehari 2. Latihan teknik <i>spherical grip</i> 2 kali sehari 3. Dilatih miring kanan dan kiri
No reg.	: 286411
Tanggal MRS	: 6 Agustus 2017
Tanggal KRS :	: 11 Agustus 2017
Diagnosa medis	: CVD
Diagnosa keperawatan	: Hambatan mobilitas fisik
Yang dibawa pulang : Kartu berobat Hasil laboratorium Hasil Ct Scan Hasil Rontgen Surat kontrol	
Yang dibawa saat kontrol : Surat kontrol Hasil laboratorium Hasil Ct Scan Hasil Rontgen Kartu berobat	

Lumajang, 11 Agustus 2017

Anggun Tri Cahya

Lampiran 4.2 Pemeriksaan Fisik Sistem Endokrin dan Genitourinaria

Tabel 4.16 Pemeriksaan fisik sistem endokrin dan genitourinari Ny. L dan Ny. M di ruang Melati RSUD Haryoto Lumajang (Kamar 8) bulan Juli-Agustus 2017

Pemeriksaan fisik	Klien 1	Klien 2
Sistem endokrin	Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada palpitasi, tidak ada retinopati, tidak ada neuropati.	Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada palpitasi, tidak ada retinopati, tidak ada neuropati.
Sistem genitourinari	Inspeksi : Tampak bersih, tidak ada sekret dan tidak ada kemerahan, klien menggunakan pampers kurang lebih 100cc. Palpasi : tidak ada nyeri tekan	Inspeksi : Tampak bersih, tidak ada kemerahan, dan tidak ada sekret, klien menggunakan pampers dan kateter dengan jumlah urin kurang lebih 200cc. Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Lampiran 4.3 Analisa Data Lain

Tabel 4.20 Analisa data lain yang muncul Ny. L dan Ny. M di ruang Melati RSUD Haryoto Lumajang (Kamar 8) bulan Juli 2017 sampai bulan Agustus 2017

Analisa	No	Klien 1	Klien 2
Data	1	<p>DS: Anak klien mengatakan jika klien mengalami perubahan suara yaitu bicaranya pelo (disartria)</p> <p>DO: Klien terdengar bicaranya pelo Klien tampak kesulitan untuk memulai bicara Klien tampak kesulitan memahami komunikasi Ketidaktepatan verbalisasi Klien tampak kesulitan menyusun kata - kata</p>	<p>DS : Adik klien mengatakan jika klien mengalami kesulitan untuk berbicara (afasia)</p> <p>DO : Terdengar bicaranya dieja Tampak kesulitan memahami komunikasi Ketidaktepatan verbalisasi Berbicara hanya 1 atau 2 kata Klien tampak sulit mengungkapkan kata – kata Disorientasi orang dan ruang</p>
	2	<p>DS : Klien mengatakan nyeri pada perutnya dan tidak dapat BAB selama ± 8 hari Klien mengatakan jika nafsu makannya menurun</p> <p>DO : Bising usus 58x/menit Distensi abdomen di regio 9 Terdapat nyeri tekan pada abdomen</p>	<p>DS : Adik klien mengatakan jika 7 tahun yang lalu ketika klien bekerja di rumah orang klien pernah jatuh dari tempat tidur. Adik klien mengatakan jika kedua kaki dan tangan kanan klien sulit digerakkan Adik klien mengatakan jika klien kesulitan miring kanan kiri</p> <p>DO : Kekuatan otot $\begin{matrix} 0 & 5 \\ 0 & 0 \end{matrix}$</p> <p>Skala jatuh MORSE, total skor = 95, termasuk resti</p>
	3	<p>DS : Klien mengatakan sebelum tangan dan kaki kirinya tidak dapat digerakkan, sabtu sorenya klien tiba – tiba jatuh Klien mengatakan jika tangan dan kaki kirinya sulit untuk digerakkan Klien mengatakan jika kesulitan miring kanan kiri</p> <p>DO : Kekuatan otot $\begin{matrix} 5 & 1 \\ 5 & 1 \end{matrix}$</p> <p>Skala jatuh MORSE, total skor = 105, termasuk resti</p>	<p>DS : Adik klien mengatakan jika klien tidak enak tidur dan semalaman klien tidak bisa tidur. Adik klien mengatakan jika klien tidak cukup istirahatnya, dikarenakan kesulitan untuk memulai tidur tadi malam</p> <p>DO : Tampak gelisah Tampak mata mudah tertutup dan membuka penurunan proporsi tidur, yaitu sebelum MRS tidur mulai jam 21.00-05.00, selama MRS klien tampak kesulitan memulai tidur. Siklus tidur NREM 1</p>
	4	<p>DS : Klien mengatakan tidak bisa tidur karena kepikiran dengan sakitnya yaitu tidak bisa berjalan</p> <p>DO : Tampak mudah terbangun saat ada orang lain yang menghampiri</p>	<p>DS : Adik klien mengatakan jika klien tidak dapat miring kanan dan kiri serta lebih sering terlentang di tempat tidur.</p> <p>DO : Tampak terdapat luka yang mengelupas di area pantat Terpasang pampers</p>

- . Klien tampak fokus pada diri sendiri
- . Klien tampak gelisah
- . Klien tampak mengekspresikan kekhawatirannya karena perubahan peristiwa hidup yaitu tidak bisa berjalan.

Etiologi	1	Gangguan neurologis	Gangguan neurologis
	2	Penurunan motilitas traktus gastrointestinal	Fisiologis : Gangguan mobilitas
	3	Fisiologis : Gangguan mobilitas	Halangan lingkungan
	4		Imobilitas fisik
Problem	1	Hambatan komunikasi verbal	Hambatan komunikasi verbal
	2	Konstipasi	Resiko jatuh
	3	Resiko jatuh	Gangguan pola tidur
	4	Ansietas	Kerusakan integritas kulit

Lampiran 4.4 Batasan Karakteristik

Batasan karakteristik yang terjadi pada partisipan dibandingkan dengan teori, tertera pada tabel dibawah ini :

No	Data	Klien 1	Klien 2
1	Dispnea setelah beraktivitas	-	-
2	Gangguan sikap berjalan	√	√
3	Gerakan lambat	√	√
4	Gerakan spastik	-	√
5	Gerakan tidak terkoordinasi	√	√
6	Instabilitas postur	√	√
7	Kesulitan membolak balik posisi	√	√
8	Keterbatasan rentang gerak	√	√
9	Ketidaknyamanan	√	-
10	Melakukan aktivitas lain sebagai pengganti pergerakan (mis : meningkatkan perhatian pada aktivitas orang lain, mengendalikan perilaku, fokus pada aktivitas sebelum sakit)	√	-
11	Penurunan kemampuan melakukan keterampilan motorik halus	√	√
12	Penurunan kemampuan melakukan keterampilan motorik kasar	√	√
13	Penurunan waktu reaksi	√	√
14	Tremor akibat gerak	-	-

Lampiran 4.5 Diagnosa Keperawatan Lain

Tabel 4.22 Diagnosa keperawatan lain Ny. L dan Ny. M di ruang Melati RSUD Haryoto Lumajang (Kamar 8) bulan Juli 2017 sampai bulan Agustus 2017

Klien	Diagnosa keperawatan				
Klien 1	<p>Resiko jatuh berhubungan dengan fisiologis: gangguan mobilitas yang ditandai oleh:</p> <p>DS : Klien mengatakan sebelum tangan dan kaki kirinya tidak dapat digerakkan, sabtu sorenya klien tiba – tiba jatuh</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="padding-right: 10px;">5</td><td>1</td></tr> <tr><td style="padding-right: 10px;">5</td><td>1</td></tr> </table> - Skala jatuh MORSE, total skor = 105, termasuk resti <p>Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas traktus gastrointestinal ditandai oleh :</p> <p>DS :</p> <p>Klien mengatakan nyeri pada perutnya dan tidak dapat BAB selama ± 8 hari</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> Bising usus 58x/menit Distensi abdomen di regio 9 Terdapat nyeri tekan pada abdomen <p>Ansietas yang ditandai oleh :</p> <p>DS : Klien mengatakan tidak bisa tidur karena kepikiran dengan sakitnya yaitu tidak bisa berjalan</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak mudah terbangun saat ada orang lain yang menghampiri - Klien tampak fokus pada diri sendiri - Klien tampak gelisah - Klien tampak mengekspresikan kekhawatirannya karena perubahan peristiwa hidup yaitu tidak bisa berjalan. <p>Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neurologis yang ditandai oleh :</p>	5	1	5	1
5	1				
5	1				

DS:

Anak klien mengatakan jika klien mengalami perubahan suara yaitu bicaranya pelo.

DO:

Klien terdengar bicaranya pelo

Klien tampak kesulitan untuk memulai bicara

Klien tampak kesulitan memahami komunikasi

Ketidaktepatan verbalisasi

Klien 2

Resiko jatuh berhubungan dengan fisiologis: gangguan mobilitas yang ditandai oleh:

DS : Adik klien mengatakan jika 7 tahun yang lalu ketika klien bekerja di rumah orang klien pernah jatuh dari tempat tidur.

DO :

- Kekuatan otot

1	5
1	1

- Skala jatuh MORSE, total skor = 95, termasuk resti

Risiko kekurangan volume cairan yang ditandai oleh

DS : Adik klien mengatakan selama di RS klien minumnya sedikit yaitu hanya 1 gelas kadang ½ gelas sehari.

DO :

Klien tampak lemas

TD = 100/60 mmhg

Nadi = 80x/menit

Kulit teraba kering

Output urin = 200cc

Turgor kulit <2 detik

Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imobilitas fisik yang ditandai oleh :

DS : Adik klien mengatakan jika klien tidak dapat miring kanan dan kiri serta lebih sering terlentang di tempat tidur.

DO :

- Tampak terdapat luka yang mengelupas di area pantat

- Terpasang pampers

Gangguan pola tidur berhubungan dengan halangan tidur yang ditandai oleh :

DS : Adik klien mengatakan jika klien tidak enak tidur dan semalaman klien tidak bisa tidur.

DO :

- Tampak gelisah
- Tampak mata mudah tertutup dan membuka
- penurunan proporsi tidur, yaitu sebelum MRS tidur mulai jam 21.00-05.00, selama MRS klien tampak kesulitan memulai tidur.
- Siklus tidur NREM 1

Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neurologis yang ditandai oleh :

DS :

Adik klien mengatakan jika klien mengalami kesulitan untuk berbicara.

DO :


Terdengar bicaranya dieja
Tampak kesulitan memahami komunikasi
Ketidaktepatan verbalisasi
Berbicara hanya 1 atau 2 kata

Lampiran 4.6 Implementasi Keperawatan Lain

Tabel Implementasi lain Ny. L dan Ny. M di ruang Melati RSUD Haryoto Lumajang (Kamar 8) bulan Juli-Agustus 2017

Diagnosa keperawatan		1 Agustus 2017		2 Agustus 2017	
Klien 1					
Hambatan mobilitas fisik tingkat 4	15.00	1.	Melakukan tindakan kolaboratif dalam pemberian injeksi Hasil : a. Inj.Citicolin 2x250mg b. Inj.Vit C 1x100mg c. Klien tampak tenang	08.05	1. Melakukan tindakan kolaboratif dalam pemberian injeksi Hasil : a. Injeksi Citicolin 2x250mg b. Injeksi Vit.C 1x100mg c. Klien tampak tenang
	15.40	2.	Mengukur SPO2 dan tekanan darah sebelum tindakan Hasil : SpO2 = 95, tekanan darah = 140/90mmhg	11.50	2. Mengukur tekanan darah sebelum tindakan Hasil : SpO2 = 95, tekanan darah = 140/90mmhg
	15.50	3.	Terapi latihan : Mobilitas (pergerakan) sendi a. Membantu klien latihan ROM pasif Hasil : Sendi siku masih terasa kaku, dan derajat kekuatan otot kaki kiri klien 2.	12.05	3. Terapi latihan : Mobilitas pergerakan sendi a. Membantu klien latihan ROM pasif Hasil : Derajat kekuatan otot kaki kiri masih berada pada derajat 2, kekuatan otot tangan 1, terasa kaku pada siku sedikit berkurang.
	16.00	b.	Membantu klien latihan ROM Aktif Asistif : Teknik <i>spherical grip</i> Hasil : Kekuatan otot tangan kiri klien masih berada pada derajat 1	12.10	b. Membantu klien latihan teknik spherical grip dengan 7 kali pengulangan Hasil : Kekuatan otot menggenggam tetap yaitu derajat 1, klien tampak belum mampu memegang dan menggenggam bola.
	16.30	4.	Pengaturan posisi a. Mengajukan klien untuk miring kanan dan kiri Hasil : Klien dapat miring kanan sendiri, dan miring kiri sendiri secara perlahan	12.20	4. Pengaturan posisi a. Mengajukan klien untuk miring kiri secara mandiri Hasil : Klien dapat miring kiri secara mandiri dengan pelan - pelan
18.15	5.	Mengukur SPO2 dan tekanan darah setelah tindakan Hasil : SpO2 = 96, tekanan darah = 150/100mmhg			


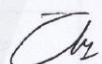


Diagnosa keperawatan		9 Agustus 2017	
Klien 2			
Hambatan mobilitas fisik tingkat 4	17.30	1.	Mengukur SPO2 dan tekanan darah sebelum tindakan Hasil : SpO2 = 97, tekanan darah = 100/70 mmhg
	17.40	2.	Terapi latihan : Mobilitas (pergerakan) sendi a. Membantu klien latihan ROM pasif Hasil : Kekuatan otot tangan kanan dan kedua kaki masih derajat 0
	17.50	b.	Membantu klien latihan ROM Aktif Asistif : Teknik <i>spherical grip</i> Hasil : Kekuatan otot tangan kanan klien ketika menggenggam masih derajat 0
	19.05	3.	Pengaturan posisi a. Menganjurkan klien untuk miring kiri Hasil : Klien tampak kesulitan menggerakkan badannya

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


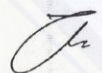











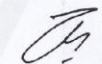
**LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL KTI
MAHASISWA D3 KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER**

NAMA MAHASISWA : Anggun Tri Cahya Hairini
NIM : 1523 03 101042
PROGRAM STUDI : D3 Keperawatan
JUDUL KARYA TULIS ILMIAH : Asuhan Keperawatan pada klien stroke iskemik dengan masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas fisik di Ruang Melah RSUD dr. Kartoro Jember tahun 2017

TAHAP PENULISAN PROPOSAL

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
	11/01 ¹⁸	Konsul ke 1	Review atau menandatangani pasien kerabali		
	13/01 ¹⁸	Konsul ke 2	Disetujui dengan kondisi pasien (BAB 1)		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
	15/01 ¹⁸	Konsul k 3	Konsul BAB 2: Penambahan teori dan disusutkan dengan kondisi pasien	<i>Ral</i>	<i>Jz</i>
	18/01 ¹⁸	Konsul k 4	Konsul BAB 3: Batasan karakteristik disusutkan	<i>Ral</i>	<i>Jz</i>
	22/01 ¹⁸	Konsul k 5	BAB 4: Pembahasan komponen sampai RPS	<i>Ral</i>	<i>Jz</i>
	25/01 ¹⁸	Konsul k 6	BAB 5: Pembahasan Pemecitan Fisik	<i>Ral</i>	<i>Jz</i>
	31/01 ¹⁸	Konsul ke 7	BAB 4: Pembahasan Analisa data	<i>Ral</i>	<i>Jz</i>
	6/02 ¹⁸	Konsul k 8	BAB 4: Pembahasan intervensi keperawatan	<i>Ral</i>	<i>Jz</i>
	7/2 ¹⁸	Konsul k 9	BAB 4: Pembahasan intervensi keperawatan	<i>Ral</i>	<i>Jz</i>

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
	6/02 18	Konsul ke 10	BAB 4: Pembahasan intervensi keperawatan		
	9/02 18	Konsul ke 11	BAB 4: Menambah teori pengkajian dan intervensi		
	13/02 18	Konsul ke 12	BAB 4: Menambah teori pengkajian		
	14/02 18	Konsul ke 13	BAB 4: Diagnosa keperawatan		
	15/02 18	Konsul ke 14	BAB 4: Menambah teori pengkajian dan intervensi		
	20/02 18	Konsul ke 15	BAB 4: Intervensi dan implementasi		
	21/02 18	Konsul ke 16	BAB 4: Intervensi (meningkatkan waktu pelaksanaan intervensi di NIC)		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
	22/10 102	Konsul ke 17	BAB 7: Implementasi (hasil data tindakan yg sudah dilakukan)	Dul	J
	11/03 18	Konsul ke 18	Au ring rds.	Dul	J

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
	7/04 ¹⁸	Konsul judul, prafata, Bab 3 → konsul 1	Rumusan masalah dan tujuan penulisan disesuaikan dengan judul partisipasi lebih spesifik		
	8/04 ¹⁸	Konsul Rumusan masalah, tujuan penulisan, partisipan → konsul 2	Partisipan lebih spesifik		
	9/04 ¹⁸	Konsul Bab 5, discharge planning, SOP → konsul 3	SOP desain prosedur tindakan, discharge planning ditambahkan Dx 1, penanganan disesuaikan dengan cek distek legal - siapkan ICD identifikasi		
	12/04 ¹⁸	Konsul discharge planning (aspek legal) → konsul 4	Acc Review lain 2 cek penulisan.		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
1.	4/18 /4	Konsul I	Penulisan kehipan disesuaikan dengan Pergaturan pada panduan PPKI Unes	<i>Dah</i>	<i>J-F</i>
2.	10/18 /4	Konsul II	Bab 1 ditambah Frontend, dan bagian revisi Bab 2, Bab 3 menggunakan bahasa sendiri.	<i>al</i>	<i>J-F</i>
3.	19/18 /4	Konsul III	Tabel intervensi, implementasi, evaluasi disesuaikan, Revisi bagian intervensi, implementasi dan evaluasi, ditambahkan dengan catatan pasien	<i>al</i>	<i>J-F</i>
4.	21/18 /4	Bab 1-3	<i>see</i>	<i>Dah</i>	<i>J-F</i>
5.	22/18 /4	Bab 4-5	<i>see</i>	<i>Dah</i>	<i>J-F</i>
6.	23/18 /4	Summary	<i>see of previous penulisan</i>	<i>Dah</i>	<i>J-F</i>
7.	24/18 /4		<i>see Revisi KPI.</i>	<i>Dah</i>	<i>J-F</i>