



**ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN STROKE PADA Ny. W
DAN Tn. S DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
HAMBATAN MOBILITAS FISIK DI RUANG
MELATI RSUD dr. HARYOTO
LUMAJANG TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh

**Irene Yuniar Insani
NIM 152303101130**

**PROGAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
KAMPUS LUMAJANG
2018**



**ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN STROKE PADA Ny. W
DAN Tn. S DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
HAMBATAN MOBILITAS FISIK DI RUANG
MELATI RSUD dr. HARYOTO
LUMAJANG TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

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

Oleh

**Irene Yuniar Insani
NIM 152303101130**

**PROGAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
KAMPUS LUMAJANG
2018**

PERSEMBAHAN

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat serta karunia-Nya sehingga karya tulis ilmiah ini dapat diselesaikan dengan baik. Tugas akhir ini saya persembahkan untuk :

1. Orang tua yang saya cintai Ibu Inarwati dan Ayah Imam Chomsani. Terima kasih atas segala dukungan moral, material, bimbingan, semangat, dan doa yang tiada henti terucap mengiringi langkah sehingga ananda mampu berdiri tegar, semangat dan kuat sampai tahap ini demi tercapainya cita-cita masa depan.
2. Seluruh staff, dosen, dan civitas akademika yang telah membimbing, mendidik, serta memberikan dukungan dan motivasi selama menjalani proses pendidikan di perguruan tinggi.
3. Teman-teman seperjuangan angkatan 18, seperjuangan satu bimbingan baik bimbingan akademik maupun bimbingan tugas akhir, dan sahabat-sahabat yang memberi dukungan doa, motivasi penuh pada penulis, sehingga penulis dapat menjalankan tugas program studi dengan baik.
4. Ruang Baca D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang yang telah menyediakan buku-buku sehingga dapat dijadikan literatur bagi penulis.

MOTO

“Allah tidak membebani seseorang melainkan sesuai dengan kesanggupannya”

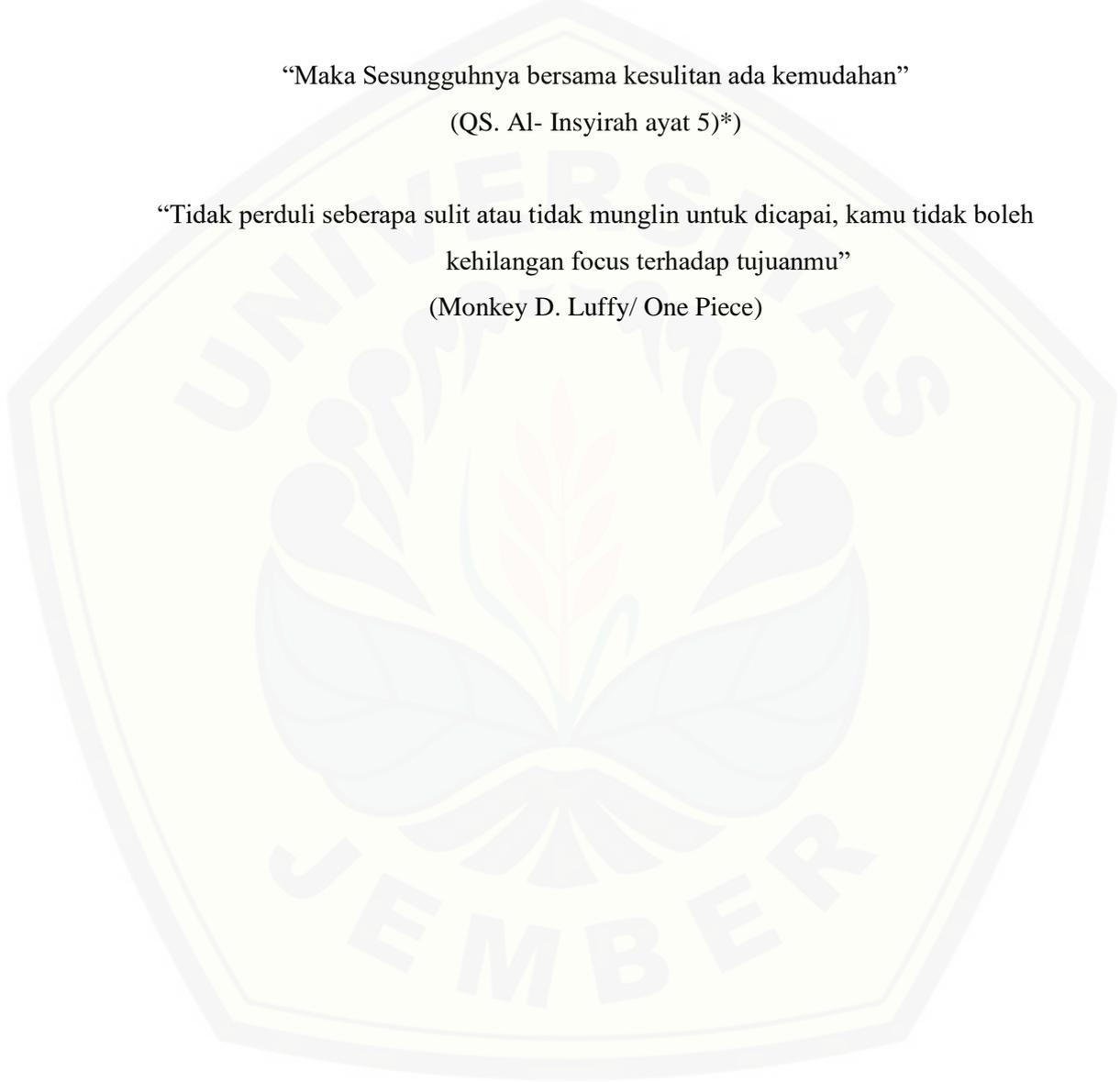
(QS. Al-Baqarah ayat 286)*

“Maka Sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan”

(QS. Al- Insyirah ayat 5)*

“Tidak peduli seberapa sulit atau tidak mungkin untuk dicapai, kamu tidak boleh kehilangan fokus terhadap tujuanmu”

(Monkey D. Luffy/ One Piece)



PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Irene Yuniar Insani

NIM : 152303101130

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Klien Stroke Pada Ny. W Dan Tn. S Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

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

Lumajang, 24 Juli 2018

Yang menyatakan

Irene Yuniar Insani

NIM 152303101130

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN STROKE PADA Ny. W
DAN Tn. S DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
HAMBATAN MOBILITAS FISIK DI RUANG
MELATI RSUD dr. HARYOTO
LUMAJANG TAHUN 2018**

Oleh
Irene Yuniar Insani
NIM 152303101130

Pembimbing:

Dosen Pembimbing

:Ns. Syaifuddin Kurniatio, M.Kep.

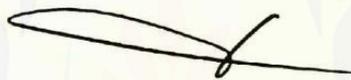
PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir berjudul “Asuhan Keperawatan Klien Stroke pada Ny. W dan Tn. S dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018” karya Irene Yuniar Insani telah diuji dan disahkan pada:

hari, tanggal : 16 Agustus 2018

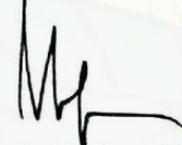
tempat : Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan
Universitas Jember Kampus Lumajang

Ketua Penguji,



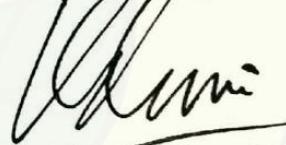
Achlish Abdillah, S.ST, M. Kes
NIP 19720323 200003 1 003

Anggota I,



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

Anggota II,



Ns. Syaifuddin Kurniatio, M.Kep.
NRP 7600 17253

Mengesahkan,

Koordinator Program Studi D3 Keperawatan
Universitas Jember Kampus Lumajang



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

RINGKASAN

Asuhan Keperawatan Klien Stroke Pada Ny. W dan Tn. S dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018; Irene Yuniar Insani, 152303101130; 162 halaman; Program Studi D3 keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang.

Stroke adalah suatu keadaan yang timbul karena terjadi gangguan peredaran darah di otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan dan kematian. Setiap tahun, 15 juta orang di seluruh dunia menderita stroke. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 menunjukkan prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 7 ‰ dan yang terdiagnosis tenaga kesehatan atau gejala sebesar 12,1 ‰. Di RSUD dr. Haryoto Lumajang yang merupakan rumah sakit rujukan di Lumajang, jumlah klien stroke selalu meningkat. Hasil studi pendahuluan penulis yang dihitung dari Januari sampai 24 Mei 2018 terdapat 142 klien stroke. Gejala stroke bervariasi, tergantung bagian otak yang mengalami kekurangan darah. Jika otak mengalami kerusakan, gejala akan menetap menjadi gangguan. Salah satu bentuk gangguan itu gangguan motorik (kelumpuhan) yang jika tidak segera ditangani akan menimbulkan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik.

Penulisan tugas akhir ini menggunakan metode laporan kasus terhadap 2 klien stroke dengan diagnose keperawatan prioritas hambatan mobilitas fisik. Metode pengumpulan data yang digunakan dalam penyusunan laporan kasus ini diantaranya wawancara, pemeriksaan fisik dan observasi, serta laporan dokumentasi terhadap klien stroke. Intervensi prioritas yang dilakukan oleh klien yaitu melatih dan mengajarkan *range of motion* (ROM).

Setelah kedua klien mendapatkan perawatan selama tiga hari, masalah pada klien pertama telah teratasi, sedangkan pada klien kedua belum teratasi. Hal yang tidak teratasi pada klien kedua dikarenakan stroke hemoragik atau perdarahan yang merupakan stroke dengan perburukan kondisi klinis lebih tinggi dibandingkan stroke iskemik, dan akan memperlambat proses rehabilitasi sebagai intervensi utama, sehingga waktu yang dibutuhkan untuk rawat inap lebih lama.

Perawat diharapkan dapat mengaplikasikan tindakan keperawatan yaitu dengan mengajarkan dan melatih *range of motion* (ROM) untuk meningkatkan kekuatan otot dan menghindari kekakuan pada ekstremitas yang terjadi pada klien, khususnya pada klien stroke dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik, karena berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh penulis pada kedua klien tindakan *range of motion* (ROM) tersebut dapat meningkatkan kekuatan otot dan menghindari kekakuan pada ekstremitas pada tubuh.

SUMMARY

Nursing Care of Stroke Clients towards Mrs. W and Mr. S with Problems of Nursing Physical Mobility Barriers In Melati Room dr. Haryoto Lumajang in 2018; Irene Yuniar Insani, 152303101130; 162 pages; D3 Nursing Study Program Universitas Jember Lumajang Campus.

Stroke is a condition that arises because of a circulatory disorder in the brain that causes the death of brain tissue resulting in a person suffering from paralysis and death. Every year, 15 million people worldwide suffer a stroke. The results of Basic Health Research (Riskesmas) in 2013 showed that the prevalence of stroke in Indonesia was based on a diagnosis of health personnel of 7% and that diagnosed health workers or symptoms were 12.1%. In RSUD dr. Haryoto Lumajang which is a referral hospital in Lumajang, the number of stroke clients is always increasing. The author's preliminary study, which counts from January to 24 May 2018, has 142 stroke clients. Symptoms of a stroke vary, depending on the part of the brain that has a blood deficiency. If the brain is damaged, the symptoms will settle into a disorder. One form of the disorder is motor disorder (paralysis) which if not treated immediately will cause nursing problems physical mobility barriers.

This thesis uses case report method to 2 stroke client with priority nursing diagnosis of physical mobility barrier. Data collection methods used in the preparation of this case report include interviews, physical examinations and observations, as well as documentation reports on stroke clients. Priority intervention by clients is to train and teach range of motion (ROM).

After both clients get maintenance for three days, the first client problem has been resolved, while the second client has not been resolved. The unresolved thing in the second client is due to hemorrhagic stroke or bleeding which is a stroke with worsening clinical conditions compared to ischemic stroke, and will slow down the rehabilitation process as a major intervention, so that the time needed for hospitalization is longer.

Nurses are expected to be able to apply nursing actions by teaching and training range of motion (ROM) to increase muscle strength and avoid stiffness in extremities that occur in clients, especially in stroke clients with nursing problems barriers to physical mobility, because based on research conducted by the authors on both clients range of motion (ROM) action can increase muscle strength and avoid stiffness in the extremities of the body.

PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, dan hidayah-Nya kepada penulis sehingga karya tulis yang berjudul “Asuhan Keperawatan Klien Stroke Pada Ny. W Dan Tn. S Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018” ini dapat terselesaikan dengan baik. Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini tidak lepas dari bimbingan dan bantuan berbagai pihak, maka dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Drs. Moh. Hasan, Msc, Ph.D., selaku Rektor Universitas Jember.
2. Ibu Lantin Sulistyorini, S.Kep., Ners., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember.
3. Ibu Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM selaku koordinator D3 keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang dan penguji anggota I sidang KTI yang telah memberikan bimbingan kepada penulis terkait perbaikan KTI.
4. Bapak Syaifuddin Kurniatio, M.Kep selaku pembimbing KTI dan penguji anggota II yang telah memberikan bimbingan dan arahan kepada penulis sehingga karya tulis ilmiah ini dapat tersusun dengan baik.
5. Bapak Achlish Abdillah, S.ST, M. Kes selaku ketua penguji sidang KTI yang telah memberikan bimbingan kepada penulis terkait perbaikan KTI.
6. Ayah, Ibu, kakak, adik, seluruh keluarga dan teman-teman angkatan 18 serta semua pihak yang telah mendoakan dan memberikan motivasi untuk terselesaikannya KTI.

Penulis menyadari dalam penyusunan tugas akhir karya tulis ilmiah ini masih jauh dari sempurna, untuk itu penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang sifatnya membangun demi perbaikan di masa mendatang.

Lumajang, 30 Agustus 2018

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL LAPORAN TUGAS AKHIR	i
HALAMAN SAMPEL LAPORAN TUGAS AKHIR.....	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN.....	v
HALAMAN PEMBIMBING.....	vi
HALAMAN PENGESAHAN.....	vii
RINGKASAN	viii
PRAKATA.....	ix
SUMMARY	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB 1. 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 TEORI.....	7
2.1 Konsep Stroke.....	7
2.1.1 Definisi	7
2.1.2 Etiologi	8
2.1.3 Klasifikasi.....	8
2.1.4 Patofisiologi	11
2.1.5 Web Of Caution	13
2.1.6 Gambaran Klinis	15
2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik / Penunjang.....	18
2.1.8 Penatalaksanaan	24
2.1.9 Prognosis	29
2.1.10Komplikasi	29
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Klien.....	31
2.2.1 Pengkajian Keperawatan	31
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	46
2.2.3 Perencanaan Keperawatan.....	48
2.2.4 Implementasi Keperawatan	49
2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	51
2.2.6 Diagnosa Keperawatan yang Lain.....	52
BAB 3 METODE PENULISAN.....	54
3.1 Desain Penulisan.....	54

3.2 Batasan Istilah	54
3.3 Partisipan	55
3.4 Lokasi dan Waktu	55
3.5 Pengumpulan Data	56
3.6. Etika Penulisan	57
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	59
4.1 Gambaran Lokasi Penelitian.....	59
4.2 Hasil dan Pembahasan Asuhan Keperawatan.....	59
4.2.1 Pengkajian	60
4.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	103
4.2.3 Intervensi Keperawatan.....	107
4.2.4 Implementasi	111
4.2.5 Evaluasi Keperawatan	126
BAB 5 KESIMPULAN	130
5.1 Kesimpulan	130
5.2 Saran.....	132
DAFTAR PUSTAKA	134

DAFTAR TABEL

	Halaman
2.1	Gejala CVA Berdasarkan Area yang Terkena Serangan 17
2.2	Manifestasi Stroke..... 18
2.3	Nilai kekuatan otot 45
2.4	Tujuan dan Kriteria Hasil serta Intervensi 49
4.1	Identitas klien 60
4.2	Riwayat penyakit..... 61
4.3	Pola Persepsi dan TataLaksana Kesehatan..... 66
4.4	Pola Nutrisi dan Metabolik 67
4.5	Pola Eliminasi 69
4.6	Pola tidur dan istirahat..... 71
4.7	Pola Aktivitas dan Kebersihan Diri..... 72
4.8	Pola pengetahuan dan persepsi sensori 74
4.9	Pola hubungan interpersonal dan peran..... 76
4.10	Pola konsep diri 78
4.11	Pola reproduksi dan seksual 79
4.12	Pola Penanggulangan Stress/Mekanisme Koping 80
4.13	Pola Tata Nilai dan Kepercayaan 82
4.14	Pemeriksaan fisik 83
4.15	Pemeriksaan fisik kepala sampai leher..... 84
4.16	Pemeriksaan fisik sistem integument 86
4.17	Pemeriksaan fisik sistem pernafasan..... 86
4.18	Pemeriksaan fisik sistem kardiovaskuler 87
4.19	Pemeriksaan fisik sistem pencernaan 89
4.20	Pemeriksaan fisik sistem muskuloskeletal dan neurologi 89
4.21	Pemeriksaan fisik sistem endokrin dan genitourinary..... 92
4.22	Pemeriksaan Diagnostik 94
4.23	Terapi 97
4.24	Analisa Data 98
4.25	Batasan Karakteristik 100
4.26	Analisa data lain yang muncul 101
4.27	Diagnosa Keperawatan..... 103
4.28	Intervensi Keperawatan..... 107
4.29	Implementasi Keperawatan 111
4.30	Evaluasi Keperawatan 126

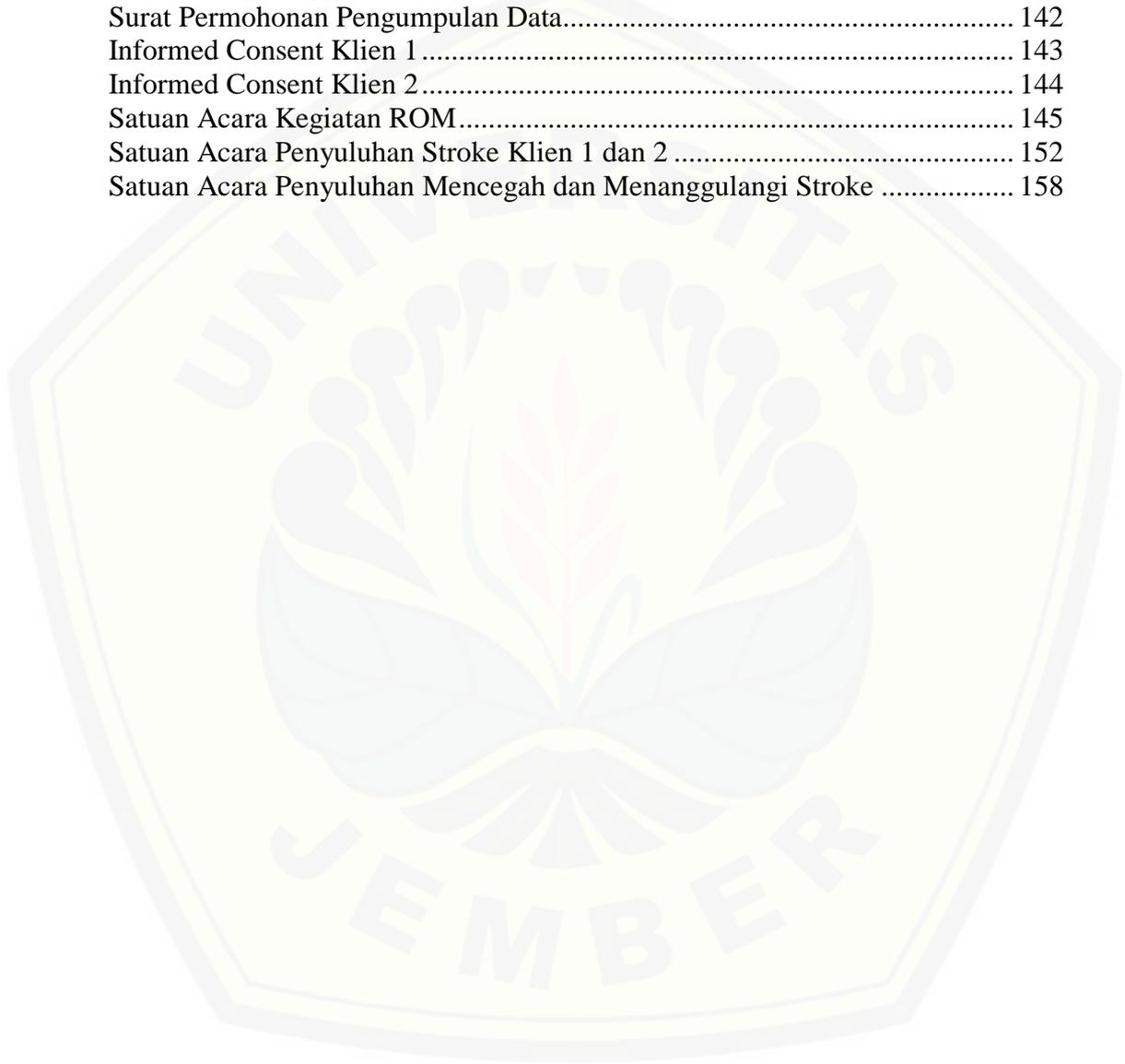
DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Web Of Causion Stroke.....	14
2.2 Bagian Otak yang Mengalami Stroke Berlawanan dengan Kelumpuhan yang Terjadi.....	17
2.3 Gambaran Perubahan Visual Pada Penderita Stroke.....	18
2.4 Atrial Fibrilasi Terlihat Pada Sandapan II.....	20
2.5 Gelombang T abnormal Pada Kliem IHD.....	20
2.6 Gambaran EKG Elevasi Segmen-ST Pada Perdarahan Subarachnoid..	21
2.7 Perbedaan hasil CT scan normal dengan stroke iskemik	22
2.8 Perbedaan hasil CT scan normal dengan Intacerebral Hemorrhage.....	22



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Jadwal Penyelenggaraan Karya Tulis Ilmiah	141
Surat Permohonan Pengumpulan Data.....	142
Informed Consent Klien 1	143
Informed Consent Klien 2	144
Satuan Acara Kegiatan ROM.....	145
Satuan Acara Penyuluhan Stroke Klien 1 dan 2	152
Satuan Acara Penyuluhan Mencegah dan Menanggulangi Stroke	158



BAB 1. PENDAHULUAN

Pada bab 1 ini penulis akan memaparkan mengenai latar belakang, rumusan masalah, tujuan, dan manfaat penulisan Laporan Tugas Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Klien Stroke pada Ny. W dan Tn. S dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018”.

1.1 Latar Belakang

Stroke merupakan penyebab utama kematian dan kecacatan jangka panjang di dunia (Dinanti & Carolia, 2013). Depkes (2016) menyebutkan bahwa stroke menempati urutan pertama dari 10 penyebab kematian utama penyakit tidak menular (PTM) berdasarkan sampel registrasi sistem (SRS). Stroke juga merupakan kedaruratan medik (*brain attack*) karena semakin lambat pertolongan medis yang diperoleh, maka akan semakin banyak kerusakan sel yang terjadi (Victoria, Kristiyawati and Arif 2014). Akibat dari penyakit stroke yaitu adanya disfungsi motorik, seperti hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi), hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh adalah tanda yang lain (Orizani, 2016). Kelemahan fungsi motorik yang dapat terjadi antara lain: kelemahan menggerakkan kaki, kelemahan menggerakkan tangan, ketidakmampuan bicara dan ketidakmampuan fungsi-fungsi motorik lainnya (Muttaqin, 2008 dalam Nurbaeni, dkk, 2010). Penurunan kemampuan melakukan keterampilan motorik merupakan salah satu batasan karakteristik yang terdapat pada masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik (Wilkinson, 2011). Masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik pada klien stroke jika tidak segera diatasi dengan cara yang tepat akan menyebabkan klien dalam keadaan imobilisasi. Imobilisasi (*bed rest*) yang lama pada klien stroke akan merangsang atropi otot skeletal terutama ekstremitas bawah.

Hasil penelitian Honkanen, et al (1997) dan Thorn, et al, (2001) dalam Eldawati (2011) menjelaskan bahwa imobilisasi lama akan menurunkan kekuatan otot sejumlah 1- 1.5 % perhari selama periode imobilisasi. Eldawati (2011) juga

menyebutkan bahwa bahwa setelah periode pendek yaitu 10 (sepuluh) hari otot tidak diberi beban atau bed rest, maka hasilnya 4 (empat) hari pertama terjadi penurunan kekuatan otot untuk menahan beban dan setelah 6 minggu bed rest, hampir setengah dari kekuatan otot menurun. Summers dkk, (2009) dalam Sari, dkk, (2015) imobilitas dapat menyebabkan kekakuan sendi (kontraktur), komplikasi ortopedik, atrofi otot, dan kelumpuhan saraf akibat penekanan yang lama (*nerve pressure palsies*).

Setiap tahun, 15 juta orang di seluruh dunia menderita stroke. Hampir enam juta meninggal dan lima juta yang tersisa cacat permanen (Mungal-Singh, 2017). Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas) tahun 2013 menunjukkan prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 7 % dan yang terdiagnosis tenaga kesehatan atau gejala sebesar 12,1 %. Prevalensi Stroke berdasarkan terdiagnosis nakes dan gejala tertinggi terdapat di Sulawesi Selatan (17,9%), DI Yogyakarta (16,9%), Sulawesi Tengah (16,6%), diikuti Jawa Timur sebesar 16 %. Prevalensi stroke di Jawa Timur berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 9,1 % dan yang terdiagnosis tenaga kesehatan dan gejala sebesar 16 %. Prevalensi penyakit stroke pada kelompok yang didiagnosis tenaga kesehatan dan gejala meningkat seiring dengan bertambahnya umur, tertinggi pada umur ≥ 75 tahun (43,8% dan 67,5%). Prevalensi stroke di Lumajang berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 7,4% dan yang terdiagnosis tenaga kesehatan dan gejala sebesar 15 %. Riskesdas (2013) juga menyatakan bahwa prevalensi stroke yang dijumpai sama tingginya pada laki-laki dan perempuan. Studi pendahuluan yang dilakukan penulis pada tanggal 24 Mei 2018 di Ruang Melati RSUD Dr Haryoto Kab Lumajang, jumlah klien stroke selama tahun 2018 berjumlah 142 klien, dimana pada bulan Januari berjumlah 0,11% klien, Februari meningkat yaitu sebanyak 0,39% klien, Maret tetap sebanyak 0,39% klien, dan pada bulan April dan Mei meningkat sebanyak 0,53% klien (Data Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang, 2018).

Stroke umumnya diklasifikasikan menjadi dua macam, yaitu iskemik dan hemoragik (perdarahan). Stroke iskemik terjadi akibat adanya sumbatan pada lumen pembuluh darah otak, sedangkan stroke hemoragik (stroke perdarahan)

terjadi akibat pecahnya pembuluh darah di otak (Mawarti *et al*, 2012). Stroke iskemik disebabkan oleh thrombosis akibat plak aterosklerosis yang memberi vaskularisasi pada otak atau oleh emboli dari pembuluh darah di luar otak yang tersangkut di arteri otak dan secara perlahan akan membesar hingga terbentuk thrombus dan emboli di dalam darah akan terlepas dan terbawa hingga terperangkap dalam pembuluh darah distal, sedangkan stroke hemoragik akan mengakibatkan salah satunya hipertensi yang menyebabkan viskositas dalam darah meningkat dan diikuti peningkatan intravaskuler yang dapat memecah pembuluh darah serebral sehingga terjadi perdarahan arachnoid/ventrikel hingga menimbulkan hematoma serebral (Widagdo, 2008 dalam Adha, 2017).

Setelah itu, pada stroke iskemik maupun hemoragik akan menyebabkan pengurangan aliran darah yang menuju ke otak sehingga sel otak akan mengalami kekurangan nutrisi dan juga oksigen. Sel otak yang mengalami kekurangan oksigen dan glukosa akan menyebabkan asidosis dan mengakibatkan natrium klorida dan air masuk ke dalam sel otak dan kalium meninggalkan sel otak sehingga terjadi edema setempat. Kemudian kalsium akan masuk dan memicu serangkaian radikal bebas sehingga terjadi kerusakan membran sel mengerut dan tubuh mengalami defisit neurologis. Thrombus dan emboli atau hematoma serebral akan menyebabkan iskemia pada jaringan yang tidak dialiri oleh darah, jika hal ini berlanjut terus – menerus maka jaringan tersebut akan mengalami infark (Widagdo, 2008 dalam Adha, 2017).

Jika area yang mengalami infark berada di cortex cerebri, klien akan mengalami gangguan pada aktivitas motorik, karena semua aktivitas motorik sadar dikontrol oleh cortex cerebri. Ia menghendaki kontraksi otot skeletal. Impuls motor area dari *cortex cerebri* (gyrus precentralis) turun ke *medulla* spinalis yang menghantarkan impuls tadi ke otot-otot skeletal. Bila sel-sel *cornu anterior* tidak menerima dari motor area, maka tidak terjadi transmisi impuls, sehingga respon tidak ada, dengan kata lain terjadi paralysis (kelumpuhan) (N.I., 2008). Akibat dari kelumpuhan tersebut, otomatis klien akan mengalami keterbatasan dalam pergerakan fisik mandiri dan terarah pada tubuh atau satu ekstremitas atau lebih

yang merupakan definisi dari masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik menurut Wilkinson (2011).

Penurunan kemampuan melakukan keterampilan motorik dalam buku *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017* merupakan salah satu batasan karakteristik yang muncul dalam diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik. Hasil penelitian Sari dkk (2015) menunjukkan bahwa batasan karakteristik utama yang muncul pada klien stroke yang mengalami hambatan mobilitas fisik adalah keterbatasan kemampuan melakukan keterampilan motorik halus (100%), keterbatasan kemampuan melakukan keterampilan motorik kasar (100%), kesulitan membolak-balik posisi (100%), keterbatasan rentang pergerakan sendi (26,9%), dan pergerakan lambat (3,8%). Etiologi utama yang muncul pada klien stroke adalah penurunan kekuatan otot (92,3%), gangguan neuromuskular (80,8%), nyeri (19,2%), kaku sendi (3,8%), dan gangguan sensori perseptual (3,8%) (Sari, dkk, 2015).

Masalah keperawatan ini perlu mendapatkan perhatian yang khusus, karena disfungsi motorik yang terjadi akan mengakibatkan klien mengalami keterbatasan dalam menggerakkan bagian tubuhnya sehingga meningkatkan resiko terjadinya komplikasi. Untuk mencegah terjadinya komplikasi tersebut, intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk memperbaiki mobilitas diantaranya adalah latihan mobilisasi, yang salah satu programnya adalah latihan pergerakan sendi atau range of motion (ROM) (Kusuma, 2012; Caidir & Zuardi, 2014).

Latihan mobilisasi pada penderita stroke secara rutin dapat menghindari kelumpuhan secara permanen (Yasmara, *et al.*, 2016). Latihan ROM secara signifikan dapat meningkatkan kekuatan otot klien selama dilakukan dengan teknik yang tepat dengan durasi minimal dua kali/ hari (Berman, *et al.*, 2008; Potter & Perry, 2006 dalam Cahyati, dkk, 2013). Pernyataan ini juga dikuatkan oleh penelitian Gusty (2012) yang menyimpulkan bahwa terdapat perbedaan kekuatan otot, tonus otot dan kemampuan motorik fungsional sebelum dan sesudah pemberian mobilisasi dini 2x/hari dan 3x/hari pada klien paska stroke iskemik yang mengalami hemiparesis. Pradana (2016) menambahkan bahwa tindakan ROM, perawatan alih baring dan pengubahan posisi setiap 2 jam terbukti

efektif untuk mencegah kekakuan otot pada klien stroke. Mobilisasi dini dengan latihan ROM yang telah terprogram akan memberikan dampak yang lebih signifikan bila ditunjang dengan peran keluarga setelah keluarga diajarkan tentang latihan ROM (Puspitasari, Hamid and Dewi 2013).

Berdasarkan penjelasan diatas, maka penulis tertarik untuk mengambil judul “Asuhan Keperawatan Klien Stroke pada Ny. W dan Tn. S dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018”.

1.2. Rumusan Masalah

Bagaimana pelaksanaan asuhan keperawatan klien stroke pada Ny. W dan Tn. S dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang tahun 2018?

1.3. Tujuan

Laporan kasus ini bertujuan untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan klien stroke pada Ny. W dan Tn. S dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang tahun 2018.

1.4. Manfaat

Manfaat dari laporan kasus ini, dapat digunakan bagi penulis, institusi, tempat penelitian, keluarga, dan klien, serta pengembangan ilmu keperawatan.

1.4.1 Manfaat teoritis

Hasil laporan kasus ini diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam pengembangan ilmu keperawatan terutama terkait dengan konsep asuhan keperawatan pada klien stroke dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik.

1.4.2 Manfaat praktis

a. Bagi perawat

Hasil laporan kasus ini diharapkan dapat menambah wawasan juga keterampilan bagi perawat terkait pemberian asuhan keperawatan pada klien

stroke dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik sehingga asuhan keperawatan yang diberikan pada klien sesuai dengan konsep yang ada.

b. Bagi Rumah Sakit

Hasil laporan kasus ini diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien stroke dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik sehingga pelayanan keperawatan yang diberikan dapat meningkatkan derajat kesehatan klien.

c. Bagi Institusi

Hasil laporan kasus ini diharapkan dapat dijadikan sebagai masukan dan referensi terkait dengan asuhan keperawatan pada klien stroke dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik.

d. Bagi Klien/Klien

Hasil laporan kasus ini dapat memperbaiki tingkat kesembuhan klien dengan diagnosa medis stroke yang mengalami hambatan mobilitas fisik sehingga dapat memperpendek hari rawat klien di rumah sakit.

BAB 2. TINJAUAN TEORI

Bab ini akan menjelaskan tentang konsep medis stroke yang meliputi definisi, etiologi, klasifikasi, patofisiologi, gambaran klinis, pemeriksaan diagnostik/ penunjang, penatalaksanaan, serta komplikasi. Selain itu juga akan membahas konsep asuhan keperawatan penyakit stroke mulai dari pengkajian keperawatan sampai evaluasi keperawatan.

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi stroke

Stroke adalah suatu keadaan yang timbul karena terjadi gangguan peredaran darah di otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan dan kematian (Batticaca and Fransisca 2008). Stroke (*cerebral apoplexy*) merupakan kondisi dimana terjadi kehilangan perfusi ke pembuluh darah otak secara akut yang menimbulkan kehilangan fungsi neurologis secara cepat (Satyanegara, et al. 2014).

Stroke adalah sindrom yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak (GPDO) dengan awitan akut, disertai manifestasi klinis berupa defisit neurologis dan bukan sebagai akibat tumor, trauma ataupun infeksi susunan saraf pusat. Pada masyarakat barat, 80% penderita mengalami stroke iskemik dan 20% mengalami stroke hemoragik (Dewanto and Suwono 2009).

Stroke merupakan penyakit serebrovaskular (pembuluh darah otak) yang ditandai dengan gangguan fungsi otak karena adanya kerusakan atau kematian jaringan otak akibat berkurang atau tersumbatnya aliran darah dan oksigen ke otak. Aliran darah ke otak dapat berkurang karena pembuluh darah otak mengalami penyempitan, penyumbatan, atau perdarahan karena pecahnya pembuluh darah tersebut (Indrawati, Sari and Dewi 2016).

2.1.2 Etiologi

a. Stroke hemoragik

Terhalangnya suplai darah ke otak pada stroke perdarahan (stroke hemoragik) disebabkan oleh arteri yang mensuplai darah ke otak pecah. Penyebabnya misalnya tekanan darah yang mendadak tinggi dan atau oleh stress psikis berat. Peningkatan tekanan darah yang mendadak tinggi juga dapat disebabkan oleh trauma kepala atau peningkatan tekanan lainnya, seperti mengedan, batuk keras, mengangkat beban, dan sebagainya. Pembuluh darah pecah umumnya karena arteri tersebut berdinding tipis berbentuk balon yang disebut aneurisma atau arteri yang lecet bekas plak aterosklerotik (Junaidi, 2011) dalam Geofani (2017).

b. Stroke non hemoragik/iskemik

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

2.1.3 Klasifikasi

Tarwoto (2013) mengklasifikasikan stroke sebagai berikut:

a. Berdasarkan keadaan patologis

1) Stroke iskemik

Iskemik terjadi akibat suplai darah ke jaringan otak berkurang, hal ini disebabkan karena obstruksi total atau sebagian pembuluh darah otak mekanisme terjadinya iskemik secara umum dibagi menjadi 5 kategori yaitu trombosis, emboli, hipoperfusi sistemik, penyempitan lumen arteri, dan venous congestion.

a) Trombosis

Trombosis merupakan pembentukan bekuan atau gumpalan di arteri yang menyebabkan penyumbatan sehingga mengakibatkan terganggunya

alirandarah ke otak. Hambatan aliran darah ke otak menyebabkan otak kekurangan oksigen atau hipoksia kemudian menjadi iskemik dan berakhir pada infark. Trombosis merupakan penyebab stroke yang paling sering, berkaitan dengan kerusakan lokal dinding pembuluh darah akibat aterosklerosis. Faktor lain terjadinya thrombosis adalah adanya lipohialinosis, invasi vaskuler oleh tumor, penyakit gangguan pembekuan darah seperti *Diseminatet Intravascular Coagulasi* (DIC) dan Trombotik Trombositopenia Purpura (TTP). Pemberian heparin sangat efektif menghancurkan thrombosis.

b) Emboli

Emboli merupakan benda asing yang berada pada pembuluh darah sehingga dapat menimbulkan konklusi atau penyumbatan pada pembuluh darah otak. Sumber emboli diantaranya adalah udara, tumor, lemak, dan bakteri. Paling sering thrombosis berasal dari dalam jantung, jika berasal dari plak aterosklerosis sinus karotikus atau arteri karotis interna.

c) Hipoperfusi sistemik

Hipoperfusi sistemik disebabkan menurunnya tekanan arteri misalnya karena *cardiac arrest*, embolis pulmonal, miokardiak infark, aritmia, syok hipovolemik.

d) Penyempitan lumen arteri

Penyempitan lumen arteri dapat terjadi karena infeksi atau proses peradangan, spasme atau karena kompresi massa dari luar

2) Stroke hemoragik

Black (2009) menyebutkan, angka kejadian stroke hemoragik sekitar 15% dari stroke secara keseluruhan. Stroke ini terjadi karena perdarahan atau pecahnya pembuluh darah otak baik di subarachnoid, intraserebral maupun karena aneurisma. Angka kematian klien dengan stroke hemoragik sekitar 25-60%.

a) Perdarahan intraserebral

Perdarahan intraserebral terjadi karena pecahnya arteri-arteri kecil pada serebral. Kira-kira 2/3 klien dengan perdarahan serebral terjadi akibat

tidak terkontrolnya tekanan darah yang tinggi atau adanya riwayat hipertensi, penyakit diabetes mellitus dan aterosklerosis. Penyebab lain karena perdarahan akibat tumor otak, trauma, malformasi arteriovena, dan obat-obatan seperti amfetamin dan kokain. Klien dengan stroke hemoragik karena perdarahan intraserebral kejadiannya akut, dengan nyeri berat dan penurunan kesadaran. Tanda dan gejala lain tergantung lokasi dan banyaknya perdarahan. Namun, umumnya perdarahan terjadi pada lokasi cerebellum, jarang terjadi pada cerebrum yang merupakan pusat keseimbangan dan pusat pergerakan. Sehingga pada jenis stroke ini sering dijumpai adanya gangguan pergerakan, keseimbangan, nyeri kepala, dan muntah.

b) Perdarahan subarachnoid

Akibat aneurisma atau malformasi vaskuler. Kerusakan otak terjadi karena adanya darah yang keluar dan menggumpal sehingga mendorong ke area otak dan pembuluh darah.

c) Aneurisma

Merupakan dilatasi pada pembuluh darah arteri otak yang kemudian berkembang menjadi kelemahan pada dinding pembuluh darahnya. Aneurisma dapat pecah menimbulkan perdarahan atau vasospasme menimbulkan gangguan aliran darah ke otak dan selanjutnya menjadi stroke iskemik.

b. Berdasarkan perjalanan penyakit

1) Transient Ischemic Attack (TIA)

Merupakan gangguan neurologi fokal yang timbul secara tiba-tiba dan menghilang dalam beberapa menit sampai beberapa jam. Gejala yang muncul akan hilang secara spontan dalam waktu kurang dari 24 jam. TIA merupakan tanda awal terjadinya stroke komplit, hampir 50% klien TIA berkembang menjadi stroke, serta beresiko terjadinya serangan jantung. Penyebab terjadinya TIA adalah terbatasnya aliran darah ke otak karena stenosis aorta karotis dan embolus.

2) Progresif (Stroke in evolution)

Perkembangan stroke terjadi perlahan-lahan sampai akut, munculnya gejala makin memburuk. Proses progresif beberapa jam sampai beberapa hari.

3) Stroke lengkap (Stroke komplit)

Gangguan neurologik yang timbul sudah menetap atau permanen, maksimal sejak awal serangan dan sedikit memperlihatkan perbaikan.

2.1.4 Patofisiologi

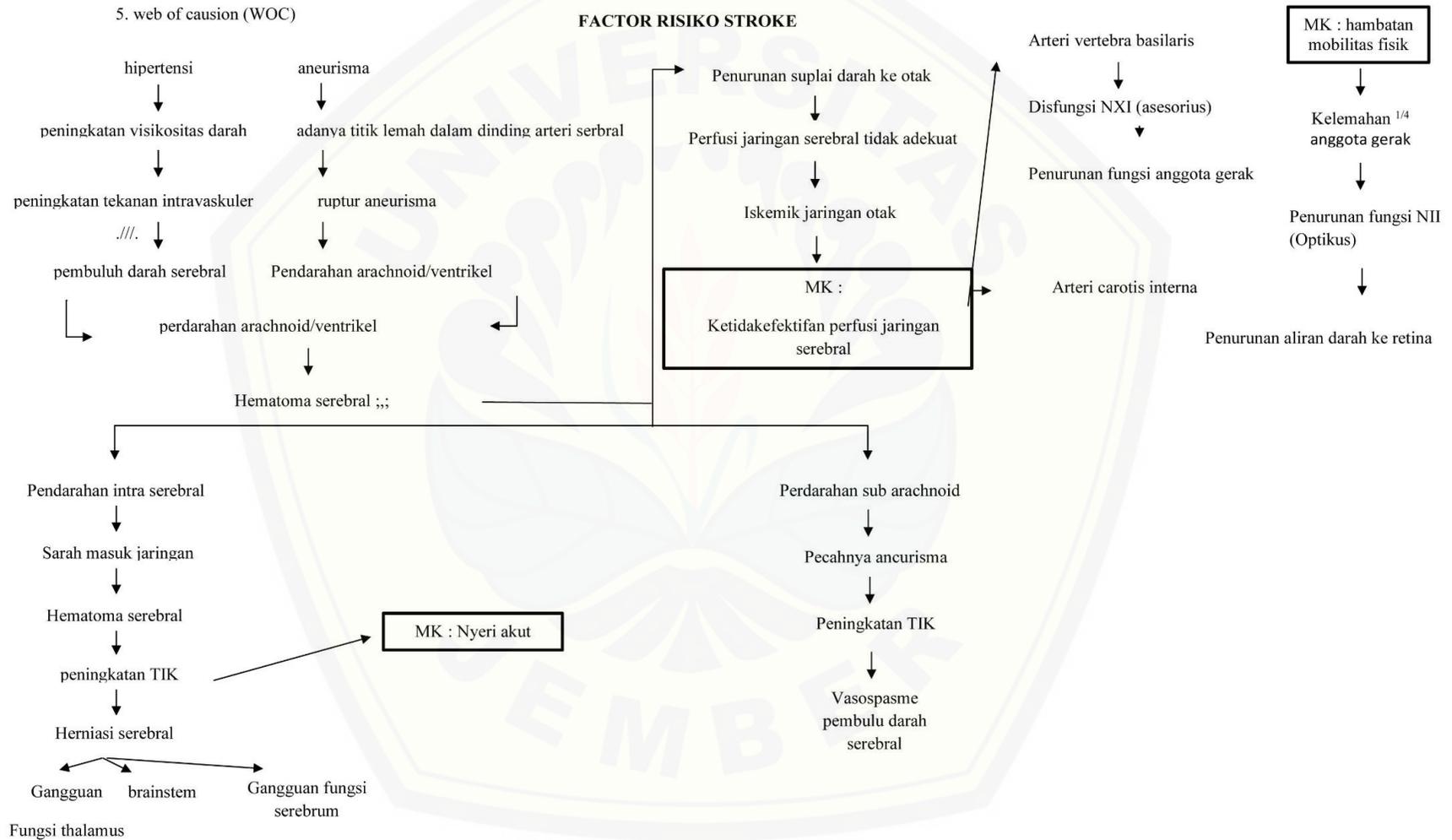
Menurut Muttaqin (2008) infark serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke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

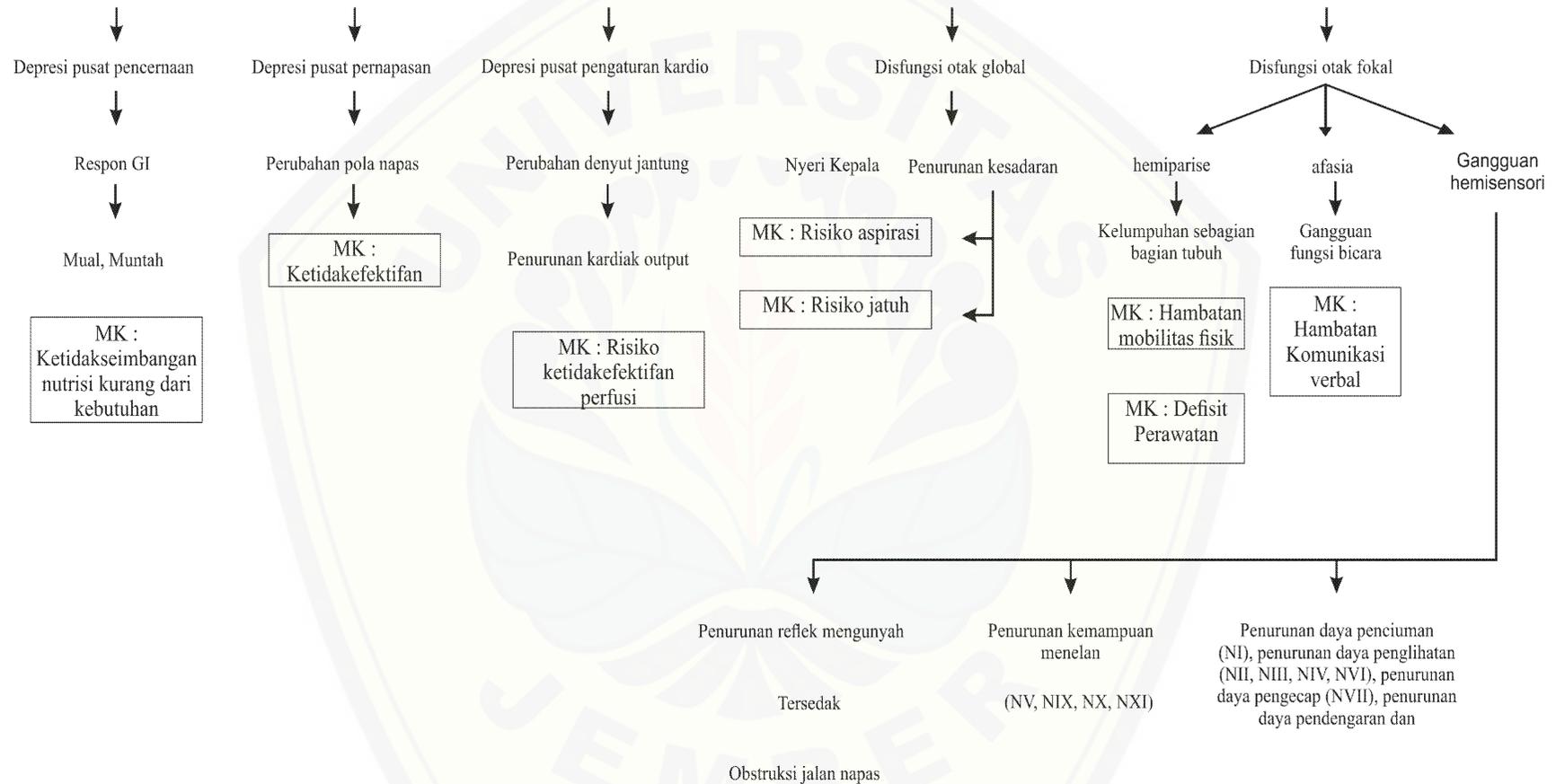
Trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Trombus mengakibatkan iskemia jaringan otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dan edema serta kongesti di sekitar area. Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar daripada area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema klien mulai menunjukkan perbaikan. Oleh karena thrombosis biasanya tidak fatal, jika tidak terjadi perdarahan massif. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti thrombosis. Jika terjadi septic infeksi akan meluas pada dinding pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini akan menyebabkan perdarahan serebral, jika aneurisma pecah atau ruptur.

Perdarahan pada otak disebabkan oleh ruptur aterosklerotik dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan lebih sering menyebabkan kematian dibandingkan keseluruhan penyakit serebrovaskular, karena perdarahan yang luas terjadi destruksi massa otak, peningkatan tekanan intracranial dan yang lebih berat dapat menyebabkan herniasi otak pada falk serebri atau lewat foramen magnum. Kematian dapat disebabkan oleh kompresi batang otak, hemisfer otak, dan perdarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batang otak. Perembesan darah ke ventrikel otak terjadi pada sepertiga kasus perdarahan otak di nucleus kaudatus, thalamus, dan pons.

Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang anoksia serebral. Perubahan yang disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversibel untuk waktu 4-6 menit. Perubahan irreversible jika anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi salah satunya henti jantung. Selain kerusakan parenkim otak, akibat volume perdarahan yang relatif banyak akan mengakibatkan peningkatan tekanan intracranial dan penurunan tekanan perfusi otak serta gangguan drainase otak. Elemen-elemen vasoaktif darah yang keluar dan kaskade iskemik akibat menurunnya tekanan perfusi, menyebabkan saraf di area yang terkena darah dan sekitarnya tertekan lagi.

2.1.5 Web Of Causation (WOC)





Gambar 2.1 Web Of Causation Stroke Hemoragik (Nanda, 2015-1017 dalam Geofani, 2017)

2.1.6 Gambaran klinis

a. Stroke non hemoragik

Manifestasi klinis stroke non hemoragik menurut Misbach (2011) dalam Murti (2014) antara lain:

- 1) Hipertensi
- 2) Gangguan motorik (kelemahan otot, hemiparese)
- 3) Gangguan sensorik
- 4) Gangguan visual
- 5) Gangguan keseimbangan
- 6) Nyeri kepala (migran, vertigo)
- 7) Muntah
- 8) Disatria (kesulitan berbicara)
- 9) Perubahan mendadak status mental (apatis, somnolen, delirium, suppor, koma)

b. Stroke Hemoragik

Menurut Tarwoto (2013) dalam Geofani (2017), manifestasi klinis stroke hemoragik meliputi:

- 1) Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparise) atau hemiplegia (paralisis) yang timbul secara mendadak.

Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat kontralateral artinya jika terjadi kerusakan pada hemisfer kanan maka kelumpuhan otot pada sebelah kiri. Pasien juga akan kehilangan kontrol otot vulerter dan sensorik sehingga pasien tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi.

- 2) Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan

Gangguan sensibilitas terjadi karena kerusakan system saraf otonom dan gangguan saraf sensorik.

- 3) Penurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma), terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolik otak akibat hipoksia

4) Afasia (kesulitan dalam bicara)

Afasia adalah defisit kemampuan komunikasi bicara, termasuk dalam membaca, menulis dan memahami bahasa. Afasia terjadi jika terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan terjadi pada stroke dengan gangguan pada arteri middle sebelah kiri. Afasia dibagi menjadi 3 yaitu afasia motorik, sensorik dan afasia global. Afasia motorik atau ekspresif terjadi jika area pada area Broca, yang terletak pada lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini pasien dapat memahami lawan bicara tetapi pasien tidak dapat mengungkapkan dan kesulitan dalam mengungkapkan bicara. Afasia sensorik terjadi karena kerusakan pada area Wernicke, yang terletak pada lobus temporal. Pada afasia sensori pasien tidak dapat menerima stimulasi pendengaran tetapi pasien mampu mengungkapkan pembicaraan. Sehingga respon pembicaraan pasien tidak nyambung atau koheren. Pada afasia global pasien dapat merespon pembicaraan baik menerima maupun mengungkapkan pembicaraan.

5) Disatria (bicara cedel atau pelo)

Merupakan kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Namun demikian, pasien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca. Disartria terjadi karena kerusakan nervus cranial sehingga terjadi kelemahan dari otot bibir, lidah dan laring. Pasien juga terdapat kesulitan dalam mengunyah dan menelan.

6) Gangguan penglihatan, diplopia

Pasien dapat kehilangan penglihatan atau juga pandangan menjadi ganda, gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Hal ini terjadi karena kerusakan pada lobus temporal atau parietal yang dapat menghambat serat saraf optik pada korteks oksipital. Gangguan penglihatan juga dapat disebabkan karena kerusakan pada saraf cranial III, IV dan VI.

7) Disfagia

Disfagia atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan nervus cranial IX. Selama menelan bolus didorong oleh lidah dan glottis menutup kemudian makanan masuk ke esophagus

8) Inkontinensia

Inkontinensia baik bowel maupun bladder sering terjadi karena terganggunya saraf yang mensarafi bladder dan bowel.

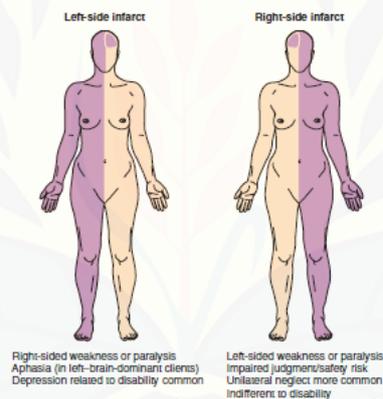
9) Vertigo, mual, muntah, nyeri kepala, terjadi karena peningkatan tekanan intrakranial, edema serebri

Tabel 2.1 Gejala CVA berdasarkan Area yang Terkena serangan

Gejala CVA sesuai dengan Area arteri yang terkena					
	Hemiparesis	Dysphasia	Perubahan visual	Penurunan level kesadaran	Ataksia
Karotid	V	V	V	V	
Cerebral tengah	V	V	V	V	
Vertebrobasilar			V		V

Keterangan:

1) Hemiparesis: paralisis/kelumpuhan otot pada salah satu sisi tubuh

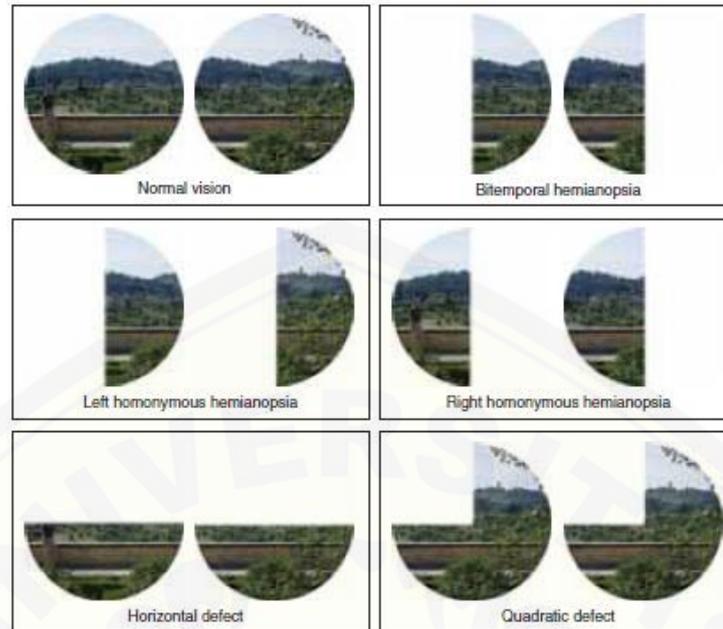


Gambar 2.2 Bagian otak yang mengalami stroke berlawanan dengan kelumpuhan yang terjadi

2) Dysphasia: kesulitan dalam mengucapkan atau menyusun kata-kata

3) Perubahan visual: perubahan lapang pandang penderita. Contoh lapang pandang penderita stroke tergantung pada area otak yang mengalami gangguan.

Berikut adalah perubahan lapang pandang yang dapat terjadi:



Gambar 2.3 Gambaran perubahan visual pada penderita stroke

- 4) Penurunan level kesadaran: penurunan *Glasgow coma scale* (GCS)
- 5) Ataksia: kegagalan otak untuk mengontrol pergerakan tubuh, sehingga gerakan tubuh menjadi tidak terkendali

Tabel 2.2 Manifestasi Stroke

Manifestasi Jangka Pendek	Manifestasi Jangka Panjang
6) Deteriorasi neurologic	8) Fungsi motorik terganggu
7) Resiko kegagalan respirasi	9) Apasia
	10) Emosi labil
	11) Ketidakmampuan dalam memenuhi ADL
	12) Pengabaian unilateral
	13) Homonymous hemianopsia

2.1.7 Pemeriksaan diagnostik/ penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium

Hemoglobin memberikan hasil bermakna pada derajat klinis klien stroke. Semakin rendah kadar hemoglobin maka semakin besar skor derajat klinis sehingga semakin buruk kondisi klinis penderita Tutwuri (2014) dalam Prastiwi (2018).

Leukosit adalah indikator terjadinya peradangan akut atau kronis pada vaskuler dan aterosklerosis, dimana merupakan kondisi dimana terjadinya inflamasi vaskuler (Wu, 2013 dalam Putri, 2017).

Menurut teori Sacher dan McPherson (2000) dalam Octaviani, Rusdi, & Evriyani (2015), penderita hipertensi dan tingkat kadar asam urat dapat mempengaruhi fungsi ginjal. Salah satu parameter yang digunakan untuk menilai fungsi ginjal adalah kreatinin, karena konsentrasi dalam serum dan ekskresinya di urin 24 jam relatif konstan. Kadar kreatinin darah yang lebih besar dari normal menandakan adanya gangguan fungsi ginjal akibat tekanan darah tinggi.

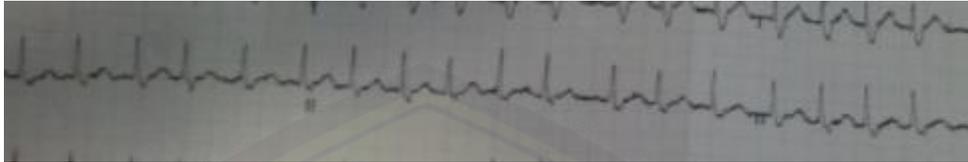
Menurut Robinson (2014) dalam Geofani (2017), dalam tes kimia darah, apabila kadar gula darah atau kolesterol berlebih, bisa menjadi pertanda pasien sudah menderita diabetes dan jantung. Kedua penyakit ini termasuk ke dalam salah satu pemicu stroke.

b. Elektrokardiografi (EKG)

Wahyu (2009), menjelaskan di bukunya bahwa pemeriksaan EKG ditujukan untuk menilai kelainan aritmia jantung dan penyakit jantung yang mungkin diidap sebelumnya, seperti penyakit infark miokardium (kematian sel-sel otot jantung). Kelainan ritmia diketahui merupakan resiko terjadinya emboli, yang dapat menimbulkan stroke tipe infark tromboemboli. Bagi penderita stroke yang diketahui memiliki riwayat aritmia atau infark miokardium sebelumnya, pemeriksaan EKG mutlak diperlukan.

Hasil EKG abnormal cenderung pada stroke iskemik tipe emboli. Pada stroke iskemik tipe emboli ditemukan hasil EKG abnormal berupa AF (Atrium Fibrilasi). Hasil penelitian Bay, R (2014) ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Freeman dan Aguilar yang menyatakan bahwa AF merupakan salah satu factor resiko terjadinya stroke iskemik tipe emboli dan merupakan prediksi awal terjadinya stroke iskemik tipe emboli serta AF akan bertahan pada beberapa hari setelah serangan stroke (Freeman, 2011 dalam Bay, 2014). Fibrilasi Atrial dapat menyebabkan terbentuknya gumpalan-gumpalan darah pada atrium. Apabila gumpalan tersebut keluar dari atrium dan menjadi embolus mencapai pembuluh darah otak, embolus tersebut akan menyumbat aliran darah ke jaringan otak sehingga menyebabkan stroke iskemik tipe emboli (JP, Mohr, 2014 dalam Bay, 2014).

Salah satu gambaran AF yang ditemukan dapat dilihat pada gambar 2.4. Atrial Fibrilasi dapat dilihat pada sadapan II panjang dimana tidak terlihat gelombang P yang jelas sebelum kompleks QRS.



Gambar 2.4 Atrial Fibrilasi terlihat pada sadapan II (Bay, 2014)

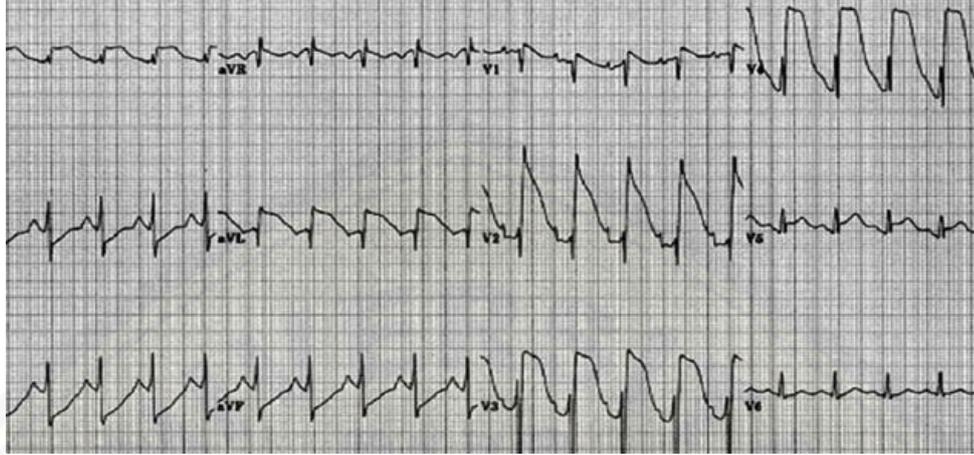
Pada stroke iskemik tipe trombotik ditemukan hasil EKG abnormal berupa IHD (Ischemia Heart Disease). Hasil penelitian Bay, R (2014) didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Micheli *et al.* yang menyatakan bahwa infark miokard yang dideteksi menggunakan EKG memiliki hubungan dengan stroke iskemik (S, Micheli, 2012 dalam Bay, 2014). Penelitian Price SA (2006) dalam Bay (2014) menambahkan meskipun belum ditemukan hubungan yang spesifik mengenai infark miokard dengan iskemik, akan tetapi hal ini diduga terjadi karena adanya kesamaan proses patofisiologi. Penyumbatan arteri pada otak akan menyebabkan stroke iskemik dan penyumbatan pada arteri koronaria akan menyebabkan infark miokard. Penyumbatan arteri pada kedua lokasi tersebut sering dikaitkan dengan viskositas darah atau dengan perubahan struktur pembuluh darah.



Gambar 2.5 Gelombang T abnormal pada klien IHD (Bay, 2014)

Menurut Coppola G (2013) dalam Sukamto (2018), perubahan EKG biasanya ditemukan pada pasien dengan gangguan cerebrovaskular yang sifatnya akut seperti stroke atau perdarahan subarrachnoid. Hal ini diduga disebabkan oleh gangguan tonus otonom mempengaruhi durasi repolarisasi ventrikel. Gambaran EKG yang paling sering ditemukan berupa pemanjangan interval-QT, inversi gelombang T disertai abnormalitas gelombang U. Pada beberapa kasus didapatkan elevasi segmen-ST disebabkan oleh efek dari katekolamin yang menyebabkan spasme arteri epicardial koroner (Cropp GJ, 1960; Coppola G, 2013 dalam Sukamto, 2018). Sehingga dibutuhkan perhatian khusus terutama pada pasien

yang tidak sadar. Pemberian antiplatelet dan antikoagulan dapat memperburuk keadaan pasien perdarahan intracranial (Coppola G, 2013 dalam Sukamto, 2018).



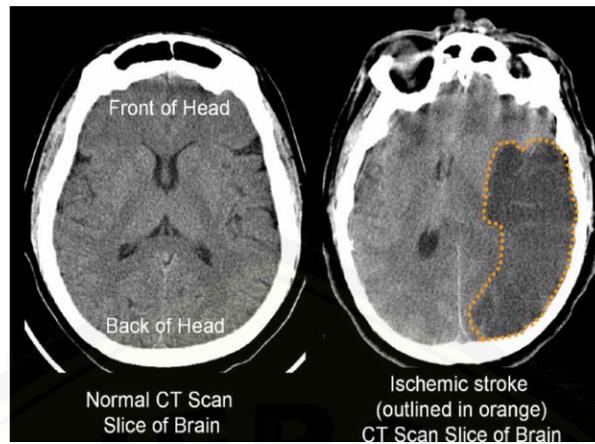
Gambar 2.6 Gambaran EKG Elevasi Segmen-ST pada perdarahan subarachnoid (Coppola G, 2013 dalam Sukamto, 2018)

c. Pemeriksaan radiologi

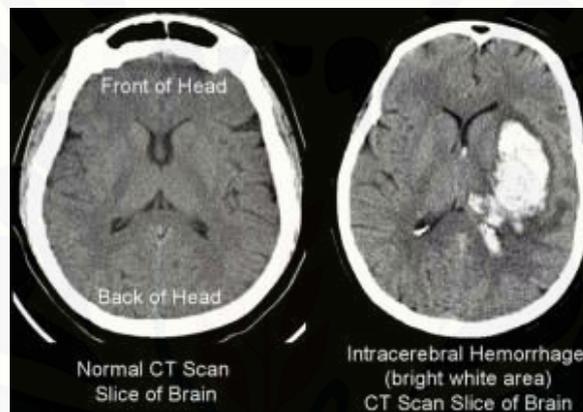
Menurut Misbach (1999), pemeriksaan radiologi yang penting bagi klien stroke adalah:

1) CT scan otak:

CT scan berguna untuk menentukan lokasi dan luasnya kerusakan sel otak yang terjadi akibat stroke secara cepat dan tepat. Pemeriksaan ini sangat penting karena perbedaan manajemen perdarahan otak dan infark otak. Pada infark otak, pemeriksaan CT scan otak mungkin tidak memperlihatkan gambaran jelas jika dikerjakan pada hari-hari pertama, tampak setelah 72 jam serangan. Jika ukuran infark cukup besar dan hemisferik, perdarahan/ infark di batang otak sangat sulit diidentifikasi. Menurut Lumbantobing dalam buku "Stroke??? You Must Know Before You Get It!" dari Dr. Alfred Sutrisno Sp.BS, pada kasus stroke iskemik, warna cairan otak akan lebih banyak berwarna hitam (hipodens), sedangkan stroke hemoragik lebih banyak berwarna putih (hiperdens).



Gambar 2.7 Perbedaan hasil CT scan normal dengan stroke iskemik (Wibhisono, 2016)



Gambar 2.8 Perbedaan hasil CT scan normal dengan Intracerebral Hemorrhage (Wibhisono, 2016)

2) Pemeriksaan foto toraks

Pada klien stroke, pada keadaan tertentu diperoleh pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensi kronis. Selain itu, dapat mengidentifikasi kelainan paru yang potensial mempengaruhi proses manajemen dan memperburuk prognosis (Misbach, 1999).

d. Pemeriksaan Cairan Otak (Pungsi Lumbal)

Pemeriksaan cairan otak dilakukan jika ada kemungkinan terjadi stroke perdarahan sub arachnoid (PSA). Pada penderita stroke perdarahan subarachnoid, cairan otak (*liquor cerebrospinalis*/ LCS) yang normalnya bening dan jernih, berubah menjadi agak kemerahan (Xantokromatis) karena bercampur darah akibat stroke (Wahyu, 2009).

e. Pemeriksaan Angiografi

Pemeriksaan angiografi diperlukan pada penderita stroke untuk memeriksa kelainan yang terjadi pada pembuluh darah. Kerusakan atau gangguan yang terjadi pada arteri merupakan penyebab terjadinya stroke. Kelainan yang terjadi pada arteri di otak dapat berupa sumbatan, peradangan, maupun penyempitan dinding arteri. Hasilnya akan terlihat kondisi pembuluh darah yang mengalami kerusakan, penyempitan, ataupun tersumbat.

Selain berfungsi untuk kepentingan diagnostik, angiografi juga berperan dalam perencanaan terapi stroke. Melalui pemeriksaan ini dapat diketahui apakah pembuluh darah yang mengalami kerusakan dapat dioperasi atau diterapi dengan metode lainnya. Kini angiografi dapat digabungkan dengan prosedur pemeriksaan MRI, yang dikenal sebagai MRA (*Magnetic Resonance Angiography*). Pemeriksaan MRA amat bermanfaat dalam mendeteksi kelainan penyempitan dinding arteri (stenosis) di otak, juga bermanfaat dalam mendiagnosis adanya kelainan aneurisma dan sebagainya (Wahyu, 2009).

f. Ultrasonografi (USG)

USG Doppler bermanfaat untuk mendiagnosis berbagai kelainan pada arteri karotis, termasuk penyempitan, peradangan, maupun penyumbatan dinding arteri sebagai penyebab stroke. Melalui metode pemeriksaan yang dikenal sebagai USG transkranial, penyebab stroke yang diakibatkan oleh stenosis arteri karotis interna, arteri serebralis media, maupun arteri basiler dapat diketahui.

Selain itu, pemeriksaan USG transkranial juga bermanfaat untuk mendeteksi suatu spasme pembuluh darah setelah penderita mengalami stroke perdarahan subarachnoid akibat pecahnya aneurisma (Wahyu, 2009).

g. Ekokardiografi

Dalam konteks stroke, pemeriksaan ekokardiografi bermanfaat untuk mencari kemungkinan adanya kelainan fungsi katub jantung yang menyebabkan timbulnya emboli yang berpotensi menyumbat arteri di otak dan menimbulkan stroke (Wahyu, 2009).

M.E. Doenges (2000) juga menambahkan, pemeriksaan diagnostik yang bisa dilakukan pada penderita stroke diantaranya:

h. EEG (Elektroensefalografi)

Untuk mengidentifikasi masalah berdasar pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik

i. Sinar X tengkorak

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal darah yang berlawanan dari massa yang meluas; klasifikasi karotis interna terdapat pada thrombosis serebral; klasifikasi parsial dinding aneurisma pada perdarahan subarachnoid

2.1.8 Penatalaksanaan

Menurut Widi-N (2013) dalam Batubara & Tat (2015), golden time (waktu emas) penanganan pasien stroke, terutama stroke iskemik adalah 3 jam sejak terjadi serangan. Waktu ini akan dipergunakan untuk mengoreksi sumbatan yang terjadi di otak. Dengan demikian ketika seseorang diduga mengalami serangan stroke maka harus dilakukan pengecekan sederhana yang disingkat FAST (Face, Arms, Speech, Time). Segera diperhatikan wajah pasien apakah ada yang tertarik sebelah (tidak simetris), meminta pasien mengangkat tangan, berbicara, serta memperhatikan kapan dimulainya serangan itu Apabila ditemukan wajah yang tidak simetris, tangan yang tidak dapat diangkat dan bicara tidak jelas, maka selanjutnya harus segera menghubungi petugas kesehatan/mengirim pasien ke sarana kesehatan.

Buku “Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persarafan” dari Tarwoto (2013) memaparkan bahwa penatalaksanaan pada klien stroke sebagai berikut:

a. Penatalaksanaan umum

1) Fase akut

a) Terapi cairan

Pada fase akut stroke berisiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah. *The American Heart Association* sudah menganjurkan normal saline 50 ml/jam selama jam-jam pertama stroke iskemik akut. Segera setelah hemodinamik stabil, terapi cairan rumatan bias diberikan sebagai KAEN 3B/ KAEN 3A. kedua larutan ini lebih baik pada dehidrasi hipertonik serta memenuhi kebutuhan homeostasis kalium dan natrium. Setelah fase akut stroke, larutan rumatan bias diberikan untuk memelihara homeostasis elektrolit, khususnya kalium dan natrium. Menurut TabletWise (2018) memaparkan bahwa elektrolit meningkatkan konduksi saraf, kontraksi otot, fungsi ginjal dan jantung berdetak. Menurut (Mayberg MR & H, 2015) merekomendasikan pemberian larutan isotonik (1/2 normal salin) secara iv untuk mencegah kontraksi volume yang mempengaruhi perfusi otak dan fungsi ginjal.

b) Terapi oksigen

Klien stroke iskemik dan hemoragik mengalami gangguan aliran darah ke otak. Sehingga kebutuhan oksigen sangat penting untuk mengurangi hipoksia dan juga untuk mempertahankan metabolisme otak. Pertahankan jalan napas, pemberian oksigen, penggunaan ventilator merupakan tindakan yang dapat dilakukan sesuai hasil pemeriksaan analisa gas darah atau oksimetri

c) Penatalaksanaan peningkatan tekanan intracranial

Peningkatan tekanan intracranial disebabkan karena edema serebri. Oleh karena itu, pengurangan edema sangat penting dilakukan.

Misalnya dengan pemberian manitol, control atau pengendalian tekanan darah.

- d) Monitor fungsi pernapasan: Analisa Gas Darah
- e) Monitor jantung dan tanda tanda vital, pemeriksaan EKG
- f) Evaluasi status cairan dan elektrolit
- g) Kontrol kejang jika ada dengan pemberian antikonvulsan, dan cegah resiko injuri
- h) Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi lambung dan pemberian makanan.
- i) Cegah emboli paru dan tromboflebitis dengan antikoagulan
- j) Monitor tanda tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus cranial dan refleks.

2) Fase rehabilitasi

- a) Pertahankan nutrisi yang adekuat
- b) Program manajemen bladder dan bowel
- c) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi (ROM)
- d) Pertahankan integritas kulit
- e) Pertahankan komunikasi yang efektif
- f) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari
- g) Persiapan klien pulang

b. Pembedahan

Dilakukan jika perdarahan serebrum diameter lebih dari 3cm atau volume lebih dari 50ml untuk dekomresi atau pemasangan pintasan ventrikulo-peritoneal bila ada hidrosefalus obstruktif akut.

c. Terapi obat-obatan

Terapi pengobatan tergantung dari jenis stroke

1) Stroke Iskemia

- a) Pemberian trombolisis dengan rt-PA (recombinant tissue plasminogen)

- b) Pemberian obat-obatan jantung seperti digoksin pada aritmia jantung atau alfa beta, kaptopril, antagonis kalsium pada klien dengan hipertensi
 - c) Khairunnisa & Fitriyani, (2014) mengungkapkan bahwa pemberian vasodilator dalam kasus ini diberikan citicoline untuk mengatasi infark cerebral dan dapat mempercepat rehabilitasi tungkai atas dan bawah pada klien ini
 - d) Kalbemed (2010) mengungkapkan bahwa mecobalamin meningkatkan penyembuhan kelemahan otot pada skiatika serta memperbaiki kerusakan jaringan saraf.
- 2) Stroke Hemoragik
- a) Antihipertensi: Kaptopril, antagonis kalsium
 - b) Diuretic: manitol 20%, furosemide
 - c) Antikonvulsan: Fenitoin
 - d) Khairunnisa & Fitriyani, (2014) mengungkapkan bahwa pemberian vasodilator dalam kasus ini diberikan citicoline untuk mengatasi infark cerebral dan dapat mempercepat rehabilitasi tungkai atas dan bawah pada klien ini
 - e) Ranitidin sebagai penurunan resiko stress ulcer ranitidin menghambat reseptor histamine 2 (H₂) secara selektif dan reversibel. Perangsangan reseptor H₂ akan merangsang sekresi asam lambung, sehingga pemberian ranitidin akan sekresi akan asam lambung akan dihambat. Penurunan sekresi asam lambung mengakibatkan perubahan pepsinogen menjadi pepsin juga menurun. Ranitidin 300 mg per hari menyebabkan penurunan 70% sekresi asam lambung (Vitta, 2015).

d. Rehabilitasi pasca stroke

Setelah stroke terjadi, maka untuk memulihkan semaksimal mungkin pada kondisi semula perlu dilakukan rehabilitas baik fisik maupun kognitif. Karena kerusakan susunan syaraf pusat bersifat irreversible maka rehabilitasi sangatlah penting dilakukan untuk dapat mengembalikan fungsi semula.

1) Terapi fisik

Terapi fisik dilakukan untuk mengembalikan fungsi fisik dan mencegah terjadinya komplikasi, seperti kelumpuhan, kontraktur, atrofi, dan kehilangan tonus otot. Klien dapat dilakukan latihan atau aktivitas di tempat tidur, mobilisasi dengan kursi atau dengan melakukan ROM. Terapi fisik dilakukan dengan melihat kondisi dan tingkat stabilitas klien.

a) Aktivitas pembebanan berat badan

Klien yang mengalami paralysis dapat memulai pembebanan berat badan secara dini. Makin cepat otot menjadi kuat, makin sedikit kemungkinan terjadinya atrofi. Makin dini klien diposisikan berdiri, makin kecil kesempatan adanya perubahan osteoporotic yang terjadi pada tulang panjang. Aktivitas dengan pembebanan berat badan juga menurunkan kemungkinan batu ginjal dan meningkatkan proses metaboli.

b) Program latihan

Program latihan dilakukan untuk mengoptimalkan kekuatan otot yang tidak mengalami kelumpuhan karena otot-otot tersebut merupakan tumpuan dalam melakukan ambulasi. Untuk menguatkan otot-otot, klien dapat melakukan latihan *push up* dengan posisi telungkup dan *sit up* bila posisi duduk. Memanjangkan tangan dengan memegang beban (dapat digunakan beban traksi) juga mengembangkan kekuatan otot. Meremas bola karet atau gulungan kertas dapat membantu menguatkan tangan. Dengan bantuan rehabilitasi, klien diarahkan untuk latihan gaya berjalan dan aktivitas gerak.

c) Mobilisasi

Bila keadaan cukup stabil maka klien dibantu untuk berdiri tegak dan mengawali aktivitas mobilisasi. Mobilisasi ini sangat penting dalam rehabilitasi karena dapat meningkatkan kekuatan otot, jantung, dan pengembangan paru-paru. Disamping itu, klien juga akan merasa adanya kemandirian dalam perawatan dirinya. Kegiatan mobilisasi diantaranya berpindah tempat dari tempat tidur ke kursi roda, berlatih berjalan dengan penyangga.

2) Okupasional terapi

Klien dengan stroke dapat mengalami gejala sisa seperti kelumpuhan yang menetap. Dengan gangguan fungsi tubuh maka akan terganggu aktivitasnya dan dapat kehilangan pekerjaan. Oleh karena itu terapi kerja atau okupasional terapi sangat dibutuhkan untuk menggali potensi klien dan melatih kerja sesuai dengan kondisi klien.

3) Speech terapi

Terapi ini sangat dibutuhkan mengingat bicara dan komunikasi merupakan modal interaksi sosial. Kesulitan dalam berkomunikasi akan menimbulkan isolasi diri dan perasaan frustrasi. Klien dengan stroke dapat mengalami gangguan bicara, baik disartria maupun afasia sehingga latihan bicara sangat perlu dilakukan.

2.1.9 Prognosis

Menurut Dewanto & Suwono (2009), prognosis bergantung pada jenis stroke dan sindrom klinis stroke. Kemungkinan hidup setelah menderita stroke bergantung pada lokasi, ukuran, patologi lesi, serta usia klien dan penyakit yang menyertai sebelum stroke. Stroke hemoragik memiliki prognosis buruk. Pada 30 hari pertama risiko meninggal 50%, sedangkan pada stroke iskemik hanya 10%. Mortalitas dalam 30 hari setelah SAH berkisar antara 25-50%. Faktor yang dapat memperkirakan mortalitas meliputi status neurologis yang buruk, usia tua, aneurisma yang besar, hematointraparenkimal yang terjadi bersamaan, penggunaan alkohol (>150g etanol/minggu), dan hipertensi. Skating Hunt and Hess terhadap status neurologis merupakan faktor prediksi yang paling penting.

2.1.10 Komplikasi

Indrawati, Sari, & Dewi (2016) menyebutkan komplikasi dari stroke diantaranya:

a. Kenaikan tekanan darah

Tekanan darah meningkat sebagai kompensasi kurangnya pasokan darah di tempat terjadinya stroke dan akan turun sendiri setelah 48 jam. Pada klien hipertensi kronis, tekanan darah tidak perlu diturunkan karena otak sudah terbiasa dengan keadaan tekanan darah yang meninggi. Jika tekanan darah diturunkan

secara mendadak akan terjadi gangguan metabolik otak yang justru memperburuk keadaan. Namun, jika tekanan darah tinggi sekali, yakni sistole > 220 mmHg dan diastole > 130 mmHg maka perlu diberikan obat antihipertensi.

b. Kenaikan kadar gula darah

Klien stroke sering kali juga mempunyai riwayat penyakit diabetes sehingga kadar gula darah saat stroke tinggi. Sementara disisi lain, seperti tekanan darah, kadar gula darah juga meningkat sebagai mekanisme kompensasi. Gula darah yang tinggi dapat menyebabkan kerusakan otak sehingga pada hari pertama stroke, kadar gula darah harus diturunkan senormal mungkin dengan pemberian insulin atau obat antidiabetik. Daveet al., (2010) dalam Susilo (2015) juga menyebutkan bahwa keadaan hiperglikemia yang ditemukan hingga dua per tiga penderita stroke iskemik fase akut telah dihubungkan dengan outcome penderita yang buruk. Hiperglikemia yang terjadi bisa disebabkan karena adanya riwayat diabetes ataupun juga karena adanya respon stress.

c. Gangguan jantung

Gangguan jantung dapat merupakan penyebab stroke ataupun komplikasi akibat stroke. Kondisi ini memerlukan pengawasan yang khusus.

d. Gangguan pernapasan

Gangguan pernapasan bisa terjadi karena pusat pernapasan di otak mengalami kerusakan akibat stroke ataupun infeksi, Infeksi pernapasan mudah terjadi karena klien tidak sadar dan berbaring lama, banyaknya alat bantu pernapasan yang dikenakan pada klien, ataupun penularan dan klien lain.

e. Infeksi saluran kencing

Infeksi saluran kencing cukup sering terjadi pada klien stroke. Pemasangan kateter lebih ditujukan untuk klien yang kesadarannya menurun. Adapun klien yang sadar sebisa mungkin kencing secara spontan agar fungsi berkemihnya tetap berfungsi dengan baik serta menghindari kemungkinan infeksi.

f. Komplikasi lainnya

Gangguan ginjal dan hati, serta gangguan keseimbangan elektrolit dan cairan dapat terjadi pada hari pertama stroke.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan pada Klien Stroke

2.2.1 Pengkajian

Data pengkajian asuhan keperawatan yang mungkin bisa didapatkan pada klien stroke sebagai berikut:

a. Identitas klien

1) Umur

Menurut Wahjoepramono (2005) dalam Tuti, RM (2015) memaparkan bahwa pada dasarnya stroke dapat terjadi pada usia berapa saja, bahkan pada usia muda sekalipun bila dilihat dari berbagai kelainan yang menjadi pencetus serangan stroke.

2) Jenis kelamin

Risikesdas (2013) menyatakan bahwa prevalensi stroke yang dijumpai sama tingginya pada laki-laki dan perempuan.

3) Pekerjaan

Menurut Noor (2008) dalam Raharjo & Tuti (2015), pekerjaan juga mempunyai hubungan yang erat dengan status sosial ekonomi, sedangkan berbagai jenis penyakit yang timbul dalam keluarga sering berkaitan dengan jenis pekerjaan yang mempengaruhi pendapatan keluarga. Angka kematian stroke sangat erat hubungannya dengan pekerjaan dan pendapatan kepala keluarga, dan telah diketahui bahwa umumnya angka kematian stroke meningkat pada status sosial ekonomi rendah. Risikesdas (2013) juga menambahkan bahwa prevalensi stroke lebih tinggi pada masyarakat yang tidak bekerja (18%).

4) Pendidikan

Risikesdas (2013) menyatakan bahwa prevalensi stroke cenderung lebih tinggi pada masyarakat dengan pendidikan rendah (32,8%).

5) Keluhan utama

Keluhan utama ini seringkali yang menjadi alasan klien untuk datang meminta pertolongan rumah sakit. Klien akan mengeluh kelemahan anggota gerak, badan, bicara agak pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan tingkat kesadaran (Muttaqin 2008). Hal ini juga sejalan dengan pernyataan Nadesul (2011) bahwa gejala stroke bervariasi, tergantung bagian otak yang mengalami gangguan, salah satunya gangguan motorik (kelumpuhan). Hasil penelitian Sari dkk (2015) menambahkan bahwa batasan karakteristik utama yang muncul pada klien stroke yang mengalami hambatan mobilitas fisik adalah keterbatasan kemampuan melakukan keterampilan motorik.

b. Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke hemoragik sering kali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang beraktivitas akan diikuti dengan nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang hingga tidak sadar. Selain gejala seperti kelumpuhan separuh badan, terdapat gejala lain yang diakibatkan oleh gangguan fungsi otak. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan adanya perubahan dalam intrakranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi. Disamping itu juga, perkembangan penyakit akan menyebabkan letargi, tidak responsif, dan koma (Muttaqin 2008). Sedangkan serangan stroke infark didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh pasien, ditemukan gejala awal sering kesemutan, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Pada serangan stroke hemoragik seringkali berlangsung sangat mendadak, pada saat pasien melakukan aktifitas, terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain. (Tarwoto, 2013 dalam Geofani, 2017)

c. Riwayat penyakit masa lalu

Pada klien dengan stroke, akan didapatkan adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, DM, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obatan anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan. Pengkajian obat-obatan yang

sering digunakan klien, seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta, dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan suatu data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya (Muttaqin 2008). Setyopranoto, I (2011) dalam Yueniwati (2016) juga menambahkan bahwa hipertensi, khususnya yang tidak terkontrol merupakan penyebab utama stroke hemoragik. Pernyataan ini dikuatkan oleh Junaidi, 2011 dalam Laily, 2017 yang menyatakan bahwa semakin tinggi tekanan darah pasien maka semakin tinggi pula risiko untuk mengalami stroke. Dikatakan hipertensi jika memiliki tekanan darah lebih dari 140/90mmHg.

d. Riwayat penyakit keluarga

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

e. Pola fungsi kesehatan

Kemungkinan data pengkajian pada pola kesehatan yang bisa ditemukan pada klien stroke antara lain:

1) Pola persepsi dan tata laksana kesehatan

Menurut teori dari Ovina, *et al*, (2013) bahwa "Penyebab terjadinya stroke adalah karena pola hidup yang tidak teratur, sehingga menyebabkan serangan jantung terutama atrium fibrilasi. Pola hidup yang sangat buruk akan sangat berpengaruh terhadap faktor resiko terjadinya stroke".

2) Pola nutrisi dan metabolik

Menurut teori dari Kurniawaty dan Insan, (2016) bahwa: "Cara kerja kafein dalam tubuh dengan mengambil alih reseptor adinosin dalam sel saraf yang akan memicu produksi hormon adrenalin dan menyebabkan peningkatan tekanan darah, sekresi asam lambung, dan aktivitas otot, serta perangsang hati

untuk melepaskan senyawa gula dalam aliran darah untuk menghasilkan energi ekstra.”

a) Gejala

Nafsu makan hilang; Mual muntah selama fase akut (peningkatan tekanan intra kranial); Kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah, pipi, dan tenggorokan, disfagia; Adanya riwayat diabetes, peningkatan lemak dalam darah. (M.E. Doenges, 1999)

Kehilangan nafsu makan pada klien stroke menurut teori Saraswati, (2015) karena “Dampak kecemasan terhadap sistem saraf sebagai neurotransmitter, terjadi peningkatan sekresi norepinefrin, serotonin dan gamma aminobutyric acid sehingga mengakibatkan terjadi gangguan; a) fisik (fisiologi) antara lain; denyut jantung, suhu tubuh, mual muntah, diare, sakit kepala dan kehilangan nafsu makan...”

b) Tanda

Kesulitan menelan (gangguan pada refleks palatum dan faringeal); Obesitas (faktor resiko). (M.E. Doenges, 1999). Price (2006) dalam Darotin, Nurdiana, & Nasution (2017) menambahkan bahwa: “Berdasarkan penelitian yang dilakukan TheUS Physician Health Study didapatkan hasil bahwa IMT >27,8 kg/ m² mempunyai resiko terjadinya serangan stroke hemoragik secara signifikan.”

3) Pola eliminasi

Gejala: Perubahan pola berkemih, seperti inkontinensia urine, anuria; Distensi abdomen (distensi kandung kemih berlebihan), bising usus negative (ileus parolitik) (M.E. Doenges, 1999).

4) Pola istirahat dan tidur

Menurut teori dari Seekon, (2015) bahwa “Klien stroke bisa mengalami gangguan dan masalah tidur. Gangguan tidur ini dapat bermanifestasi dalam beberapa bentuk tergantung pada defisit neurologik spesifik yang

ditimbulkan...”. Menurut Tarwoto (2013) dalam Geofani (2017) pasien mengalami kesukaran untuk istirahat karena adanya kejang otot/ nyeri otot.

5) Pola aktivitas dan kebersihan diri

Wilkinson (2011) memaparkan bahwa hambatan mobilitas fisik terbagi menjadi 5 tingkat, antara lain: (1) Tingkat 0: Mandiri total, (2) Tingkat 1: Memerlukan penggunaan peralatan atau alat bantu, (3) Tingkat 2: Memerlukan bantuan dari orang lain untuk pertolongan, pengawasan, atau pengajaran, (4) Tingkat 3: Membutuhkan bantuan dari orang lain dan peralatan atau alat bantu, (5) Tingkat 4: Ketergantungan; tidak berpartisipasi dalam aktivitas. Menurut Tarwoto (2013) dalam Geofani (2017) pasien tidak dapat beraktifitas karena mengalami kelemahan, kehilangan sensori, hemiplegi atau kelumpuhan.

6) Pola pengetahuan dan persepsi sensori

Nadesul (2011) menyatakan gejala stroke bervariasi, tergantung bagian otak yang mengalami gangguan, salah satunya gangguan motorik (kelumpuhan). Hasil penelitian Sari dkk (2015) menambahkan bahwa batasan karakteristik utama yang muncul pada klien stroke yang mengalami hambatan mobilitas fisik adalah keterbatasan kemampuan melakukan keterampilan motorik. Klien yang terserang stroke pada hemisfer kiri dari otak (daerah Broca di lobus frontalis sebagai pusat kemampuan bahasa dekat dengan daerah motorik kiri) akan menyebabkan penderita mengalami lumpuh pada sisi sebelah kanan, dan sebaliknya (Web Of Caution Nanda, 2015-2017 dalam Geofani, 2017). Liza & Loebis (2015) menyebutkan bahwa klien stroke dapat mengalami halusinasi, karena “Halusinasi visual dapat terjadi akibat lesi vaskuler fokal di jaras visual lobus temporalis, parietalis dan oksipitalis. Halusinasi ini disebut juga release hallucinations.....”.

7) Pola hubungan intersepersonal dan peran

Thompson (1989) dalam Kartika, Najoran, & Kallo (2016) memaparkan bahwa stroke menimbulkan dampak yang dapat mempengaruhi aspek-aspek

dalam kehidupan si penderita. Aspek-aspek yang mempengaruhi, diantaranya: personal, sosial, pekerjaan dan fisik, serta stroke menyebabkan ketergantungan pada orang lain, keluarga atau hubungan sosial lainnya.

8) Pola konsep diri

Sunaryo (2005, h.33) dalam Vonala & Ernawati (2016) yang menyebutkan bahwa stressor yang mempengaruhi citra diri yaitu perubahan ukuran tubuh: berat badan yang turun akibat penyakit, perubahan bentuk tubuh: tindakan invasif, seperti operasi, suntikan, daerah pemasangan infuse, perubahan struktur: sama dengan perubahan bentuk tubuh disertai dengan pemasangan alat di dalam tubuh, perubahan fungsi: berbagai penyakit yang dapat merubah sistem tubuh, keterbatasan: gerak, makan, kegiatan, makna dan obyek yang sering kontak: penampilan dan dandan berubah, pemasangan alat pada tubuh klien (infus, fraksi, respitor, suntik, pemeriksaan tanda vital, dll).

- a) Gejala: Perasaan tidak berdaya, perasaan putus asa (M.E. Doenges, 1999)
- b) Tanda: Emosi yang labil dan ketidaksiapan untuk marah, sedih dan gembira; Kesulitan untuk mengekspresikan diri (M.E. Doenges, 1999)

9) Pola reproduksi dan seksual

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

10) Pola Penanggulangan Stress/Mekanisme Koping

Menurut Penelitian oleh Herawati (2014) dalam Masniah (2017) menunjukkan bahwa “kelemahan berdampak terhadap fisik, psikologi dan sosial yang berpotensi menimbulkan masalah psikososial. Penggunaan

strategi koping juga masih ada yang beresiko perilaku maladaptif, sehingga dapat mempengaruhi kualitas hidup....”.

11) Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

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

12) Pola Neurosensori

a) Gejala

Sinkop/pusing (sebelum serangan CSV/selama TIA); Sakit kepala, akan sangat berat akan adanya perdarahan intraserebral atau subarachnoid; Kelemahan/kesemutan/kebas (terjadi selama serangan TIA, yang ditemukan dalam berbagai stroke jenis yang lain); sisi yang terkena terlihat seperti “mati/lumpuh”; Penglihatan menurun, seperti buta total, kehilangan daya lihat sebagian (kebutaan monokuler), penglihatan ganda (diplopia) atau gangguan yang lain; Sentuhan: hilangnya rangsang sensorik kontralateral (pada sisi tubuh yang berlawanan) pada ekstremitas dan kadang-kadang pada ipsi lateral (satu sisi) pada wajah.

b) Tanda

Status mental/tingkat kesadaran: terjadi pada tahap awal hemoragik, ketidaksadaran akan tetap sadar jika penyebabnya adalah thrombosis yang bersifat alami, gangguan tingkah laku (seperti letargi, apatis, menyerang), gangguan fungsi kognitif (seperti penurunan memori, pemecahan masalah); Ekstremitas: kelemahan atau paralysis (kontralateral pada semua jenis stroke), genggaman tidak sama, refleks tendon melemah secara kontralateral; Pada wajah terjadi paralysis atau parese (ipsi lateral); Afasia: gangguan atau kehilangan fungsi bahasa mungkin afasia motorik (kesulitan untuk

mengungkapkan kata), reseptif (afasia sensorik) yaitu kesulitan untuk memahami kata-kata secara bermakna, atau afasia global yaitu gabungan dari kedua hal diatas; Kehilangan untuk mengenali atau menghayati rangsangan visual, pendengaran, taktil (agnosia), seperti gangguan terhadap citra tubuh, kewaspadaan, kelalaian terhadap tubuh yang terkena, gangguan persepsi; Kehilangan kemampuan menggunakan motorik saat klien ingin menggerakkannya (apraksia); Ukuran/reaksi pupil tidak sama, dilatasi atau miosis pupil ipsi lateral (perdarahan atau herniasi); Kekakuan nukal (karena perdarahan); Kejang (karena adanya pencetus perdarahan). Menurut Guyton & Hall (2008) dalam Oktraningsih (2017), pada penderita stroke menyebabkan gangguan aktifitas, salah satunya diakibatkan oleh menurunnya kekuatan otot ekstremitas sebagai akibat dari adanya lesi di korteks motorik. Menurut Lloyd et al (2009) dalam Khairunnisa & Fitriyani (2014), pasien stroke terdapat kelemahan anggota gerak, dan paresis nervus VII dan XII yang mengarah pada stroke non hemoragik.

13) Nyeri/ kenyamanan

- a) Gejala: Sakit kepala dengan intensitas yang berbeda-beda (karena arteri karotis terkena)
- b) Tanda: Tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan otot atau fasia

14) Pernafasan

- a) Gejala: Merokok (faktor resiko).
- b) Tanda

Ketidakmampuan menelan/ batuk/ hambatan jalan nafas; Timbulnya pernapasan sulit dan/ atau tak teratur; Suara nafas terdengar ronchi (aspirasi sekresi)

15) Keamanan

Tanda: Motorik/ sensorik: masalah dengan penglihatan. Perubahan persepsi terhadap orientasi tempat tubuh (stroke kanan); Kesulitan untuk melihat objek

pada sisi kiri (pada stroke kanan); Hilang kewaspadaan pada tubuh yang sakit; Tidak mampu mengenal objek, warna, kata, dan wajah yang pernah dikenalnya dengan baik; Gangguan berespon terhadap panas dan dingin/ gangguan regulasi suhu tubuh; Kesulitan dalam menelan, tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi sendiri (mandiri); Gangguan dalam memutuskan, perhatian sedikit terhadap keamanan, tidak sabar/ kurang kesadaran diri (stroke kanan).

16) Pola interaksi sosial

Tanda: Masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi.

17) Pola penyuluhan/ pembelajaran

Gejala:

Adanya riwayat hipertensi pada keluarga, stroke (faktor resiko); Pemakaian kontrasepsi oral, kecanduan alcohol (faktor resiko); Mungkin memerlukan obat/ penanganan terapeutik; Bantuan dalam hal transportasi, berbelanja, penyiapan makanan, perawatan diri, dan tugas-tugas rumah/ mempertahankan kewajiban; Perubahan dalam susunan rumah secara fisik, tempat transisi sebelum kembali ke lingkungan rumah.

f. Pengkajian Psikososiospiritual

Pengkajian psikologis klien stroke meliputi beberapa hal yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif, dan perilaku klien. Dikarenakan disfungsi motorik yang mengakibatkan kelemahan atau kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh, maka klien akan jarang melakukan ibadah spiritual karena tingkah laku yang tidak stabil. Selain itu, perlu untuk memasukkan pengkajian terhadap fungsi neurologis dengan dampak gangguan neurologis yang akan terjadi pada gaya hidup individu (Muttaqin 2008).

g. Pemeriksaan Fisik

Batticaca F. B., (2008) menyebutkan hasil pemeriksaan fisik pada klien stroke antara lain:

1) B1 (Breathing)

Pada infeksi, didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak nafas, penggunaan otot bantu nafas, dan peningkatan frekuensi pernafasan. Pada auskultasi terdengar bunyi nafas tambahan seperti ronkhi pada klien dengan peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk yang menurun sering didapatkan pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran atau koma. Pada klien dengan tingkat kesadaran komposmentis, pengkajian inspeksi pernafasannya menunjukkan tidak ada kelainan. Palpasi toraks didapatkan adanya taktil premitus seimbang kanan dan kiri, dan auskultasi tidak terdapat suara tambahan (Batticaca, 2008)

2) B2 (Blood)

Pengkajian pada sistem kardiovaskuler didapatkan adanya renjatan atau syok hipovolemik yang sering terjadi pada klien stroke. Gejala: Adanya penyakit jantung (miokard infark, reumatik/ penyakit jantung vaskuler, gagal jantung koroner, endokarditis bacterial), polisitemia, riwayat hipotensi postural. Tanda: Hipertensi arterial (dapat ditemukan/terjadi pada CSV) sehubungan dengan adanya embolisme/malformasi vaskuler; Nadi: frekuensi dapat bervariasi (karena ketidakstabilan fungsi jantung/kondisi jantung, obat-obatan, efek stroke pada pusat vasomotor); Disritmia, perubahan EKG; Desiran pada karotis, femoralis, dan arteri iliaka/aorta yang abnormal. Menurut Tarwoto (2013), pasien dengan stroke hemoragik memiliki riwayat tekanan darah tinggi dengan tekanan systole > 140 dan diastole >80 (Batticaca, 2008).

3) B3 (Brain)

Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologis, bergantung pada lokasi pembuluh mana yang tersumbat, dan ukuran area yang perfusinya tidak

adekuat. Lesi otak yang rusak dapat membaik sepenuhnya. Pengkajian ini memeriksa secara fokus dan lebih lengkap dibandingkan dengan pengkajian sistem lainnya. Kualitas kesadaran klien merupakan parameter yang paling mendasar dan parameter yang paling penting yang membutuhkan pengkajian. Tingkat keterjagaan klien dan respon terhadap lingkungan adalah indikator yang paling sensitif untuk disfungsi sistem persarafan. Beberapa sistem digunakan untuk membuat peringkat perubahan dalam kewaspadaan dan keterjagaan (Batticaca, 2008).

Menurut Ross SE (1998) dalam Silviantri (2016) mengatakan “Glasgow coma scale (GCS) merupakan salah satu skala yang dapat dilakukan untuk mengukur tingkat keparahan stroke. GCS lebih baik dalam menentukan keluaran klinis dini berupa mortalitas.” Pada penelitian yang dilakukan Rathoreet al, didapatkan pasien stroke dengan skor GCS 3-8 memiliki tingkat mortalitas yang tinggi (Rathore JA, 2011 dalam Silviantri, 2016). Pada keadaan lanjut, tingkat kesadaran klien stroke berkisar pada tingkat letargi, stupor, dan semikomatosa. Apabila klien sudah mengalami koma maka penilaian GCS sangat penting untuk menilai tingkat kesadaran klien dan bahan evaluasi untuk pemantauan pemberian asuhan. Pengkajian fungsi serebral meliputi kasus mental, fungsi intelektual, kemampuan bahasa, lobus frontal, dan hemisfer (Batticaca, 2008). Menurut Tobing (2007) dalam Hermawati (2017), pada pasien stroke dimungkinkan mengalami gangguan transfer oksigen atau cerebro blood flow menurun sehingga mengakibatkan penurunan perfusi jaringan, sehingga dapat mengakibatkan iskemik. Menurut teori Cahyati, Nurachmah, & Hastono (2013) memaparkan bahwa hemiparese merupakan masalah umum yang dialami oleh klien stroke.

a) Pengkajian saraf kranial

Pemeriksaan ini meliputi pemeriksaan saraf kranial I-XII:

- (1) Saraf I (olfactorius): Pada klien stroke tidak terdapat kelainan pada fungsi penciuman (Muttaqin, 2008).
- (2) Saraf II (opticus): Disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensori primer diantara mata dan korteks visual. Gangguan hubungan

visual-spasial sering terlihat pada klien dengan hemiplegi kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh (Muttaqin, 2008).

- (3) Saraf III (oculomotorius): Pasien dengan paresis saraf oculomotor akan memberikan tanda-tanda seperti pal-pebra superior ptosis, penglihatan ganda, mata berabduksi pada posisi primer, ab-duksi normal, keterbatasan dalam aduksi, keterbatasan dalam depresi dan elevasi, intorsi pada saat melirik ke bawah dan pupil mid-dilatasi (Kansky J, 2009 dalam Ratag & Pangalila, 2013)
- (4) Saraf IV (trochlearis) : Ketika saraf troklearis terpengaruh, pasien sering menunjukkan oftalmoplegia internuklear, yaitu kerusakan pada gerakan mata horizontal (Robles, 2016)
- (5) Saraf V (trigeminus): Pada beberapa keadaan stroke mengalami penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah ke sisi ipsilateral, serta kelumpuhan satu sisi otot pterigoideus internus dan eksternus (Muttaqin, 2008).
- (6) Saraf VI (abducens): Ketika saraf abducens terpengaruh, klien akan mengalami kelumpuhan otot rektus lateral (untuk menggerakkan mata ke sisi luar) diikuti dengan kelumpuhan konjugasi menatap ke arah sisi kanan/ kiri (F. Lhermitte, 2006).
- (7) Saraf VII (facialis): Wajah asimetris, dan otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat (Muttaqin, 2008). Menurut Tarwoto (2013) dalam Geofani (2017), didapatkan saat pasien menggembungkan pipi tidak simetris kiri dan kanan tergantung lokasi lemah dan saat diminta mengunyah pasien kesulitan untuk mengunyah, lidah dapat mendorong pipi kiri dan kanan, bibir simetris.
- (8) Saraf VIII (acusticus): Tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi. Menurut Tarwoto (2013) dalam Geofani (2017) juga didapatkan pada pasien yang tidak lemah anggota gerak atas, dapat melakukan keseimbangan gerak tangan-hidung, pasien kurang bisa

mendengarkan gesekan jari dari perawat tergantung dimana lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengar jika suara keras dan dengan artikulasi yang jelas.

- (9) Saraf IX (glossopharyngeus): Menurut Tarwoto (2013) dalam Geofani (2017) ovule yang terangkat tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang lemah dan pasien dapat merasakan rasa asam dan pahit .
- (10) Saraf X (vagus): Menurut Tarwoto (2013) dalam Geofani (2017) pasien stroke hemragik mengalami gangguan menelan. Pada pemeriksaan kaku kuduk (+/-) dan bludzensky 1 (+).
- (11) Saraf XI (accedoris): Tidak ada atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapezius (Muttaqin, 2008).
- (12) Saraf XII (hypoglossus): Menurut Tarwoto (2013) dalam Geofani (2017) pasien dapat menjulurkan lidah dan dapat dipencongkan ke kiri dan kanan namun artikulasi kurang jelas saat bicara.

b) Pengkajian dan Pemeriksaan Sistem Motorik

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

- (1) Inspeksi umum: Menurut Tarwoto (2013) dalam Geofani (2017) manifestasi klinis dari klien stroke hemoragik diantaranya adalah kelumpuhan anggota badan sebelah (hemiparese) atau hemiplegi (paralisis). Sejalan dengan pernyataan WHO (2014) yang menyatakan bahwa gejala paling umum dari stroke yaitu kelemahan mendadak salah satu sisi tubuh pada wajah, lengan, dan kaki.
- (2) Fasikulasi didapatkan pada otot-otot ekstremitas
- (3) Meningkatnya tonus otot
- (4) Mengalami gangguan keseimbangan dan koordinasi karena adanya hemiparese dan hemiplegi

c) Pengkajian dan Pemeriksaan Reflek

Pemeriksaan ini terdiri dari pemeriksaan reflek profunda dan pemeriksaan reflek patologis. Pada gerakan involunter tidak ditemukan adanya tremor, tic, dan distonia. Pada keadaan tertentu, klien mengalami kejang umum, terutama pada anak dengan stroke disertai peningkatan tekanan suhu tubuh yang tinggi. Kejang berhubungan sekunder dengan area fokal kortikal yang peka (Muttaqin, 2008). Menurut Tarwoto (2013) dalam Geofani (2017), pada pemeriksaan reflek ekstremitas atas saat siku diketuk tidak ada respon apa-apa dari siku, tidak fleksi maupun ekstensi (reflek bicep (-)) dan pada pemeriksaan tricep respon tidak ada fleksi dan supinasi (reflek bicep (-)). Sedangkan pada pemeriksaan reflek hoffman tromer jari tidak mengembang ketika diberi reflek (reflek Hoffman tromer (+)). Sedangkan pada pemeriksaan reflek ekstremitas bawah saat pemeriksaan bluedzensky I kaki kiri pasien fleksi (bluedzensky (+)). Pada saat telapak kaki digores jari tidak mengembang (reflek babinsky (+)). Pada saat dorsum pedis digores jari kaki juga tidak berespon (reflek caddok (+)). Pada saat tulang kering digurut dari atas ke bawah tidak ada respon fleksi atau ekstensi (reflek openheim (+)) dan pada saat betis diremas dengan kuat pasien tidak merasakan apa-apa (reflek gordon (+)). Pada saat dilakukan reflek patella femur tidak bereaksi saat diketukkan (reflek patella (+)). Muttaqin (2008) juga menambahkan bahwa pada fase akut reflex fisiologis pada sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari reflex fisiologis akan muncul kembali didahului dengan reflex patologis.

Tabel 2.3 Nilai kekuatan otot

Respon	Nilai
Tidak dapat sedikitpun kontraksi otot, lumpuh total	0
Terdapat sedikit kontraksi otot, namun tidak didapatkan gerakan pada persendian yang harus digerakkan oleh otot tersebut	1
Didapatkan gerakan, tapi gerakan tidak mampu melawan gaya berat (gravitasi)	2
Dapat mengadakan gerakan melawan gaya berat	3
Disamping dapat melawan gaya berat ia dapat pula mengatasi sedikit tahanan yang diberikan	4
Tidak ada kelumpuhan (normal)	5

Sumber: Debora (2013) dalam Geofani (2017)

d) Pengkajian Sistem Sensorik

Dapat terjadi hemihipestesi. Pada persepsi terdapat ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi. Disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensori primer antara mata dan korteks visual. Kehilangan sensori karena stroke dapat berupa kerusakan sentuhan ringan atau mungkin lebih berat, dengan kehilangan propiosepsi (kemampuan untuk merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh) serta kesulitan dalam menginterpretasikan stimuli visual, taktil, dan auditorius (Muttaqin, 2008)

4) B4 (Bladder)

Stroke klien akan mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi, juga ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Terkadang kontrol sfingter urine eksternal menghilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermitten dengan teknik steril. Inkontinensia urin yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas. Hal ini juga dikuatkan oleh teori Christensen & Kockrow (2005) dalam Hidayati (2008) bahwa pemasangan kateter indwelling ini dilakukan untuk mengatasi kemungkinan inkontinensia pasien stroke pada fase akut dan membantu pasien stroke menghindari kandung kencing yang penuh (Batticaca, 2008).

5) B5 (Bowel)

Adanya keluhan susah menelan, anoreksia, mual dan muntah pada fase akut. Mual sampai muntah disebabkan oleh peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pada pola defekasi terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus. Adanya inkontinensia yang berlanjut akan menunjukkan kerusakan neurologis yang luas (Batticaca, 2008).

6) B6 (Bone)

Stroke adalah penyakit *Upper Motor Neuron* (UMN) yang mengakibatkan hilangnya kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Oleh karena neuron atas yang menyilang, maka gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi motorik paling umum adalah hemiplegi karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Pada kulit, jika klien kekurangan oksigen, kulit akan tampak pucat kebiruan, dan apabila kekurangan cairan maka turgor kulit akan buruk. Selain itu, perlu dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke mengalami masalah dalam mobilitas fisiknya. Selain itu juga terdapat kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralise, serta mudah lelah yang menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat (Batticaca, 2008).

2.2.2 Diagnosa Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik

a. Definisi

Keterbatasan dalam pergerakan fisik mandiri dan terarah pada tubuh atau satu ekstremitas atau lebih (Wilkinson, 2011).

Tingkat 0: Mandiri total

Tingkat 1: Memerlukan penggunaan peralatan atau alat bantu

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

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

Tingkat 4: Ketergantungan; tidak berpartisipasi dalam aktivitas

b. Batasan karakteristik hambatan mobilitas fisik

Menurut Herdman (2015), batasan karakteristik dalam diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik diantaranya:

- 1) Dispnea setelah beraktivitas
- 2) Gangguan sikap berjalan
- 3) Gerakan lambat
- 4) Gerakan spastic (tegang)
- 5) Gerakan tidak terkoordinasi
- 6) Instabilitas postu (jatuh)
- 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 bergerak

c. Faktor yang Berhubungan

Menurut Herdman (2015), faktor yang berhubungan dengan diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik diantaranya:

- 1) Agens farmaseutikal
- 2) Ansietas
- 3) Depresi
- 4) *Disuse*
- 5) Fisik tidak bugar

- 6) Gangguan fungsi kognitif
- 7) Gangguan metabolisme
- 8) Gangguan muskuloskeletal
- 9) Gangguan neuromuscular
- 10) Gangguan sensoriperseptual
- 11) Gaya hidup kurang gerak
- 12) Indeks massa tubuh di atas persentil ke-75 sesuai usia
- 13) Intoleransi aktivitas
- 14) Kaku sendi
- 15) Keengganan memulai pergerakan
- 16) Kepercayaan budaya tentang aktivitas yang tepat
- 17) Kerusakan integritas struktur tulang
- 18) Keterlambatan perkembangan
- 19) Kontraktur
- 20) Kurang dukungan lingkungan (mis., fisik tau sosial)
- 21) Kurang pengetahuan tentang nilai aktivitas fisik
- 22) Malnutrisi
- 23) Nyeri
- 24) Penurunan kekuatan otot
- 25) Penurunan kendali otot
- 26) Penurunan ketahanan tubuh
- 27) Penurunan massa otot
- 28) Program pembatasan gerak

2.2.3 Perencanaan keperawatan

1) Tujuan dan kriteria hasil

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

- a) Keseimbangan
- b) Koordinasi
- c) Performa posisi tubuh

- d) Pergerakan sendi dan otot
- e) Berjalan
- f) Bergerak dengan mudah

2) Intervensi (NIC)

Tabel 2.4 Tujuan dan Kriteria Hasil serta Intervensi

NOC	NIC
<p>Tujuan jangka pendek: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan kekuatan otot meningkat.</p> <p>Tujuan jangka panjang: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam hambatan mobilitas fisik teratasi</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Ambulasi: kemampuan untuk berjalan dari satu tempat ke tempat lain secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu b) Keseimbangan: kemampuan untuk mempertahankan keseimbangan tubuh c) Performa Mekanika Tubuh: tindakan personal untuk mempertahankan kesejajaran tubuh yang tepat dan untuk mencegah ketegangan otot skeletal d) Pergerakan terkoordinasi: kemampuan otot untuk bekerja bersama secara volunteer dalam menghasilkan gerakan yang bertujuan e) Pergerakan sendi (Sebutkan Sendi): rentang pergerakan sendi (sebutkan sendi) aktif dengan gerakan atas inisiatif sendiri f) Mobilitas: kemampuan untuk bergerak secara bertujuan dalam lingkungan sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu g) Fungsi Skeletal: kemampuan tulang untuk menyokong tubuh dan memfasilitasi pergerakan h) Performa Berpindah: kemampuan untuk mengubah letak tubuh secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengkajian <ol style="list-style-type: none"> (1) Kaji tingkat motivasi klien dalam melakukan mobilitas (2) Kaji kekuatan otot klien dengan skala 0-5. (3) Kaji kemampuan klien dalam mobilisasi (4) Kaji tanda-tanda vital 2. Aktivitas lain <ol style="list-style-type: none"> 1) Ajarkan dan dukung klien dalam latihan ROM aktif dan pasif secara rutin yang dapat meliputi tindakan berikut : <ol style="list-style-type: none"> (1) Posisikan klien supine atau senyaman mungkin (2) Lakukan ROM pasif pada ekstremitas yang mengalami kelemahan dan bimbing klien melakukan ROM aktif pada ekstremitas yang tidak mengalami kelemahan 2) Lihat respon ketika dilakukan latihan 3) Latih klien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai dengan kemampuan 4) Ajarkan klien bagaimana merubah posisi dan beri bantuan bila diperlukan 5) Berikan penguatan positif selama aktivitas 6) Susun rencana jadwal latihan ROM dan perubahan posisi 3. Aktivitas Kolaboratif <ol style="list-style-type: none"> 1) Kolaborasikan dengan fisioterapis dalam mengembangkan mekanika tubuh, sesuai indikasi 2) Pemberian terapi obat-obatan. 4. Penyuluhan Untuk Klien/Keluarga tentang penyakit stroke

Sumber: Judith M. Wilkinson, Nancy R. Ahern (2011); *Nursing Interventions Classification (NIC)*., NANDA. 2016.

2.2.4 Implementasi

Menurut Bakara & Warsito (2016), ada perbedaan sebelum dan sesudah dilakukan Range Of Motion (ROM) pasif pada klien stroke yang mengalami paralisis yang lama 6 bulan post stroke yang dilakukan rentang sendi pada

motorik ekstremitas atas dan bawah, dan hanya pada sendi-sendi besar dengan pertimbangan klien yang stroke yang mengalami paralisis lebih dari 6 bulan telah mengalami kekakuan pada sendi-sendi yang kecil. Hasil analisis menunjukkan ROM pasif yang dilakukan pada klien stroke dapat meningkatkan rentang sendi, dimana reaksi kontraksi dan relaksasi selama gerakan ROM pasif yang dilakukan pada klien stroke terjadi penguluran serabut otot dan peningkatan aliran darah pada daerah sendi yang mengalami paralisis sehingga terjadi peningkatan penambahan rentang sendi abduksi-adduksi pada ekstremitas atas dan bawah hanya pada sendi-sendi besar. Sehingga ROM pasif dapat dilakukan sebagai alternatif dalam meningkatkan rentang sendi pada klien stroke yang mengalami paralisis. Sebesar 30% - 40% klien stroke dapat sembuh sempurna bila ditangani dalam waktu 6 jam pertama, namun apabila dalam waktu tersebut klien stroke tidak mendapatkan penanganan yang maksimal maka akan terjadi kecacatan atau kelemahan fisik seperti hemiparese.

Hasil studi kasus yang dilakukan oleh Pradana (2016) dapat diambil kesimpulan bahwa tindakan range of motion (ROM), perawatan alih baring dan pengubahan posisi setiap 2 jam terbukti efektif untuk mencegah kekakuan otot pada klien stroke. Dengan cepat dan tepat melakukan tindakan range of motion atau tindakan latihan mobilisasi maka dapat mencegah timbulnya komplikasi. Penelitian Cahyati, dkk (2013) menambahkan jika terdapat perbedaan peningkatan kekuatan otot antara responden yang melakukan latihan ROM unilateral dan latihan ROM bilateral, dari hasil penelitian didapatkan bahwa latihan ROM bilateral meningkatkan kekuatan otot lebih baik dibandingkan dengan latihan ROM unilateral. Hasil penelitian menunjukkan nilai rerata kekuatan otot pada kelompok intervensi I meningkat sebesar 1,20 sedangkan pada kelompok intervensi II meningkat sebesar 2,13.

Untuk intervensi yang lain, menurut jurnal Basmaria, dkk (2012), terapi senam stroke 2x seminggu mampu memperbaiki kemampuan fungsional klien. Hal ini terlihat dari rerata kemampuan fungsional klien yang diukur menggunakan Indeks Barthel pada saat posttest (86,4) lebih tinggi 9,6 poin daripada saat pretest (78,8). Terapi senam stroke terbukti efektif paska stroke

iskemia, baik yang dilakukan 2x seminggu maupun yang dilakukan 3x seminggu. Akan tetapi, perbedaan peningkatan kemampuan fungsional yang terjadi pada kelompok klien yang menjalani terapi senam stroke 2x serta 3x seminggu tersebut secara statistik tidak signifikan. Berdasarkan temuan penelitian di atas, menyarankan agar terapi senam stroke diterapkan 3x seminggu dan panduan pelaksanaannya dibuatkan dalam bentuk SOP. Selanjutnya, meningkatkan durasi waktu terapi senam stroke agar sesuai dengan yang diterapkan yaitu 12 minggu (3 bulan) dan frekwensinya antara 3-5 kali seminggu untuk memastikan bahwa seluruh klien mendapatkan peningkatan kemampuan fungsional yang optimum.

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan klien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan criteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Rohma, 2013). Tujuan dari evaluasi itu sendiri adalah untuk melihat kemampuan klien dengan mencapai tujuan yang diinginkan. Hal ini dapat dilakukan dengan melihat respon klien terhadap asuhan keperawatan yang diberikan sehingga perawat dapat mengambil keputusan (Nursalam, 2011). Menurut Yasmara, dkk (2016); E.Doenges (2000) menyebutkan kriteria evaluasi dari diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik diantaranya adalah klien dapat:

Mempertahankan atau meningkatkan kekuatan dan fungsi bagian tubuh yang terganggu atau yang terpengaruh

- 1) Mempertahankan posisi fungsi yang optimal sebagaimana dibuktikan dengan tidak terjadi kontraktur dan footdrop.
- 2) Mendemonstrasikan teknik dan perilaku yang memungkinkan pelaksanaan kembali aktifitas.
- 3) Mempertahankan integritas kulit
- 4) Mempertahankan/ meningkatkan kekuatan dan fungsi bagian tubuh yang terkena atau kompensasi

2.2.6 Diagnosa keperawatan yang lain

Selain diagnosa hambatan mobilitas fisik, terdapat diagnosa lain yang muncul pada klien stroke menurut (Yasmara, Nursiswati and Arafat 2016), diantaranya:

- 1) Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak
- 2) Hambatan komunikasi verbal yang berhubungan dengan kelemahan system musculoskeletal, penurunan sirkulasi ke otak, perubahan system saraf pusat (SSP)
- 3) Defisit perawatan diri (mandi, berpakaian, makan, eliminasi) yang berhubungan dengan kerusakan neuromuscular, kelemahan, kerusakan status mobilitas, kerusakan persepsi atau kognitif, nyeri (ketidaknyamanan)
- 4) Ketidakefektifan koping yang berhubungan dengan ketidakadekuatan tingkat kepercayaan dalam kemampuan untuk melakukan koping; krisis situasi, ketidakadekuatan tingkat persepsi control
- 5) Gangguan menelan yang berhubungan dengan kerusakan neuromuscular penurunan refleks muntah, paralisis wajah, gangguan perceptual; keterlibatan saraf kranial
- 6) Kealpaan tubuh unilateral yang berhubungan dengan hemiplegia kiri akibat stroke pada hemisfer kanan; hemianopsis
- 7) Defisiensi pengetahuan yang berhubungan dengan keterbatasan kognitif, kesalahan interpretasi informasi, kurang daya ingat; kurang pajanan, tidak familier dengan sumber informasi
- 8) Risiko peningkatann TIK yang berhubungann dengan peningkatan volume intrakranial, penekanan jaringan otak, dan edemna serebri.

Selain diagnosis keperawatan di atas, diagnosis keperawatan lain yang mungkin muncul menurut Muttaqin (2008) diantaranya sebagai berikut:

- 1) Ketidakefektifan bersihan jalan napas yang berhubungan dengan akumulasi sekret, kemampuan batuk menurun, penurunan mobilitas fisik sekunder, penurunan tingkat kesadaran.

- 2) Risiko tinggi cedera yang berhubungan dengan penurunan luas lapang pandang, penurunan sensasi rasa (panas, dingin).
- 3) Risiko gangguan integritas kulit yang berhubungan dengan tirah baring yang lama.
- 4) Risiko ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan yang berhubungan dengan kelemahan otot dalam mengunyah dan menelan.
- 5) Ketakutan yang berhubungan dengan parahnya kondisi
- 6) Perubahan konsep diri yang berhubungan dengan perubahan persepsi.
- 7) Risiko ketidakpatuhan penatalaksanaan regime pengobatan yang berhubungan dengan kurangnya informasi, perubahan status kognitif.
- 8) Gangguan persepsi sensorik yang berhubungan dengan penurunan sensorik, penurunan penglihatan.

BAB 3. METODE PENULISAN

Pada bab ini akan dijabarkan terkait dengan desain penulisan laporan kasus, batasan istilah, partisipan, lokasi dan waktu, pengumpulan data, dan etika penulisan sebagaimana seperti berikut:

3.1 Desain penulisan laporan kasus

Desain yang digunakan dalam karya tulis ini adalah laporan kasus, yaitu laporan yang ditulis secara naratif untuk mendeskripsikan pengalaman medis dan keperawatan seorang atau beberapa orang klien secara rinci untuk tujuan peningkatan capaian pengobatan, pengembangan ilmu pengetahuan dan peningkatan pendidikan dalam bidang keperawatan. Laporan kasus dalam karya tulis ini adalah Asuhan Keperawatan klien Stroke pada Ny. W dan Tn. S dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik di Ruang Melati Rumah Sakit Umum Daerah dr. Haryoto Lumajang tahun 2018.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah dalam laporan kasus asuhan keperawatan klien Stroke pada Ny. W dan Tn. S dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik meliputi:

3.2.1 Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah serangkaian tindakan sistematis berkesinambungan, yang dilakukan oleh peneliti meliputi proses pengkajian keperawatan, perumusan diagnosa keperawatan, menentukan intervensi keperawatan yang akan diberikan kepada klien, melaksanakan intervensi keperawatan atau implementasi, dan komponen terakhir dengan mengevaluasi hasil dari implementasi keperawatan.

3.2.2 Definisi Klien dengan Stroke

Stroke adalah gangguan peredaran darah otak yang ditandai dengan fungsi otak yang terganggu sehingga menyebabkan seseorang mengalami kelumpuhan bahkan kematian. Diagnosis medis stroke peneliti tegakkan berdasarkan diagnosis medis yang telah tercantum dalam rekam medis klien.

3.2.3 Definisi Klien dengan Hambatan Mobilitas Fisik

Hambatan mobilitas fisik ialah keterbatasan kemampuan pergerakan fisik secara mandiri dari satu atau lebih ekstremitas yang dialami seseorang yang ditegakkan bila memenuhi kriteria minimal terdapat 2-3 batasan karakteristik berikut: dispnea setelah beraktivitas, gangguan sikap berjalan, gerakan lambat, gerakan spastic, gerakan tidak terkoordinasi, instabilitas postu, kesulitan membolak-balik posisi, keterbatasan rentang gerak ketidaknyamanan melakukan aktivitas lain sebagai pengganti pergerakan (mis., meningkatkan perhatian pada aktivitas orang lain, mengendalikan perilaku, fokus pada aktivitas sebelum sakit), penurunan kemampuan melakukan keterampilan motorik halus, penurunan kemampuan melakukan keterampilan motorik kasar, penurunan waktu reaksi, dan tremor akibat bergerak.

3.3 Partisipan

Partisipan dalam penyusunan laporan kasus ini adalah 2 klien yaitu Ny. W dan Tn. S dengan diagnosa medis stroke dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik. Partisipan dirawat di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang yang memiliki kriteria seperti berikut:

3.3.1 Klien dirawat di kelas 3

3.3.2 Klien menyatakan bahwa bersedia menjadi partisipan dengan menandatangani *informed consent* yang telah disediakan oleh peneliti

3.3.3 Tingkat kesadaran compos mentis

3.3.4 Mengalami masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik

3.3.5 Telah diberikan pertolongan pertama pada periode emas di pelayanan kesehatan

3.4 Lokasi dan Waktu

3.4.1 Lokasi

Pengambilan laporan kasus dilakukan di Ruang Melati RSUD dr Haryoto Lumajang yang merupakan ruang perawatan untuk kasus penyakit dalam.

3.4.2 Waktu

Pengambilan data untuk klien 1 dilakukan mulai tanggal 9 Mei sampai tanggal 11 Mei 2018. Sedangkan pada klien 2, pengambilan data dilakukan mulai tanggal 21 Mei 2018 sampai tanggal 23 Mei 2018.

3.5 Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan dalam penyusunan laporan kasus ini diantaranya yaitu:

3.5.1. Wawancara

Pada teknik wawancara penulis mendapatkan data yang dibutuhkan untuk mendukung penulisan laporan kasus. Untuk memudahkan penulis dalam melakukan wawancara yang terstruktur, maka penulis menggunakan instrumen lembar wawancara. Data yang penulis dapatkan melalui wawancara yaitu identitas klien, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, serta pola fungsi kesehatan dan psikososiospiritual. Selain menggunakan lembar wawancara, penulis juga menggunakan bantuan alat perekam untuk menghindari ketidakvalidan data akibat lupa.

3.5.2. Pemeriksaan fisik dan observasi

Observasi kepada klien bertujuan untuk mendapatkan data yang dibutuhkan oleh penulis dalam penulisan laporan kasus, observasi dilakukan dengan cara pemeriksaan fisik kepada klien pada bagian kepala sampai kaki atau semua bagian ekstremitas klien yang dilakukan dengan menggunakan pendekatan IPPA yaitu Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi. Data yang didapatkan penulis menggunakan pemeriksaan fisik untuk mendapatkan data meliputi kekuatan otot, rentang gerak, pemeriksaan saraf cranial, serta pemeriksaan sensorik dan motorik.

3.5.3. Laporan Dokumentasi

Laporan dokumentasi didapatkan melalui dari hasil diagnostik dan data yang relevan seperti hasil data pemeriksaan penunjang yang sudah dilakukan klien seperti hasil pemeriksaan laboratorium, EKG, dan CT-Scan untuk memudahkan

penulis dalam pengambilan data yang akan dilakukan maka dapat menggunakan instrumen yaitu kamera dengan cara memotret hasil pemeriksaan penunjang maupun hasil rekam medis klien yang terdapat pada rekam medis klien.

3.6 Etika Penulisan

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

3.6.1. *Informed Consent* (persetujuan menjadi klien)

Informed Consent seperti yang digunakan pada laporan kasus akan menjadi masalah karena sifat laporan kasus yang tidak menekankan tujuan yang spesifik di awal. Laporan kasus bersifat fleksibel, dan mengakomodasi berbagai ide yang tidak direncanakan sebelumnya yang timbul selama proses pengambilan data. Penulis tidak mungkin menjelaskan keseluruhan laporan yang akan dilakukan di awal, maka perlu adanya *Persetujuan Setelah Penjelasan (PSP)* dari manusia sebagai subjek atau partisipan yang dipelajari. *Persetujuan partisipan* merupakan wujud dari penghargaan atas harkat dan martabat dirinya sebagai manusia. *PSP* merupakan proses memperoleh persetujuan dari subjek/ partisipan untuk berpartisipasi dalam kegiatan pengambilan data laporan kasus yang dilakukan *Surat persetujuan (Informed consent)* (Afiyanti & Imami, 2014)

3.6.2 Tanpa Nama (*Anonimity*)

Penulis tidak mencantumkan nama responden atau hanya menuliskan kode responden pada lembar pengumpulan data dan saat data disajikan. Data tersebut disimpan di file yang khusus dengan kode responden yang sama (Hidayat A. , 2012).

BAB 5. PENUTUP

Pada bab 5 ini penulis akan memaparkan kesimpulan dan saran dari laporan tugas akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Klien Stroke Pada Ny. W dan Tn. S Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018”.

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan pada kedua klien stroke dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik didapatkan klien 1 berjenis kelamin perempuan berusia 36 tahun, sedangkan klien kedua berjenis kelamin laki-laki berusia 55 tahun. Pengkajian keperawatan pada kedua klien stroke dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik terdapat lima batasan karakteristik yang muncul pada kedua klien yaitu keterbatasan rentang gerak pada ekstremitas bagian kanan, penurunan kemampuan melakukan motorik halus, penurunan kemampuan melakukan motorik kasar, gangguan sikap berjalan, gerakan tidak terkoordinasi pada klien pertama. Sedangkan klien kedua mengalami mengalami keterbatasan rentang gerak pada ekstremitas bagian kiri, penurunan kemampuan melakukan motorik halus, penurunan kemampuan melakukan motorik kasar, gangguan sikap berjalan, kesulitan dalam membolak-balik posisi tubuh. Dalam pengkajian, masalah lain yang didapat pada klien pertama yaitu terjadi halusinasi dan penurunan nafsu makan.

5.1.2 Diagnosa

Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan pada kedua klien didapatkan diagnosa keperawatan prioritas yaitu hambatan mobilitas fisik. Batasan

karakteristik yang terdapat pada kedua klien juga sesuai dengan teori penegakan diagnose keperawatan yang ada pada buku Wilkinson (2011) dan Herdman (2015). Selain itu terdapat diagnose keperawatan lain yang muncul pada kedua klien yaitu resiko jatuh berhubungan dengan kelemahan (hemiparesis), gangguan pola tidur berhubungan dengan halangan lingkungan (lingkungan ramai), dan defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular. Kedua diagnose keperawatan tersebut merupakan dua diagnose keperawatan yang muncul pada kedua klien.

5.1.3 Intervensi

Dalam merencanakan tindakan keperawatan tidak ada perbedaan antara teori dengan kasus, akan tetapi perencanaan yang dilakukan pada kasus tetap disesuaikan dengan kondisi klien. Intervensi yang difokuskan oleh penulis pada klien dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik yaitu membantu dan mengajarkan *range of motion* (ROM) aktif dan pasif. Selain itu, intervensi yang lain juga tetap dijalankan sesuai kondisi klien.

5.1.4 Implementasi

Tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada kedua klien ada yang mengalami perbedaan, yaitu pada klien pertama tidak dilakukan kolaborasi dengan fisioterapis karena kondisi klien pertama tidak sesuai dengan indikasi fisioterapi. Selain itu pada kedua klien juga diberikan edukasi tentang stroke yang setiap harinya dievaluasi oleh penulis mengenai pemahaman dari edukasi yang telah diberikan pada hari sebelumnya. Tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan diagnose keperawatan yang muncul dan sesuai dengan intervensi yang disusun oleh peneliti sebelumnya. Pada dasarnya tindakan keperawatan yang penting dan harus dilakukan oleh peneliti yaitu membantu dan mengajarkan *range of motion* (ROM) aktif dan pasif yang diimplementasikan oleh peneliti selama tiga hari

5.1.5 Evaluasi

Pada tahap ini merupakan suatu tahapan untuk mengetahui tingkat keberhasilan dari tindakan yang telah dilakukan. Dalam melakukan evaluasi pada kedua klien ditetapkan berdasarkan kriteria hasil yang telah disusun pada

intervensi oleh penulis. Pada klien pertama, untuk masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik dapat teratasi setelah perawatan 3 hari, sedangkan klien kedua untuk masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik belum teratasi setelah perawatan hari ke 3 dikarenakan penyakit klien yang memerlukan perawatan yang lama.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi klien dan keluarga

Penyakit stroke adalah penyakit yang membutuhkan perawatan yang harus segera ditangani agar mendapatkan penyembuhan dengan waktu yang lebih cepat agar tidak menimbulkan kecacatan yang lebih berat sampai mengakibatkan kematian. dalam hal ini klien dan keluarga diharapkan dapat mengetahui factor pencetus dan gejala yang timbul, sehingga klien dan keluarga dapat menghindari factor pencetus dan dapat segera memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan jika menemukan atau merasakan gejala dari penyakit stroke ini. Penulis juga menyarankan agar klien dan keluarga dapat menerapkan *range of motion* (ROM) baik secara aktif maupun pasif jika masalah terjadi berulang.

5.2.2 Bagi peneliti sebelumnya

Dapat dijadikan sebagai data dasar atau referensi untuk perbaikan penelitian di masa yang akan datang. Agar hasil penelitian memuaskan, untuk intervensi pada diagnose keperawatan prioritas dapat ditambahkan dengan menambahkan waktu dalam mengajarkan dan melatih *range of motion* (ROM), bisa juga ditambahkan frekuensi dalam melakukan *range of motion* (ROM) sehingga pencapaian tujuan menjadi lebih optimal. Selain itu, dapat juga ditambahkan intervensi yang dimodifikasi atau intervensi keperawatan terbaru dan inovatif sesuai dengan hasil penelitian yang dapat menghasilkan hal yang positif dan lebih baik lagi.

5.2.3 Bagi perawat

Dengan adanya laporan kasus ini diharapkan perawat dapat mengaplikasikan tindakan keperawatan yaitu dengan mengajarkan dan

melatih *range of motion* (ROM) untuk meningkatkan kekuatan otot dan menghindari kekakuan pada ekstremitas yang terjadi pada klien, khususnya pada klien stroke dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik, karena berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh penulis pada kedua klien tindakan *range of motion* (ROM) tersebut dapat meningkatkan kekuatan otot dan menghindari kekakuan pada ekstremitas pada tubuh.



DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, S. N. (2017). Analisis Praktik Klinik Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Haemoragik Dengan Intervensi Inovasi Pemberian Terapi Musik Klasik Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pada Pasien Yang Menjalani Latihan Rom Di Ruang Stroke Center Rsud Abdul Wahab Samarinda. *Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Samarinda*.
- Aulia, L. A. (2015). Penatalaksanaan Fisioterapi Pada Stroke Non Hemoragik Dengan Modalitas Terapi Latihan Propioseptive Neuromuscular Facilitation di RSUD Salatiga. *Program Studi Diploma Iii Fisioterapi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta*, 1-18.
- Bahar, A., & Wuysang, D. (2014). Pemeriksaan Sistem Motorik Dan Refleks Fisiologis, Patologis Dan Primitif. *Departemen Neurologi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin*, 1-25.
- Bakara, D. M., & Warsito, S. (2016). Latihan Range Of Motion (ROM) Pasif Terhadap Rentang Sendi Pasien Pasca Stroke. *Idea Nursing Journal*, Vol. VII No. 2.
- Basmara, N., Gusty, R., & Julita, E. (2012). Efektifitas Terapi Senam Stroke Terhadap Perbaikan Kemampuan Fungsional Pasien Paska Stroke. *Ners Jurnal Keperawatan*, Vol 8, No 1, 7-15.
- Batticaca, F. B. (2008). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan* (1nd ed.). Jakarta: Salemba Medika.
- Bay, R. (2014). Hubungan Gambaran Elektrokardiogram dengan Stroke Iskemik Akut di Rumah Sakit Umum dr. Zainoel Abidin Banda Aceh. *Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran universitas Syiah Kuala Darussalam Banda Aceh*, 1-71.
- Cahyati, T. Y., Nurachmah, E., & Hastono, S. (2013). Perbandingan Peningkatan Kekuatan Otot Pasien Hemiparese Melalui Latihan Range Of Motion Unilateral Dan Bilateral. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, Volume 16 No.1, hal 40-46.

- Cahyati, Y., Nurachmah, E., & Hastono, S. P. (2013). Perbandingan Peningkatan Kekuatan Otot Pasien Hemiparese Melalui Latihan Range Of Motion Unilateral Dan Bilateral. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, Volume 16 No.1, Maret 2013, hal 40-46.
- Caidir, R., & Zuardi, I. M. (2014). Pengaruh Latihan ROM pada Ekstremitas Atas dengan Bola Karet Terhadap Kekuatan Otot Pasien Stroke Non Hemoragi. *Program Studi Sarjana Keperawatan STIKes YARSI Sumbar Bukit Tinggi, 1 No 1, 1.*
- Darotin, R., Nurdiana, & Nasution, T. H. (2017). Analisis Faktor Prediktor Mortalitas Stroke Hemoragik Di Rumah Sakit Daerah Dr. Soebandi Jember. *NurseLine Journal*, Vol. 2 No. 2.
- Dewanto, G., & Suwono, W. J. (2009). *Panduan Praktis Diagnosis & Tata Laksana Penyakit Saraf*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Dinanti, B. R., & Carolia, N. (2016). Hemiparese Dekstra, Parese Nervus II e.c Stroke Non-Hemoragik. *J Medula Unila*, Volume 5 Nomor 1 .
- E.Doenges, M. (1999). *Rencana Asuhan Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- F. Lhermitte, M. P. (2006). Abducens Nucleus Syndrome due to Pontine Haemorrhage. *Department of Neurology, Centre Gui de Chauliac, Montpellier, France*, 1-2.
- Fatimah, R. N. (2015). Diabetes Tipe 2 . *J MAJORITY* , 1-9.
- Geofani, P. (2017). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Hemoragik Di Bangsal Syaraf Rsup Dr. M. Djamil Padang. *Jurusan Keperawatan Program Studi D III Keperawatan Padang Tahun 2017* , 66.
- 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, VOLUME 8, No 1*, 40-47.
- Herdman, T. H. (2015). *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017*. Jakarta: EGC.

- Hermawati. (2017). Analisis Praktik Klinik Keperawatan Pada Pasien Stroke Dengan Intervensi Inovasi Pemberian Posisi Elevasi Kepala Untuk Meningkatkan Nilai Saturasi Oksigen Di Ruang Unit Stroke Rsud Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2017 . *Program Studi Profesi Ners STIK Muhammadiyah Samarinda* , 1-26.
- Iliveok. (2011-2018). *Iliveok*. Dipetik Agustus Agustus, 2018, dari Hemiparesis: https://id.iliveok.com/health/hemiparesis-hemiplegia_107707i15946.html
- Indrawati, L., Sari, W., & Dewi, C. (2016). *Care your Self Stroke Cegah dan Obati Sendiri*. Jakarta: Penebar Plus.
- Jayanti, A. A. (2015). Hubungan Hipertensi Dengan Kejadian Stroke Di Sulawesi Selatan Tahun 2013. *Peminatan Epidemiologi Program Studi Kesehatan Masyarakat Akultas Kedokteran Dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta 2015*, 16.
- Kartika, Najooan, T., & Kallo, M. V. (2016). Hubungan Dukungan Sosial Dengan Penerimaan Diri Pasien Pasca Stroke . *Ejournal Keperawatan (E-Kp)*, Volume 4. Nomor 2.
- Kemenkes, R. (2016, Agustus). *Asosiasi Pemerintah Kabupaten Seluruh Indonesia Bersepakat Untuk Cegah Dan Kendalikan Penyakit Tidak Menular*. Dipetik September Kamis, 2017, dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: <http://www.depkes.go.id/article/print/16080900002/asosiasi-pemerintah-kabupaten-seluruh-indonesia-bersepakat-untuk-cegah-dan-kendalikan-penyakit-tidak.html>
- Khairunnisa, N., & Fitriyani. (2014). Hemiparese Sinistra, Parese Nervus Vii, Ix, X, Xii E.C Stroke Non-Hemorrhagic. *Fakultas Kedokteran Universitas Lampung*, 1-8.
- Laily, S. R. (2017). Hubungan Karakteristik Penderita Dan Hipertensi Dengan Kejadian Stroke Iskemik. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 48-59.
- Liza, R. G., & Loebis, B. (2015). Gangguan Psikotik Akibat Stroke Iskemik. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 1-7.

- M, W. R., Sumaryanto, E., & W, E. S. (2013). Persepsi Penderita Stroke Yang Mengalami Kecacatan Terhadap Aktivitas Seksual. *Jurnal Terpadu Ilmu Kesehatan*, Jilid 3, Hlm. 180-184 .
- Masniah. (2017). Kualitas Hidup Pada Pasien Pasca Stroke. *Dinamika Kesehatan*, Vol. 8 No. 1.
- Mawarti, H. (2012). Pengaruh Latihan Rom (Range Of Motion) Pasif Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Dengan Hemiparase. *Journal Unipdu*, Vol 2, No 2.
- Misbach, J. (1999). *Stroke Aspek Diagnostik, Patofisiologi, Manajemen*. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Misnadiarly. (2006). *Diabetes melitus: gangren, ulcer, infeksi, mengenal gejala, menanggulangi, dan mencegah komplikasi*. Jakarta: Pustaka Populer Obor.
- Muttaqin, A. (2008). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- N.I., I. (2008). *Anatomi Fisiologi*. Lumajang: Akademi Keperawatan Lumajang.
- Nadesul, H. (2011). *Menyayangi Otak (Menjaga Kebugaran, Mencegah Penyakit, Memilih Makanan)*. Jakarta: Kompas.
- Nursalam. (2011). *Manajemen Keperawatan : Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika.
- Oktraningsih, I. (2017). Gambaran Kekuatan Otot Pasien Stroke yang Immobilisasi di RSUP H. Adam Malik Medan . *Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara* , 71.
- Orizani, C. M. (2016). Dukungan Keluarga Dalam Memenuhi Kebersihan Diri Pada Penderita Stroke (CVA) Yang Mengalami Gangguan Motorik. *The Indonesian Journal Of Health Science*, Vol. 7, No. 1.

- Pradana, M. D. (2016). *Upaya Peningkatan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Nonhemoragik Di RSUD Dr. Soehadi Prijonegoro*. Surakarta: Program Studi Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Prastiwi, A. D. (2018). Hubungan Antara Kadar Hemoglobin Dan Jenis Kelamin Dengan Mortalitas Pada Pasien Stroke Iskemik. *Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Surakarta*, 1-17.
- Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan, R. (2014). *Situasi Kesehatan Jantung*. Jakarta Selatan: Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.
- Puspitasari, D., Hamid, M., & Dewi, S. (2013). *Efektifitas Mobilisasi Dini Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Di Ruang Teratai Rsud Dr. H. Koesnadi Bondowoso*. Jember.
- Raharjo, A. S., & Tuti, R. (2015). Hubungan Faktor Usia, Jenis Kelamin, Dan Pekerjaan Dengan Jenis Stroke Di Poli Saraf Rsud Kraton Kabupaten Pekalongan. *Program Studi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan*, 1.
- Ratag, M. T., & Pangalila, R. R. (2013). Isolated Oculomotor Nerve Palsy. *Jurnal Biomedik (JBM)*, 64-66.
- Robles, L. A. (2016). Central Trochlear Nerve Palsy due to Stroke: Report and Clinical Correlation of Two Cases. *The Canadian Journal Of Neurological Sciences Inc.*, 1-3.
- Sari, S. H., Agianto, & Wahid, A. (2015). Batasan Karakteristik Dan Faktor Yang Berhubungan (Etiologi) Diagnosa Keperawatan: Hambatan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke. *Portal Garuda*, DK Vol.3/No.1.
- Satyanegara, Arifin, M. Z., Hasan, R., Bakar, S., Yuliatr, N., & Prabowo, H. (2014). Ilmu Bedah Saraf. Dalam I. B. Satyanegara, *Ilmu Bedah Saraf Satyanegara Edisi V* (hal. 347). Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Silviantri, F. (2016). Hubungan Skor Glasgow Coma Scale Saat Masuk Rumah Sakit Dengan Mortalitas Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di Rsud

Dokter Abdul Aziz Singkawang . *Fakultas Kedokteran Universitas Tanjungpura Pontianak*, 1-18.

Smeltzer, S., & Barre, B. (2010). *Medical Surgical Nursing*. Philadelphia: Davis Comp.

Sukamto. (2018). Elevasi Segmen-ST: Apakah selalu Penanda Infark Miokard Akut ? *Jurnal Kesehatan Melayu*, 1-7.

Victoria, A. Z., Kristiyawati, S., & Arif, S. (2014). Pengaruh Latihan Lateral Prehension Grip Terhadap Peningkatan Gerak Sendi Jari Tangan pada Pasien Stroke di RSUD Dr. H Soewondo Kendal. *J. Keperawatan dan Kebidanan*, 1, 10.

Vonala, F. A., & Ernawati, N. (2016). Hubungan Konsep Diri (Citra Diri Dan Harga Diri) Dengan Strategi Koping Pada Penderita Pasca Stroke Di Wilayah Kerja Puskesmas Kedungwuni I Kabupaten Pekalongan. *Program Studi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Pekalongan 2016*, 1-14.

Wahyu, G. G. (2009). *"Stroke Hanya Menyerang Orang Tua?"*. Yogyakarta: Penerbit B First.

Wahyuningsih, D. (2017). Pemberian Latihan Rom Untuk Meningkatkan Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Di RSUD Dr. Soedirman Kebumen . *Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong Program Studi Diii Keperawatan 2016/2017*, 1-40.

Wibhisono, H. (2016). Wanita 55 Tahun dengan Stroke Non-Hemoragik dan Hipertensi Derajat II. *J Medula Unila*, 1-4.

Wilkinson, J. M., & Ahern, N. R. (2011). *Buku saku Diagnosis Keperawatan* (9 ed.). Jakarta: EGC.

Yasmara, D., Nursiswati, & Arafat, R. (2016). *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal Bedah: Diagnosis NANDA-I 2015-2017 Intervensi NIC Hasil NOC*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

Yueniwati, Y. (2016). *Pencitraan Pada Stroke*. Malang: Universitas Brawijaya Press.



Lampiran 1

JADWAL PENYELENGGARAAN KARYA TULIS ILMIAH: LAPORAN KASUS

KETERANGAN	TAHUN 2017																TAHUN 2018																				
	FEB				MAR-SEPT				OKT				DES				JAN				FEB				MARET-MEI				JUNI				JULI				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5
Informasi Penelitian																																					
Konfirmasi Penelitian																																					
Konfirmasi Judul																																					
Penyusunan Proposal Studi Kasus																																					
Sidang Proposal																																					
Revisi																																					
Pengumpulan Data																																					
Konsul Penyusunan Data																																					
Ujian Sidang																																					
Revisi																																					
Pengumpulan Laporan Kasus																																					



Lumajang, 13 April 2018

Nomor : 445/ 927 /427.77/2018
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Pengambilan Data

Kepada
Yth. Ka. Ruang Melati
RSUD dr. Haryoto Kab. Lumajang
di

LUMAJANG

Sehubungan dengan surat Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang tanggal 19 Maret 2018 Nomor : 274/UN25.1.14.2/LT/2018 dan Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik tanggal 09 April 2018 Nomor : 072/685/427.75/2018 perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat, maka bersama ini kami sampaikan bahwa kami menyetujui kepada mahasiswa D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang untuk melakukan pengambilan data di ruang Saudara dan kami mohon bimbingannya kepada mahasiswa dimaksud, yaitu:

Nama : IRENE YUNIAR INSANI

NIM : 152303101130

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

An. DIREKTUR RSUD dr. HARYOTO
KABUPATEN LUMAJANG
Kabag. Renbang

Kasubag. ^{Ub.} Diklat dan Penelitian



Ns. RUDIAH ANGGRAENI
Penata Tk. I

NIP. 19671209 199203 2 004

FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)

Surat Persetujuan Responden Penelitian:

Nama Institusi: Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas
Jember

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Tn Ali Wafa
Umur : 41 th
Jenis kelamin : Laki-laki
Alamat : Nguter, Pasiran - Lumajang
Pekerjaan : Wirausaha

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

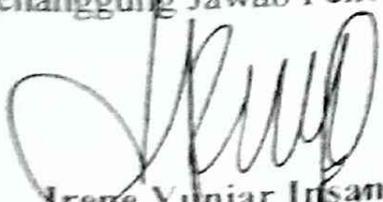
“Asuhan Keperawatan pada Klien Stroke dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018”

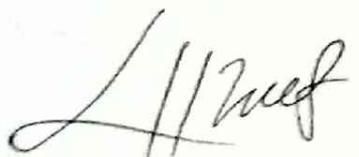
Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Lumajang, 9 Mei 2018

Yang Menyetujui,
Peserta Penelitian

Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian


Irene Yuniar Irsani
NPM : 152303101130


(ALI Wafa)

FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)

Surat Persetujuan Responden Penelitian:

Nama Institusi: Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Sulliah
Umur : 47th
Jenis kelamin : Perempuan
Alamat : Jl. Pabri Kes Laban RT 02 RW 02 Labruk Lor, Lumajang
Pekerjaan : Buruh tani

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

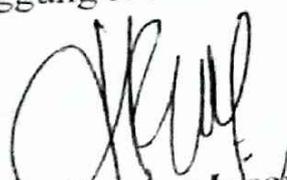
“Asuhan Keperawatan pada Klien Stroke dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018”

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

Lumajang, 18 Mei 2018

Mengetahui,

Penanggung Jawab Penelitian


Irene Yuniar Insani
NPM : 152303101130

Yang Menyetujui,
Peserta Penelitian


(SULLIAH)

SATUAN ACARA KEGIATAN

Pokok Bahasan	: <i>Range of Motion (ROM)</i>
Hari / Tanggal	: Senin, 21 Mei 2018
Waktu	: 15 menit
Tempat	: Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang
Sasaran	: Tn. S

A. Analisis Situasional

1. Penyuluh : Mahasiswa D3 Keperawatan UNEJ Kampus Lumajang yang sedang menjalankan tugas akhir di RSUD dr. Haryoto Lumajang
2. Peserta : Tn. S di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang

B. Tujuan

1. Untuk memelihara fungsi dan mencegah kemunduran
2. Untuk memelihara dan meningkatkan pergerakan sendi
3. Untuk merangsang sirkulasi darah
4. Untuk mencegah kelainan bentuk (deformitas)
5. Untuk memelihara dan meningkatkan kekuatan otot

C. Metode

1. Ceramah
2. Simulasi

D. Media/ alat

1. Handuk kecil
2. Lotion/ baby oil
3. Minyak penghangat bila perlu (misal: minyak telon)

E. Proses

NO	TAHAP	KEGIATAN	
		Penyuluh	Peserta
1.	Pembukaan 2 menit	<ul style="list-style-type: none"> • Menyampaikan salam pembuka • Memperkenalkan diri • Menyampaikan tujuan 	<ul style="list-style-type: none"> • Menjawab salam • Mendengarkan • Memperhatikan
2.	Isi 10 menit	<ul style="list-style-type: none"> • Menyampaikan pentingnya ROM • Memberi kesempatan untuk bertanya • Melakukan pelatihan ROM 	<ul style="list-style-type: none"> • Memperhatikan dan mendengarkan • Mengajukan pertanyaan • Memperhatikan dan mempraktekkan
3.	Evaluasi 1 menit	<ul style="list-style-type: none"> • Meminta Tn. S menyampaikan perasaannya setelah dilatih ROM 	<ul style="list-style-type: none"> • Menyampaikan perasaan
4.	Terminasi 1 menit	<ul style="list-style-type: none"> • Mengucapkan terima kasih atas kesediaan Tn. S • Menyampaikan tindak lanjut • Menyampaikan salam penutup 	<ul style="list-style-type: none"> • Mendengarkan • Mendengarkan • Mendengarkan

F. EVALUASI

1. Evaluasi Struktur

Persiapan pelaksanaan dilaksanakan dengan melakukan koordinasi dengan pembimbing klinik dan akademik, persiapan media, kelengkapan alat yang digunakan.

2. Evaluasi Proses

- (1) Tn. S bersedia dilatih ROM hingga selesai
- (2) Tn. S tidak mengalami gangguan saat dilatih ROM

3. Evaluasi Hasil

Tn. S memberikan *feedback* positif setelah dilatih ROM

**SPO (STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL)
ROM (RANGE OF MOTION)**

1.	<p>Pengertian : <i>Range of Motion</i> (ROM) adalah segenap gerakan yang dalam keadaan normal dapat dilakukan oleh sendi yang bersangkutan</p>
2.	<p>Tujuan : Untuk memelihara fungsi dan mencegah kemunduran. Untuk memelihara dan meningkatkan pergerakan sendi. Untuk merangsang sirkulasi darah. Untuk mencegah kelainan bentuk (deformitas). Untuk memelihara dan meningkatkan kekuatan otot</p>
3.	<p>Persiapan Pasien : Memberikan salam, memperkenalkan diri, dan mengidentifikasi pasien dengan memeriksa identitas pasien secara cermat. Menjelaskan tentang prosedur tindakan yang akan dilakukan, memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan menjawab seluruh pertanyaan pasien. Meminta pengunjung untuk meninggalkan ruangan, memberi privasi pasien. Mengatur posisi pasien sehingga merasa aman dan nyaman.</p>
4.	<p>Persiapan Alat : Handuk kecil Lotion/ baby oil Minyak penghangat bila perlu (misal: minyak telon)</p>
5.	<p>Cara Bekerja : Beritahu pasien bahwa tindakan akan segera dimulai Tinggikan tempat tidur sampai ketinggian kerja yang nyaman Periksa alat-alat yang akan digunakan Dekatkan alat-alat ke sisi tempat tidur Posisikan pasien se nyaman mungkin Cuci tangan dan kenakan sarung tangan</p> <p>Fleksi Bahu Tempatkan tangan kiri perawat di atas siku pasien, kemudian tangan kanan memegang tangan pasien. Angkat tangan ke atas dari sisi tubuh. Gerakan tangan perlahan-lahan, lemah lembut ke arah kepala sejauh mungkin. Letakkan tangan di bawah kepala dan tahan untuk mencegah dorongan fleksi, tekuk tangan dan siku. Angkat kembali lengan ke atas kembali ke posisi semula. Ulangi latihan lebih kurang sampai 3 kali.</p> <p>Abduksi dan Adduksi Bahu Tempatkan tangan kiri perawat di atas siku pasien, tangan kanan</p>

memegang tangan pasien.

Pertahankan posisi tersebut, kemudian gerakkan lengan sejauh mungkin dari tubuh dalam keadaan lurus.

Tekuk dan gerakkan lengan segera perlahan ke atas kepala sejauh mungkin.

Kembalikan pada posisi semula.

Ulangi latihan lebih kurang sampai 3 kali.

Rotasi Interna dan Eksterna Bahu

Tempatkan lengan pasien pada titik jauh dari tubuh, bengkokkan siku.

Pegang lengan atas, tempatkan pada bantal.

Angkat lengan dan tangan.

Gerakkan lengan ke bawah dan tangan secara perlahan-lahan ke belakang sejauh mungkin.

Kembalikan lengan pada posisi semula.

Ulangi latihan lebih kurang 3 kali.

Penyilangan Adduksi Bahu

Tempatkan tangan kiri perawat di bawah siku dan tangan lain memegang tangan pasien.

Angkat lengan pasien.

Posisi lengan setinggi bahu, gerakkan tangan menyilang kepala sejauh mungkin.

Kembalikan lengan pada posisi semula.

Ulangi latihan lebih kurang 3 kali.

Supinasi dan Pronasi Lengan

Permulaan posisi: pegang tangan pasien dengan kedua tangan, posisi telunjuk pada telapak tangan, kedua ibu jari di punggung tangan.

Tekuk telapak tangan pasien menghadap wajah pasien.

Kemudian tekukkan telapak tangan bagian punggung ke muka pasien.

Ulangi latihan lebih kurang 3 kali.

Ekstensi dan Fleksi Pergelangan Tangan dan Jari

Pegang pergelangan tangan pasien dengan satu tangan pasien dan tangan pasien bergengaman dengan tangan perawat.

Tekuk punggung tangan ke belakang sambil mempertahankan posisi jari lurus.

Luruskan tangan.

Tekuk tangan ke depan sambil jari-jari menutup membuat genggamannya, kemudian buka tangan.

Ulangi latihan lebih kurang 3 kali.

Fleksi dan Ekstensi Ibu Jari

Pegang tangan pasien, tekuk ibu jari ke dalam telapak tangan pasien.

Dorong ibu jari ke belakang pada titik terjauh dari telapak tangan pasien.

Ulangi lebih kurang 3 kali.

Gerakan ibu jari pasien memutar/sirkulasi pada satu lingkaran.

Fleksi dan Ekstensi Panggul dan Lutut

Tempatkan salah satu tangan perawat dibawah lutut pasien, tangan lain di atas tumit dan menahan kaki pasien.

Angkat tungkai kaki dan tekukan pada lutut, gerakan tungkai kebelakang sejauh mungkin.

Luruskan lutut di atas permukaan kaki, kembalikan pada posisi semula.

Ulangi latihan lebih kurang 3 kali.

Rotasi Interna dan Eksterna Panggul

Tempat satu tangan perawat di bawah lutut pasien, tangan lain di atas tumit kaki pasien.

Angkat tungkai dan tekuk membuat sudut yang besar di atas lutut.

Pegang lutut dan kaki pasien mendorong ke hadapan perawat.

Gerakkan kaki ke posisi semula.

Dorong kaki sejauh mungkin dari perawat, gerakkan ke posisi semula.

Ulangi latihan lebih kurang sampai 3 kali.

Abduksi dan Adduksi Panggul

Tempatkan satu tangan perawat di bawah lutut pasien, letakkan tangan lain di bawah tumit.

Pegang tungkai dalam keadaan lurus, kemudian angkat ke atas setinggi 5 cm dari kasur.

Tarik kaki kearah luar, ke hadapan perawat.

Dorong tungkai ke belakang dan kembalikan ke posisi semula.

Ulangi latihan lebih kurang 3 kali.

Dorso dan Plantar Fleksi Pergelangan Kaki

Pegang tumit pasien dengan tangan perawat, biarkan istirahat pada tangan perawat.

Tekan lengan perawat pada telapak kaki, gerakkan menghadap tungkai.

Pindahkan tangan perawat pada posisi semula.

Pindahkan tangan ke ujung kaki dan bagian bawah kaki, dorong kaki ke bawah pada titik maksimal secara bersamaan, kemudian dorong kembali ke atas pada tumit.

Ulangi latihan berikut lebih kurang 3 kali.

Eversi dan Inversi Kaki

Putar kaki satu persatu ke arah luar.

Kemudian kembali ke arah dalam.

Ulangi latihan lebih kurang 3 kali.

Ekstensi dan Fleksi Jari-jari Kaki

Mulai dengan menarik ujung jari kaki ke atas.

Ujung-ujung jari kaki di dorong ke bawah.

Ulang latihan lebih kurang 3 kali.

Rapihkan pasien ke posisi semula

Beritahu bahwa tindakan sudah selesai

Bereskan alat-alat yang telah digunakan dan melepaskan sarung tangan

Buka kembali tirai atau pintu dan jendela

Kaji respon pasien (subyektif dan obyektif)

Beri reinforcement positif kepada pasien

Buat kontak pertemuan selanjutnya

Akhiri kegiatan dengan baik

	Cuci tangan
6.	<p>Hasil : Dokumentasikan nama tindakan/tanggal/jam tindakan, hasil yang diperoleh, respon pasien selama tindakan, nama dan paraf perawat pelaksana.</p>
7.	<p>Hal-hal yang perlu diperhatikan : Pegang ekstermitas pada sendi-sendi seperti: elbow, wrist, knee. Gerakkan sendi secara perlahan-lahan, selanjutnya teruskan. Jika tidak nyaman/agak nyeri pada sendi, misalnya : adanya arthritis (dukung ekstermitas pada daerah tersebut). Gerakan setiap sendi melalui ROM lebih kurang 3 kali terus menerus secara teratur dan perlahan-lahan. Hindarkan pergerakan yang berlebihan dari persendian pada saat latihan ROM. Hindarkan pada tekanan yang kuat pada saat pergerakan yang kuat. Hentikan pergerakan bila ada nyeri. Catat adanya ketidak nyamanan (nyeri, kelelahan), kontraktur/kekakuan sendi, kekuatan otot dan adanya atrofi otot. Apabila ada perasaan nyeri akibat kekejangan/spasme otot, gerakkan sendi secara perlahan-lahan, jangan berlebihan. Gerakkan dengan lemah lembut secara bertahap sampai terjadi relaksasi. Aktifitas fungsional untuk menguji lengkap gerak sendi dapat dilakukan pada pasien yang sudah dapat melakukan pergerakan sendiri tanpa bantuan. Pergerakan diuji/diperiksa oleh terapis untuk menentukan adanya pergerakan daerah sendi. Pergerakan sendi pasien sangat dipengaruhi oleh kondisi fisik, faktor penyakit dan faktor genetik. Latihan disesuaikan dengan keadaan klinis pasien. Setiap sendi tubuh mempunyai suatu lingkup pergerakan yang normal. Sendi-sendi akan kehilangan lingkup pergerakan sendi yang normal. Kekakuan akan mengakibatkan suatu keadaan ketidakmampuan yang menetap. Hal ini sering pada kondisi Neuromuskuler (Hemiplegia). Latihan ROM direncanakan dengan individu, lingkup pergerakan bervariasi sesuai dengan perbedaan tubuh dan kemampuan serta golongan umur. Latihan ROM dapat dilakukan kapan saja, dimana keadaan fisik tidak aktif.</p>

LEMBAR OBSERVASI KEGIATAN ROM

Kriteria Struktur	V	Kriteria Proses	V	Kriteria Hasil	V
a. Kontrak waktu dan tempat diberikan satu hari sebelum acara dilakukan b. Klien hadir pada waktu dan tempat yang telah ditentukan c. Penyelenggaraan pelatihan dilakukan oleh mahasiswa bekerjasama dengan perawat Ruang Melati		Pembukaan <ul style="list-style-type: none"> • Menyampaikan salam pembuka • Memperkenalkan diri • Menyampaikan tujuan Isi <ul style="list-style-type: none"> • Menyampaikan pentingnya ROM • Memberi kesempatan untuk bertanya • Melakukan pelatihan ROM Evaluasi <ul style="list-style-type: none"> • Meminta Tn. S menyampaikan perasaannya setelah dilatih ROM • Mengucapkan terima kasih atas kesediaan Tn. S • Menyampaikan tindak lanjut Terminasi <ul style="list-style-type: none"> • Menyampaikan salam penutup 		a. Acara dimulai tepat waktu c. Klien mengikuti acara sesuai dengan aturan yang disepakati d. Klien menyampaikan perasaan setelah dilatih ROM	

Catatan Evaluasi :

Observer

(.....)

SATUAN ACARA PENYULUHAN

1. **Topik Penyuluhan** : Gangguan Sistem Neurologis
2. **Pokok Bahasan** : CVA (Stroke)
3. **Sub Pokok Bahasan** : Pemahaman tentang penyakit
4. **Sasaran** : Keluarga Tn S dan Ny. W di Ruang Melati RSUD
dr. Haryoto Lumajang
5. **Waktu Pertemuan** :
 - a. Waktu : Mei 2018
 - b. Pukul : 09.30 – 10.00 WIB
6. **Tujuan**
 - 6.1 Tujuan umum :

Setelah dilakukan penyuluhan tentang stroke diharapkan pasien dan keluarga mampu mengerti, memahami tanda dan gejala stroke
 - 6.2 Tujuan khusus :
 - a. Klien dan keluarga mengetahui tentang pengertian dari penyakit stroke.
 - b. Klien dan keluarga mengetahui penyebab dari penyakit stroke.
 - c. Klien dan keluarga mengetahui tanda dan gejala dari stroke.
 - d. Klien dan keluarga mampu menyebutkan pencegahan dari Stroke.

Tahap Kegiatan	Kegiatan Perawat	Kegiatan Klien	Media
Pembukaan (5 menit)	Salam pembuka Memperkenalkan diri Menjelaskan maksud dan tujuan Membagikan leaflet	Mendengarkan keterangan penyaji	Ceramah / leaflet
Penyajian (15 menit)	Menyampaikan materi : 1. Menjelaskan pengertian Stroke 2. Menjelaskan penyebab Stroke 3. Menjelaskan tanda dan gejala stroke 4. Menjelaskan pencegahan	Memperhatikan dan mendengarkan keterangan penyaji	Ceramah
Penutup (10 menit)	Melakukan tanya jawab Menutup pertemuan	Mendengarkan dan bertanya	Ceramah

MATERI

1. Pengertian Stroke

Adalah kematian jaringan otak akibat kekurangan aliran darah dan oksigen pada jaringan otak. Stroke merupakan salah satu komplikasi dari hipertensi yang menahun.

2. Penyebab Stroke

Adanya sumbatan pada pembuluh darah di otak, penurunan darah ke otak, perdarahan di otak

3. Tanda Dan Gejala Stroke

a. Derajat ringan

- Kesemutan pada separoh badan sementara
- Kepala terasa berputar-putar saat bangun tidur
- Salah satu sandal terlepas tanpa terasa

Semua gejala diatas disebabkan karena gangguan saraf yang ada di otak akibat gangguan sirkulasi darah di otak sehingga mengganggu fungsi kerja organ lain

b. Derajat sedang

- Kelumpuhan pada tangan/kaki atau salah satu sisi tubuh dalam waktu yang lama.
- Sulit bicara, pelo, bicara tidak jelas.
- Kehilangan daya ingat / konsentrasi
- Perubahn perilaku : bicara tidak menentu, mudah marah, perilaku seperti anak kecil.

c. Derajat berat.

- Gejala stroke bertambah parah
- Sering terjadi penurunan tingkat kesadaran sampai dengan koma
- Ketidakmampuan aktivitas
- Gangguan menelan

4. Pencegahan Stroke

- Hentikan konsumsi alkohol
- Diet rendah kolesterol dan garam
- Hindari merokok
- Hentikan penyalagunaan obat (kokain)
- Hindari peningkatan BB drastis.
- Hindari stress
- Olahraga teratur sesuaikan kemampuan

Buku Sumber

1. Soeparman. 1990. Ilmu Penyakit Dalam Jilid II. Jakarta : Balai penerbit FKUI
2. S. Heru Adi. 1995. Kesehatan Masyarakat. Jakarta. : EGC
3. Mansjoer, Arief. Et all. 1999. Kapita Selekta Kedokteran. Jakarta : Media Aesculapius

STROKE



Oleh
Irene Yuniar Insani

PROGRAM STUDI D3
KEPERAWATAN
FAKULTAS
KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
KAMPUS LUMAJANG
2018



Apa stroke itu ?

Adalah kematian jaringan otak akibat kekurangan aliran darah dan oksigen pada jaringan otak .

Penyebab stroke:

Adanya sumbatan pada pembuluh darah di otak, penurunan darah ke otak, perdarahan di otak

Tanda dan gejala :

a. Derajat ringan

- Kesemutan pada separoh badan sementara
- Kepala terasa berputar-putar saat bangun tidur
- Salah satu sandal terlepas tanpa terasa

b Derajat sedang

- Kelumpuhan pada tangan/kaki atau salah satu sisi tubuh dalam waktu yang lama.

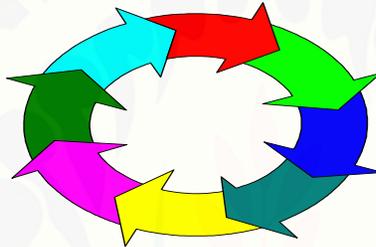
- Sulit bicara, pelo, bicara tidak jelas.
- Kehilangan daya ingat / konsentrasi
- Perubahn perilaku : bicara tidak menentu, mudah marah, perilaku seperti anak kecil.

c Derajat berat.

- Gejala stroke bertambah parah
- Sering terjadi penurunan tingkat kesadaran sampai dengan koma

- Ketidakmampuan aktivitas
- Gangguan menelan

Pencegahan ?



- **Hentikan konsumsi alkohol**
- **Diit rendah kolesterol dan garam**
- **Hentikan penyalagunaan obat (kokain)**
- **Hindari peningkatan BB drastis.**
- **Hindari stress**



Merokok



Olah raga

Sesuaikan dengan

Kemampuan

dan teratur

**SATUAN ACARA PENYULUHAN
MENCEGAH DAN MENANGGULANGI
STROKE**



Oleh:
Irene Yuniar Insani

**PROGAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
KAMPUS LUMAJANG
2018**

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok Bahasan	: Mencegah dan Menanggulangi Stroke
Sasaran	: Ny. W di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang
Waktu	: 20 menit
Hari/Tanggal	: 9 Mei 2018
Penyuluh	: Irene Yuniar Insani

A. ANALISA SITUASI

1. Peserta Penyuluhan
Ny. W di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang
2. Penyuluh
 - Mampu menyampaikan tentang penyakit stroke
 - Mampu menguasai peserta penyuluhan untuk memusatkan perhatian
3. Ruangan
 - Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang

B. TUJUAN INSTRUKSIONAL

1. Tujuan Umum
Setelah diberikan penyuluhan tentang stroke diharapkan keluarga Ny. W mampu memahami tentang penyakit stroke.
2. Tujuan Khusus
 1. Peserta penyuluhan dapat menyebutkan hal-hal tentang penyebab penyakit stroke
 2. Peserta penyuluhan dapat merawat anggota keluarga yang menderita stroke dengan baik dan benar
 3. Peserta penyuluhan dapat menyebutkan akibat yang ditimbulkan penyakit stroke

C. Materi Penyuluhan/Sub Pokok Bahasan

1. Hal-hal yang menyebabkan stroke

2. Terapi-terapi untuk penderita stroke
3. Pencegahan stroke berulang
4. Pertolongan pertama saat serangan stroke

D. Kegiatan Penyuluhan

Kegiatan	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Keluarga	Metode	Waktu
Pembukaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi salam 2. Memperkenalkan diri 3. Bina hubungan saling percaya. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab salam 2. Mendengarkan 	Ceramah	2 menit
Pelaksanaan	<p>Menjelaskan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hal-hal yang menyebabkan stroke 2. Terapi-terapi untuk penderita stroke 3. Pencegahan stroke berulang 4. Pertolongan pertama saat serangan stroke 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengarkan 2. Menanyakan materi yang belum dimengerti 	Ceramah	15 menit
Penutup	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan pertanyaan 2. Menarik kesimpulan 3. Menutup penyuluhan (salam) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab pertanyaan 2. Menjawab salam 	Tanya jawab	3 menit

E. Media

1. Leaflet

F. Metode

1. Ceramah
2. Tanya Jawab

G. Referensi :

- Leila Handerson. *Stroke Panduan Perawatan*. Kesehatan Praktis. Jakarta : Arcan
- Vita Health. 2006. *Informasi Lengkap untuk Penderita dan Keluarganya*. Jakarta.

H. Materi

Terlampir

I. Evaluasi

1. Apa penyebab stroke?
2. Bagaimana cara perawatan pada pasien stroke?
3. Bagaimana cara mencegah stroke berulang?

MATERI PENYULUHAN STROKE

1. Pengertian

Stroke adalah gejala kelainan syaraf akibat dari penyakit pembuluh darah otak

2. Penyebab

Penyebab yang pasti belum ditemukan tetapi dapat diketahui adanya faktor resiko yang berkaitan dengan timbulnya serangan stroke.

3. Pertolongan Pertama Pada Serangan Stroke

1. Posisikan kepala sedikit tengadah
2. Bebaskan pakaian yang mengganggu pernafasan
3. Posisikan tungkai rileks, ganjal lutut dengan bantal
4. Berikan oksigen yang cukup
5. Nutrisi otak terpenuhi
6. Berikan pertolongan jika ada tanda-tanda sumbatan pernafasan

4. Terapi Latihan Pada Penderita Stroke

1. Terapi pijat
2. Terapi nutrisi (wortel, bayam, pepaya dan nanas)
3. Terapi musik
4. Terapi komunikasi (nyanyi, membaca, dll)

5. Mencegah Stroke Berulang

1. Posisi tidur yang tepat dapat membantu penyembuhan
2. Perawatan kulit untuk mencegah terjadinya luka/infeksi
3. Posisi duduk yang tegak lurus
4. Ajarkan pasien untuk membaca dan bernyanyi untuk menghindari kerusakan komunikasi
5. Berikan kompres hangat pada sendi yang lumpuh dan rahang untuk melemaskan otot rahang

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

LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL KTI MAHASISWA D3 KEPERAWATAN UNEJ KAMPUS LUMAJANG

NAMA MAHASISWA : IPENE TUNIAR (NSAH)
NIM : 15230310136
PROGRAM STUDI : D3 KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER KAMPUS LUMAJANG
JUDUL KARYA TULIS ILMIAH : ASUHAN KEPERAWATAN PADA KUEN STROKE DENGAN MASALAH KEPERAWATAN HAMBATAN MOBILITAS FISIK

TAHAP PENULISAN PROPOSAL

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	20/02/2014	3 KONSUL BABI	4 Penelitian terkait BAB I, Matriks, skala, kronologi, dan solusi	5 	
2	23/02/14	KONSUL BAB 1	Dalam penyusunan masalah, peneliti harus membuat pertanyaan		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
3	02/03	KONSUL BAB 1	Dalam penyusunan masalah, bekerja untuk mencari kata kalimat		
4	13/03	KONSUL BAB 1	Pembahasan etika menggunakan museum deduktif		
5	21/03	KONSUL BAB 1	Dalam penyusunan kronologi harus menjelaskan secara ringkas		
6	06/04	KONSUL BAB 1	Suatu kronologi secara runtut seperti menjelaskan alur cerita		
7	21/04	KONSUL BAB 1	Solusi, mengatasi masalah (reca-ra ringkas, global, dan jelas		
8	03/08	KONSUL BAB 1	Pengaruh dan manfaat pertanahan pertanian masalah		
9	13/08	KONSUL BAB 1 LANJUT BAB 2	ACC BAB 1 KONSEP PENYAKIT dipejalakan berasal dari buku medis dan jurnal penelitian		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
10	7/10/2018	KONSUL BAB 2	Konsep penglihat diturunkan ke stroke secara umum		
11	11/10/2018	KONSUL BAB 2	Klasifikasi dipelajari sendiri (tidak mau ke dalam definisi)		
12	18/10/2018	KONSUL BAB 2	Pembahasan ditambahkan member, penambahan peninjauan diupayakan ada contoh		
13	21/10/2018	KONSUL BAB 2	Akses diuraikan terkait dengan data pengisian dan di fuan teori		
14	24/10/2018	KONSUL BAB 2	DX keperawatan dan intervensi dikembangkan dan dengan perencanaan		
15	28/10/2018	KONSUL BAB 2	Implementasi dibuat dengan ditambahkan jurnal keperawatan		
16	01/10/2018	KONSUL BAB 2	Evaluasi ditambahkan materi yang diharapkan		

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

LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL KTI
MAHASISWA D3 KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER

NAMA MAHASISWA : Irene Juniar Inyani.
NIM : 152307101130
PROGRAM STUDI : DIII keperawatan kampus bungjang.
JUDUL KARYA TULIS ILMIAH : Asuhan keperawatan klien Stroke pada My.W & Tr.S
 Dengan Masalah keperawatan Hambatan Mobilitas Fink di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto
 Bungjang Tahun 2018.

TAHAP PENULISAN PROPOSAL

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
1		KONSUL BAB 4	Ri. Identitas klien, riwayat penyakit dahulu, sekarang		
2		KONSUL BAB 9	Riwayat + Keluhan utama + Btkran penelitian		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
3		KONSUL BAB 4	Pola Persepsi dan tetatalaksana ves		
4		KONSUL BAB 4	Pola Nutrisi dan Metabolik Pola Eliminasi		
5		KONSUL BAB 4	Pola tidur istirahat Pola Aktivitas dan Kebersihan Piri Langit pola - pola		
6		KONSUL BAB 4	Pemeriksaan Fisik (Head to toe)		
7		KONSUL BAB 4	Analisa Ranta → Evaluasi BAB 4 ACC		
8		KONSUL BAB 5	BAB 5 ACC Simp siday 8		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
17	02/2018 /02	KONSUL BAB 2	Pertemuan pemulisan sumber buku dan wawancara E-CP		
18	03/2018 /02	KONSUL BAB 3	ISI dan uraian berdasar metode penelitian yang benar		
19	04/2018 /02	KONSUL BAB 3	Bab dan paragraf di tentukan kemudian ulas		
20	05/2018 /02	KONSUL BAB 3	Waktu berdasar referensi dan pemfitt sesuai alat yang diperlukan		
21	06/2018 /02	KONSUL BAB	ACC BAB 3 Siapkan uraian		
22	1/2018 /08	BAB 1	Kronologis (BP Achikish)		
23	2/2018 /08	BA 2	Pencocokan dengan bab 4		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
24	3 / 2018 / 02	BAB 3	Pengubahan waleku (BP Achlah)		
25	7 / 2018 / 08	BAB 4	- + Berman karakteristik Intervensi resolusi bab 2 (BP Achlah)		
26	10 / 2018 / 08	BAB 5	kesimpulan (Pragnosa) Aice:		
27	3 / 2018 / 08	BAB 1	Sejumlah pada bab 9 (Pravalentri) % kean SP		
28	7 / 2018 / 08	BAB 3 BuNurul	Sejumlah bahan participan		
29	9 / 2018 / 08	BAB 9	+ implementasi HB cara memotivasi, menguji moti- vari		