



**ASUHAN KEPERAWATAN POST STROKE ISKEMIK PADA
NY. M DAN TN. S DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
HAMBATAN MOBILITAS FISIK DI UPT
PSTW JEMBER TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh
Fandi Ahmad Kurniawan Setia Budi
NIM 152303101081

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

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan kasus berjudul “Asuhan Keperawatan Post Stroke Iskemik Pada Ny. M dan Tn. S Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di UPT PSTW Jember Tahun 2018” telah disetujui pada:

Hari, tanggal : Kamis, 24 Mei 2018

Tempat : D3 Keperawatan Universitas Jember

Dosen Pembimbing



Mashuri.,S.Kep.Ners.,M.Kep
NIP. 19770207 200801 1 019



**ASUHAN KEPERAWATAN POST STROKE ISKEMIK PADA
NY. M DAN TN. S DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
HAMBATAN MOBILITAS FISIK DI UPT
PSTW JEMBER TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh
Fandi Ahmad Kurniawan Setia Budi
NIM 152303101081

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



**ASUHAN KEPERAWATAN POST STROKE ISKEMIK PADA
NY. M DAN TN. S DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
HAMBATAN MOBILITAS FISIK DI UPT
PSTW JEMBER TAHUN 2018**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Oleh
Fandi Ahmad Kurniawan Setia Budi
NIM 152303101081

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

PERSEMBAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini saya persembahkan untuk:

1. Ayahanda Hermin Sugiarto dan ibunda Siti Mahmudah tersayang;
2. Staf pengajar D3 Keperawatan Universitas Jember
3. Teman-teman angkatan 18 tercinta

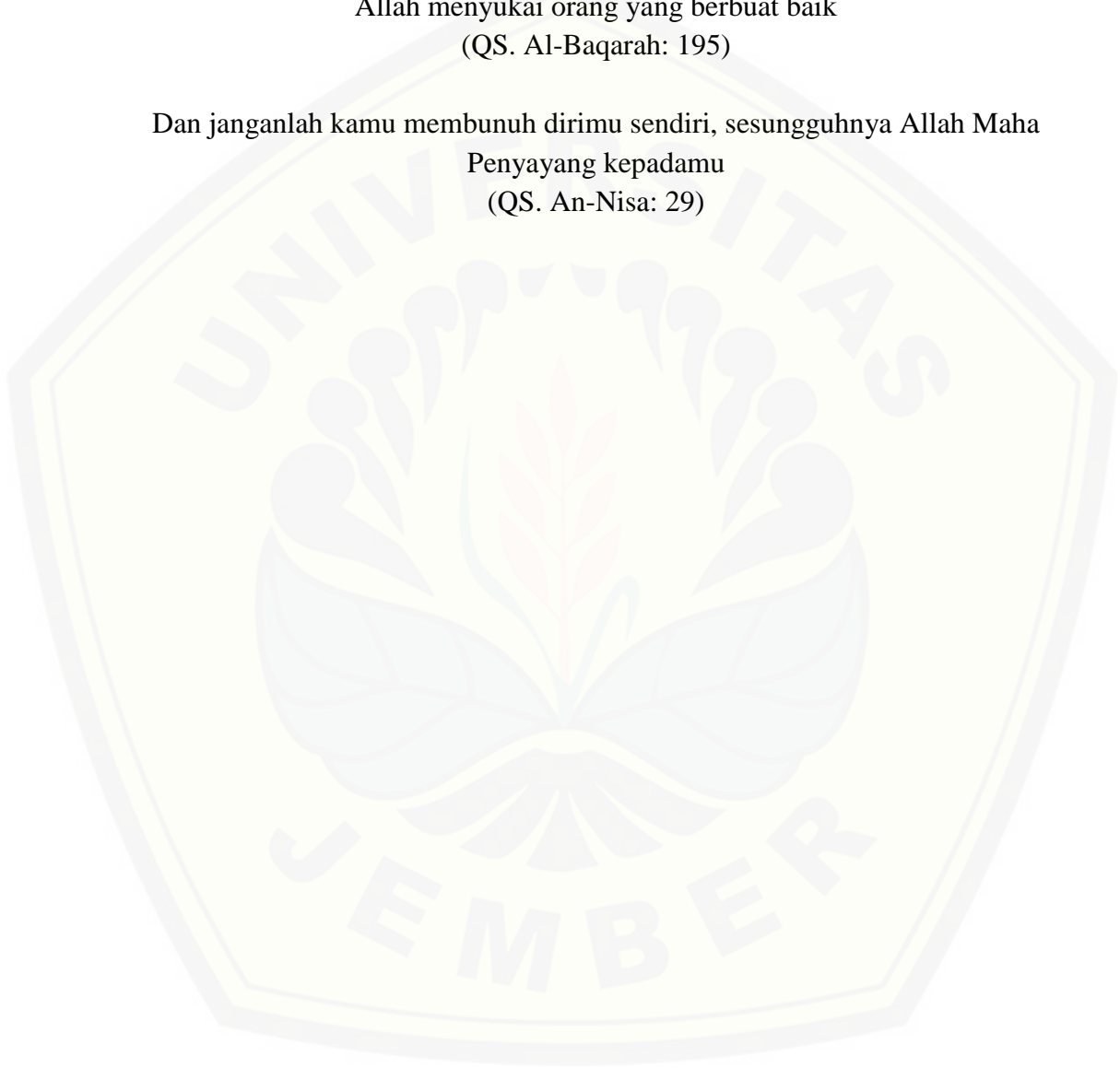


MOTO

Tidak boleh menimbulkan bahaya dan juga tidak boleh membahayakan orang lain
(HR. Ibnu Majah, kitab al-ahkam no.2340)

Dan belanjakanlah harta bendamu di jalan Allah dan janganlah kamu menjatuhkan
dirimu sendiri ke dalam kebinasaan, dan berbuat baiklah, karena sesungguhnya
Allah menyukai orang yang berbuat baik
(QS. Al-Baqarah: 195)

Dan janganlah kamu membunuh dirimu sendiri, sesungguhnya Allah Maha
Penyayang kepadamu
(QS. An-Nisa: 29)



PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Fandi Ahmad Kurniawan Setia Budi

TTL : Jember, 31 Maret 1997


NIM :152303101081

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Post Stroke Iskemik Pada Ny. M dan Tn. S Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di UPT PSTW Jember Tahun 2018” adalah benar-benar hasil karya saya sendiri, kecuali kutipan yang sudah disebutkan sumbernya dan belum pernah diajukan pada institusi manapun serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggungjawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika dikemudian hari tidak benar.

Lumajang, 24 Mei 2018

Yang menyatakan,



Fandi Ahmad Kurniawan Setia Budi
NIM152303101081

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN POST STROKE ISKEMIK PADA
NY. M DAN TN. S DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
HAMBATAN MOBILITAS FISIK DI UPT
PSTW JEMBER TAHUN 2018**

Oleh
Fandi Ahmad Kurniawan Setia Budi
NIM152303101081

Pembimbing:

Mashuri.,S.Kep.Ners.,M.Kep
NIP. 19770207 200801 1 019

PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah yang “Asuhan Keperawatan Post Stroke Iskemik Pada Ny. M dan Tn. S Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di UPT PSTW Jember Tahun 2018” ini telah diuji dan disahkan oleh Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember pada:

Hari : Selasa

Tanggal : 3 Juli 2018

Tempat : Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember

Ketua Penguji




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

Anggota I



Primasari Mahardika R. S.Kep.,Ns.,M.Kep
NRP. 760017257

Anggota II



Mashuri, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 19770207 200801 1 019

Mengesahkan,

Koordinator Program Studi

D3 Keperawatan Universitas Jember



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

RINGKASAN

Asuhan Keperawatan Post Stroke Iskemik Pada Ny. M dan Tn. S Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di UPT PSTW Jember Tahun 2018; Fandi Ahmad Kurniawan Setia Budi, 152303101081; 2018: 86 halaman. Progam Studi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Stroke non hemoragik adalah infark pada otak yang biasanya timbul setelah beraktivitas fisik atau karena psikologis disebabkan oleh trombus maupun emboli pada pembuluh darah otak. Paralisis (kelumpuhan) merupakan salah satu gejala klinis yang ditimbulkan oleh penyakit stroke. Paralisis inilah yang akan menimbulkan gangguan dalam mobilisasi. Kondisi imobilisasi akan mengakibatkan lansia mengalami komplikasi dan defisit kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meliputi: kebutuhan mandi, berpakaian, *toileting* berpindah kontinensia, dan makan. Tujuan dari laporan kasus ini adalah untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan storke iskemik pada lansia dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik.

Metode yang dilakukan dalam penelitian ini adalah laporan kasus. Laporan kasus dalam karya tulis ini adalah laporan untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan stroke iskemik pada Ny. M dan Tn. S dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik di UPT PSTW mulai tanggal 30 Januari 2018 sampai 4 Februari 2018.. Metode pengumpulan data yaitu dengan wawancara, observasi, studi dokumenasi, dan pemeriksaan fisik. Responden dalam laporan kasus ini adalah klien yang mengalami gejala klinis stroke, tinggal di UPT PSTW Jember dan mengalami masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik.

Diagnosa keperawatan yang diangkat dalam laporan kasus ini adalah hambatan mobilitas fisik. Intervensi yang dilakukan untuk mengatasi masalah hambatan mobilitas fisik adalah kaji kemampuan fungsional otot, mulai ROM aktif/pasif untuk semua ekstremitas, evaluasi penggunaan dan kebutuhan terhadap bantuan posisi, bantu pasien duduk, dan observasi sisi yang sakit dengan kriteria hasil kontraktur otot berkurang, ankilosis sendi berkurang, atrofi otot berkurang, klien mampu melakukan ROM aktif. Implementasi dilakukan selama tiga hari untuk setiap pasien. Berdasarkan implementasi yang sudah dilakukan selama 3 hari pasien mampu melakukan ROM aktif secara mandiri sehingga masalah keperawatan dapat teratasi sebagian.

Pada lansia fungsi fisiologis tubuhnya banyak mengalami penurunan, sehingga jika lansia mengalami stroke iskemik dengan paralisis akan mengakibatkan hambatan mobilitas fisik dan mengganggu ADL (*Activity Daily Living*). Oleh karena itu sangat penting diberikan tindakan keperawatan hambatan mobilitas fisik untuk mengurangi paralisisnya dan meningkatkan ADL (*Activity Daily Living*). Diharapkan perawat dapat melakukan asuhan keperawatan stroke iskemik pada lansia dengan hambatan mobilitas fisik dengan baik dan memotivasi lansia untuk mengurangi ketergantungan ADL (*Activity Daily Living*).

SUMMARY

Nursing Care of Post Ischemic Stroke In Mrs. M and Mr. S With Problems of Nursing Physical Mobility Barriers at UPT PSTW Jember Year 2018; Fandi Ahmad Kurniawan Setia Budi, 152303101081; 2018: 86 pages. Study of Program D3 Nursing, the Faculty of Nursing, Jember University.

Non hemorrhagic stroke is an infarction of the brain that usually arises after physical activity or because psychologically caused by thrombus or embolism in the blood vessels of the brain. Paralysis (paralysis) is one of the clinical symptoms caused by stroke. It is this paralysis that will cause disruption in mobilization. Immobilization conditions will result in elderly experiencing complications and deficits of ability to perform daily activities include: the need for bathing, dressing, toileting, shift continence, and eat. The purpose of this case report is to explore nursing stroke ischemic care in the elderly with nursing problems of physical mobility impairment.

The method used in this research is case report. The case report in this paper is a report to explore the nursing care of ischemic stroke in Mrs. M and Mr. S with the problem of nursing physical mobility barriers at UPT PSTW from 30 January 2018 to 4 February 2018. Data collection methods are by interview, observation, documentation study, and physical examination. Respondents in this case report were clients who experienced clinical symptoms of stroke, lived in UPT PSTW Jember and experienced nursing problems of physical mobility impairment.

The nursing diagnoses raised in this case report are physical mobility impediments. Interventions performed to overcome the problem of physical mobility barriers are to assess the functional ability of the muscle, from active / passive ROM to all extremities, evaluation of use and need for position assistance, auxiliary patients sitting, and sick side observation with reduced muscle contracture criteria, joint ankylosis reduced, reduced muscle atrophy, the client is able to perform active ROM. Implementation is done for three days for each patient. Based on the implementation that has been done for 3 days the patient is able to perform active ROM independently so that nursing problems can be partially resolved.

In the elderly the physiological function of the body decreases a lot, so that if the elderly have an ischemic stroke with paralysis will result in the obstacle of physical mobility and disrupt the ADL (Activity Daily Living). Therefore it is very important to provide nursing actions of physical mobility barriers to reduce paralysis and increase ADL (Activity Daily Living). It is expected that nurses can perform nursing care of ischemic stroke in elderly with good physical mobility barriers and motivate elderly to reduce ADL (Activity Daily Living) dependency.

PRAKATA

Segala puji bagi Allah SWT Yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang yang telah memberikan kemudahan kepada penulis sehingga laporan kasus yang berjudul "Asuhan Keperawatan Post Stroke Iskemik Pada Ny. M Dan Tn. S Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di UPT PSTW Jember Tahun 2018". Dalam penyusunan laporan kasus ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Drs. Moh. Hasan, M.Sc.,Ph.D selaku rektor Universitas jember
2. Ibu Nurul Hayati S.Kep.,Ners.,MM, selaku Koordinator Pengelola Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang yang telah memberikan izin untuk melakukan laporan kasus ini
3. Ayah dan ibu yang bekerja keras, berdoa, dan memberikan kasih sayang tiada henti untuk kesuksesan anaknya.
4. Bapak Mashuri S.Kep.,Ners.,M.Kep yang sabar dalam menghadapi saya dan selalu membimbing saya dan teman-teman untuk menyelesaikan laporan kasus ini.
5. Teman-teman angkatan 18 yang memberi semangat dan motivasi selama saya belajar disini.
6. Adik tercinta yang telah memfasilitasi jas almamater demi kelancaran seminar karya tulis ilmiah saya
7. Dan pihak-pihak yang secara tidak langsung membantu saya dalam menyelesaikan laporan kasus ini

Laporan kasus ini masih jauh dari kata sempurna dan perlu banyak perbaikan, untuk itu demi kesempurnaan laporan kasus ini penulis mengharapkan bantuan saran dan kritik dari berbagai pihak. Dan semoga laporan kasus ini banyak memberi manfaat untuk semua orang.

Lumajang, 24 Mei 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN LEMBAR PERSETUJUAN	iii
HALAMAN SAMPUL	iv
HALAMAN JUDUL LAPORAN	v
HALAMAN PERSEMBAHAN	vi
HALAMAN MOTO	vii
HALAMAN PERNYATAAN	viii
HALAMAN PEMBIMBINGAN	x
HALAMAN PENGESAHAN	xi
RINGKASAN	x
SUMMARY	xi
PRAKATA	xii
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Bagi Penulis	5
1.4.2 Bagi Institusi	5
1.4.3 Bagi Klien	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Konsep Stroke Iskemik	6
2.1.1 Definisi	6
2.1.2 Faktor Resiko	6
2.1.3 Etiologi	7
2.1.4 Patofisiologi	8

2.1.5 Pathway	9
2.1.6 Manifestasi Klinis	11
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang	12
2.1.8 Penatalaksanaan	13
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	13
2.2.1 Pengkajian Khusus	13
2.2.2 Pengkajian Umum	20
2.2.3 Diagnosa Keperawatan	26
2.2.4 Intervensi Keperawatan	28
2.2.5 Implementasi Keperawatan	33
2.2.6 Evaluasi Keperawatan	33
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan	34
2.3.1 Pengertian Lansia	34
2.3.2 Batasan Usia Lansia	34
2.3.3 Proses Menua	35
2.3.4 Perubahan Fisiologis Pada Usia Lanjut	35
BAB 3 METODE PENULISAN	39
3.1 Desain Penulisan	39
3.2 Batasan Istilah	39
3.2.1 Asuhan Keperawatan	39
3.2.2 Stroke Iskemik	39
3.2.3 Hambatan Mobilitas Fisik	39
3.3 Partisipan	40
3.4 Lokasi dan Waktu	40
3.5 Pengumpulan Data	40
3.5.1 Wawancara	40
3.5.2 Observasi	40
3.5.3 Studi Dokumentasi	40
3.5.4 Pemeriksaan Fisik	41
3.6 Uji Keabsahan Data	41
3.7 Analisa Data	41
3.7.1 Pengumpulan Data	41

3.7.2 Mereduksi Data	41
3.7.3 Penyajian Data.....	41
3.7.4 Kesimpulan.....	42
3.8 Etika Penulisan	42
3.8.1 <i>Informed consent</i>	42
3.8.2 <i>Anonymity</i>	42
3.8.3 <i>Confidentiality</i>	42
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	43
4.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data	43
4.2 Pengkajian	43
4.2.1 Data biografi.....	43
4.2.2 Riwayat pekerjaan	44
4.2.3 Status Kesehatan	45
4.2.4 Tinjauan Sistem.....	46
4.2.5 Aktivitas Hidup Sehari-hari	47
4.2.6 Pemeriksaan Saraf Kranialis	48
4.2.7 Pemeriksaan Refleks Fisiologis	49
4.2.8 Pemeriksaan Refleks Patologis	49
4.2.9 Pengkajian Khusus	50
4.3 Diagnosa Keperawatan	51
4.4 Intervensi Keperawatan	53
4.5 Implementasi Keperawatan	55
4.6 Evaluasi Keperawatan	59
BAB 5 PENUTUP.....	61
5.1 Kesimpulan	61
5.2 Saran	62
DAFTAR PUSTAKA	64

DAFTAR TABEL

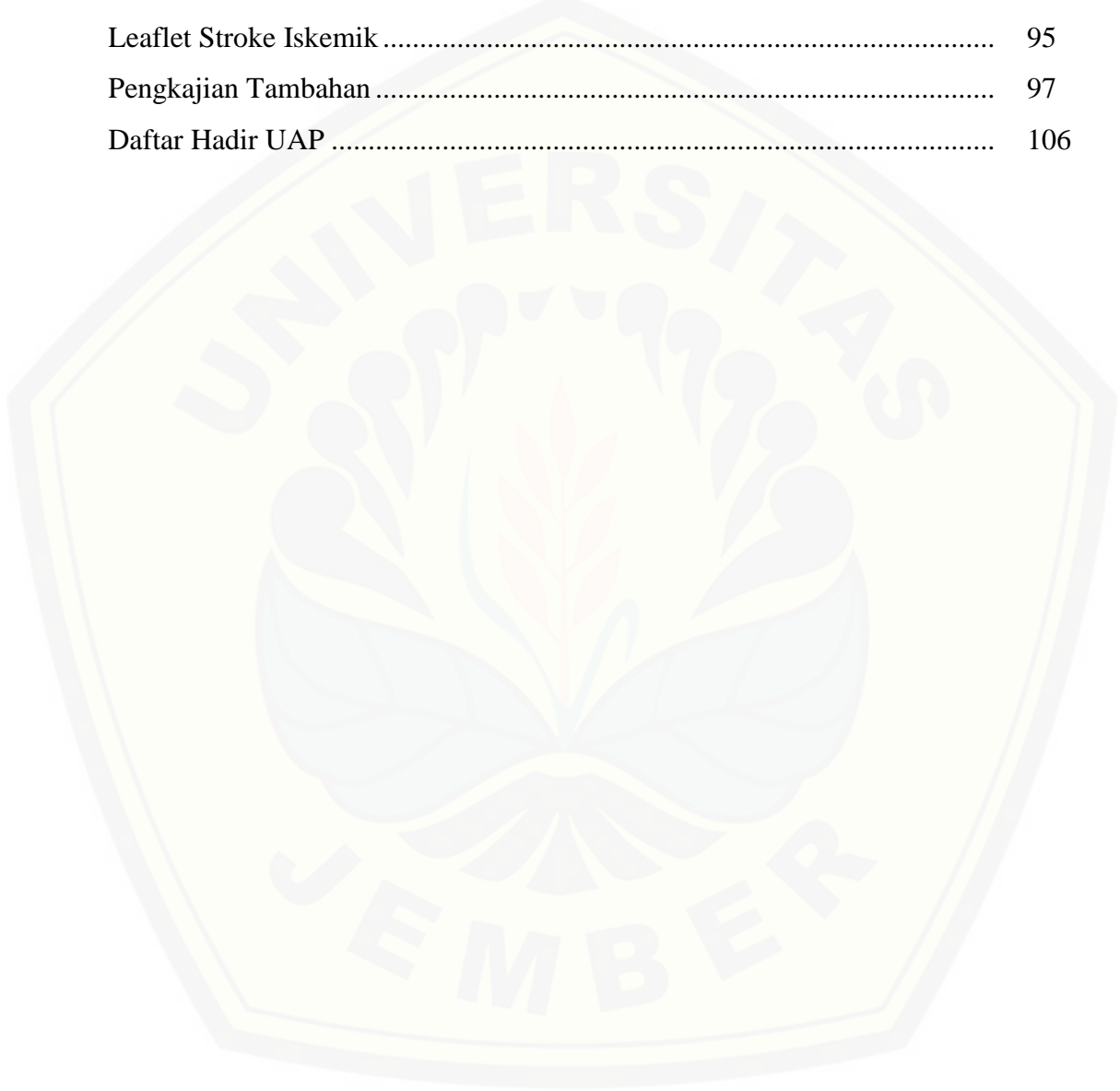
Tabel 2.1 Indeks Katz	14
Tabel 2.3 Indeks Barthel	16
Tabel 2.3 APGAR keluarga	17
Tabel 2.4 <i>Mini Mental State Examination</i>	18
Tabel 2.5 <i>Geriatric Depression Scale</i>	19
Tabel 2.6 Intervensi Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik.....	29
Tabel 2.7 Intervensi Keperawatan Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	30
Tabel 2.8 Intervensi Keperawatan Hambatan komunikasi verbal	30
Tabel 2.9 Intervensi keperawatan resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak.....	31
Tabel 2.10 Intervensi keperawatan resiko kerusakan integritas kulit	32
Tabel 2.11 Intervensi keperawatan resiko cedera	33
Tabel 4.1 Data Biografi.....	43
Tabel 4.2 Riwayat Pekerjaan.....	44
Tabel 4.3 Status Kesehatan	45
Tabel 4.4 Tinjauan Sistem	46
Tabel 4.5 Aktivitas Hidup Sehari-hari	47
Tabel 4.6 Pemeriksaan Saraf Kranialis	46
Tabel 4.7 Pemeriksaan Refleks Fisiologis	49
Tabel 4.8 Pemeriksaan Refleks Patologis	49
Tabel 4.9 Pengkajian Khusus	50
Tabel 4.10 Diagnosa Keperawatan Ny. M	51
Tabel 4.11 Diagnosa Keperawatan Tn. S	48
Tabel 4.12 Intervensi Keperawatan.....	53
Tabel 4.13 Implementasi Keperawatan Ny. M	55
Tabel 4.14 Implementasi Keperawatan Ny. M	55
Tabel 4.15 Implementasi Keperawatan Ny. M	56
Tabel 4.16 Implementasi Keperawatan Tn. S	56
Tabel 4.17 Implementasi Keperawatan Tn. S	54

Tabel 4.18 Implementasi Keperawatan Tn. S	55
Tabel 4.19 Evaluasi Keperawatan Ny. M	58
Tabel 4.20 Evaluasi Keperawatan Tn. S	59



DAFTAR LAMPIRAN

<i>Informed consent</i>	66
Jadwal Penelitian.....	68
SOP <i>Range of Motion</i> (ROM).....	69
Booklet Stroke Iskemik.....	79
Leaflet Stroke Iskemik	95
Pengkajian Tambahan	97
Daftar Hadir UAP	106



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit tidak menular (PTM) merupakan masalah kesehatan masyarakat Indonesia dan menimbulkan dampak sosial maupun ekonomi. Jumlah kasus yang dilaporkan cenderung meningkat dan daerah penyebarannya semakin luas. Kecenderungan PTM di Indonesia menunjukkan peningkatan yang signifikan, PTM merupakan penyakit kronis, tidak ditularkan dari orang ke orang. Empat jenis PTM menurut Badan Kesehatan Dunia (WHO) dalam adalah penyakit kardiovaskular (penyakit jantung koroner, stroke), kanker, penyakit pernafasan kronis (asma dan penyakit paru obstruksi kronis), dan diabetes (Simbolon, 2016). Stroke non hemoragik adalah infark pada otak yang biasanya timbul setelah beraktivitas fisik atau karena psikologis disebabkan oleh trombus maupun emboli pada pembuluh darah otak (Pradana, 2016). Hemiparase merupakan salah satu masalah umum yang dialami oleh klien stroke iskemik. Hemiparase atau hemiplegia pada sebagian sisi tubuh dapat terjadi setelah serangan stroke. Kelainan ini biasanya disebabkan karena kerusakan pembuluh darah bagian anterior atau arteri serebral medial frontalis. Hemiplegia komplit melibatkan sebagian wajah, lidah, dan ekstremitas atas dan bawah pada sisi tubuh yang sama. Infark pada bagian sisi kanan otak akan mengakibatkan kelumpuhan pada bagian sisi kiri tubuh karena serabut saraf akan menyilang pada traktur pyramidal yang melewati otak sampai medulla spinalis. Hemiparase pada ekstremitas dapat menyebabkan klien mengalami berbagai keterbatasan sehingga mengakibatkan imobilisasi dan klien banyak mengalami ketegantungan dalam beraktivitas (Cahyati, 2013)

Menua atau menjadi tua adalah suatu keadaan yang terjadi dalam kehidupan manusia. Memasuki usia tua berarti mengalami kemunduran, misalnya kemunduran fisik yang ditandai dengan kulit yang mengendur, rambut memutih, penglihatan memburuk, gerakan lambat, dan figur tubuh yang tidak proporsional. Pada lansia terjadi penurunan struktur dan fungsi organ tubuh sehingga lansia rentan terhadap berbagai penyakit. Stroke merupakan salah satu penyakit yang banyak menyerang usia lanjut. Asuhan keperawatan gerontik diberikan berupa

bantuan kepada klien lanjut usia karena adanya kelemahan fisik, mental dan sosial, keterbatasan pengetahuan, kurangnya kemampuan dan kemauan dalam melaksanakan aktivitas hidup sehari-hari secara mandiri (Nugroho, 2008).

Setiap tahunnya belasan juta orang di dunia terkena stroke dan 5 juta diantaranya meninggal karena stroke. Di Indonesia diperkirakan 500 ribu penduduk terkena stroke setiap tahunnya. Sekitar 25% diantaranya meninggal dan sisanya mengalami kecacatan baik ringan maupun berat (Indrawati, 2016). Insiden penyakit stroke hemoragik sekitar 15-30% dan untuk stroke iskemik antara 70-85%. Sedangkan, insiden stroke di negara-negara berkembang atau Asia untuk stroke hemoragik sekitar 30% dan iskemik 70%. Kejadian stroke iskemik memiliki proporsi lebih besar dibandingkan dengan stroke hemoragik. Stroke merupakan penyakit tidak menular penyebab kematian menduduki peringkat atas di wilayah perkotaan sekitar 28,5% penderita stroke meninggal dunia, selebihnya lumpuh sebagian atau bahkan lumpuh total dan sisanya 15% dapat sembuh total (Wardhani, 2014). Dari penelitian yang dilakukan Sulansu (2015) di salah satu Instalasi Rehabilitasi Medik Rumah Sakit di Manado sejak bulan Agustus 2016 hingga Oktober 2016 didapatkan 303 pasien stroke non hemoragik. Dari 303 pasien stroke non hemoragik, 36 (11,8%) diantaranya mengalami afasia, dan 267 (88,1%) mengalami hemiparesis (Purnomo, 2016). Kasus stroke di Indonesia berada pada peringkat pertama penyebab kematian di semua umur dengan presentase 15,4%. Prevalensi stroke berdasarkan terdiagnosis tenaga kesehatan dan gejala tertinggi terdapat di Sulawesi Selatan (17,9%), DI Yogyakarta (16,9%), Sulawesi Tengah (16,6%), diikuti Jawa Timur sebesar 16% per mil (Riset Kesehatan Dasar 2013, 2013).

Di UPT PSTW Jember ini memiliki 9 wisma dan total jumlah lansia yaitu 140 orang. Sedangkan 6,4% atau 9 orang di UPT PSTW Jember ini mengalami stroke iskemik yaitu di wisma mawar berjumlah 2 orang, wisma seruni berjumlah 1 orang, wisma melati berjumlah 3 orang, dan wisma sedap malam berjumlah 3 orang yang mengalami masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik.

Stroke 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, 2016). Semua infark serebri yang diakibatkan oleh penyakit-penyakit arteromatosa arterial yang memperdarahi otak diistilahkan sebagai infark serebral trombosis dan infark trombo-embolik. Plak ini akan menyebabkan penyempitan lumen arteri atau bahkan dapat menyumbat secara total akibat gumpalan bekuan darah yang stagnasi dilokasi tersebut, sehingga akhirnya menjadikan suatu infark pada ujung distalnya. Evolusi gejala-gejala stroke trombo-embolik sangat bervariasi dan biasanya diawali dengan adanya serangan gangguan neurologis seperti kelumpuhan yang mendadak sementara kesadaran masih tetap baik dan disertai dengan nyeri kepala (Satyanegara, 2014).

Paralisis (kelumpuhan) merupakan salah satu gejala klinis yang ditimbulkan oleh penyakit stroke. Paralisis disebabkan oleh hilangnya suplai stimulus dari saraf ke otot sehingga otak tidak mampu menggerakkan ekstremitas. Hilangnya suplai saraf ke otot akan menyebabkan otot tidak lagi menerima sinyal kontraksi yang dibutuhkan untuk mempertahankan ukuran otot yang normal sehingga terjadi atropi. Atropi otot menyebabkan penurunan aktivitas pada sendi sehingga sendi akan mengalami kehilangan cairan sinovial dan menyebabkan kekakuan sendi. Kekakuan sendi dan kecenderungan otot untuk memendek menyebabkan penurunan rentang gerak sendi (Mukhtarom, 2016). Perubahan tersebut mempengaruhi struktur fisik maupun mentalnya (psikologi). Sehingga dengan adanya perubahan tersebut mobilisasi penderita stroke iskemik akan mengalami kemunduran aktivitas seperti kelemahan menggerakkan kaki, kelemahan menggerakkan tangan, ketidakmampuan bicara dan ketidakmampuan fungsi motorik lainnya. Lansia yang beresiko mengalami stroke iskemik adalah usia 55 tahun ke atas (Rahayu, 2015).

Stroke terjadi secara mendadak dan dapat berakhir pada kematian serta kecacatan yang permanen ada anggota gerak. Dampak yang ditimbulkan stroke antara lain adalah kelemahan atau kelumpuhan pada ekstremitas anggota gerak serta gangguan penglihatan akibat keterbatasan lapang pandang. Hal ini menyebabkan ketidakmampuan penderita stroke dalam melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri. Mereka menjadi bergantung kepada orang lain di sekitarnya. Hal ini yang menyebabkan kualitas hidup mereka menurun. Faktor

kualitas hidup yang paling mempengaruhi lansia pasca stroke adalah status fungsional. Dengan meningkatkan fungsi fisik maka diharapkan dapat membantu memberikan kualitas hidup yang lebih baik (Octaviani, 2017).

Beberapa pola hidup sehat yang dapat dilakukan guna menekan risiko terjadinya stroke diantaranya dengan melakukan olahraga secara teratur dan meningkatkan aktivitas fisik yang menyehatkan, memilih dan mengonsumsi makanan dan minuman yang sehat dan bergizi seimbang, menghindari mengonsumsi makanan cepat saji yang tinggi kadar kalori, garam, dan lemaknya, tetapi miskin kadar gizinya, menghindari dan atau berhenti dari kebiasaan merokok, mengonsumsi alkohol dan narkoba, zat psikotropika maupun zat adiktif lainnya, dan mengobati penyakit kronis seperti hipertensi, kelainan irama jantung, dan DM tipe 2 secara teratur ke dokter (Wahyu, 2009).

Tindakan yang dapat dilakukan pada pasien stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik adalah dengan mengkaji kemampuan fungsional otot, mengganti posisi tiap dua jam terutama pada bagian yang sakit, memulai ROM aktif/pasif, mengevaluasi penggunaan dan kebutuhan terhadap bantuan posisi selama fase paralisis, membantu pasien duduk jika tanda-tanda vital stabil, menganjurkan pasien melakukan sisi yang sakit dengan ekstremitas yang sehat (Muttaqin, 2011)

Terapi suportif yang bisa dilakukan pada pasien stroke salah satunya adalah dengan melakukan mobilisasi. Mobilisasi pasien dilakukan sesegera mungkin setelah kondisi pasien dianggap stabil. Mobilisasi segera dapat mencegah komplikasi pneumonia/radang paru, otot mengecil, ataupun luka akibat kulit tertekan lama. Jika pasien belum bisa bangun, mobilisasi dapat dilakukan secara pasif. Mobilisasi dapat berupa miring ke kanan-kiri, menggerakkan tungkai, menggerakkan lengan serta mengaktifkan persendian (Indrawati, 2016). Apabila dilakukan dengan baik dan benar, mekanik atau gerak tubuh bermanfaat bagi seseorang, antara lain: gerak tubuh secara teratur dapat membuat tubuh menjadi segar, dapat memperbaiki tonus otot dan sikap tubuh, mengontrol berat badan, mengurangi stres, meningkatkan relaksasi. Gerak tubuh juga dapat merangsang peredaran darah ke otot dan organ tubuh yang lain sehingga dapat meningkatkan kelenturan tubuh (Asmadi, 2008).

Pada penelitian yang dilakukan oleh Bakara (2016) menunjukkan ROM pasif yang dilakukan pada pasien stroke yang mengalami paralisis lebih dari 6 bulan sampai 1 tahun lebih dapat meningkatkan rentang gerak sendi, dimana reaksi kontraksi dan relaksasi selama gerakan ROM pasif yang dilakukan pasien 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 (Bakara, 2016).

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan Post Stroke Iskemik Pada Ny. M dan Tn. S Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di UPT PSTW Jember Tahun 2018?

1.3 Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk studi eksplorasi Asuhan Keperawatan Post Stroke Iskemik Pada Ny. M dan Tn. S Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di UPT PSTW Jember Tahun 2018.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Petugas Kesehatan di UPT PSTW Jember

Dapat memberikan masukan bagi petugas kesehatan yang ada di UPT PSTW Jember dalam menyusun Standar Operasional Prosedure (SOP) untuk memberikan asuhan keperawatan terutama yang berkaitan dengan post stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik. Serta dapat meningkatkan kompetensi dan skill perawat dalam melaksanakan intervensi hambatan mobilitas fisik pada lansia yang mengalami stroke iskemik.

1.4.2 Bagi Penulis Selanjutnya

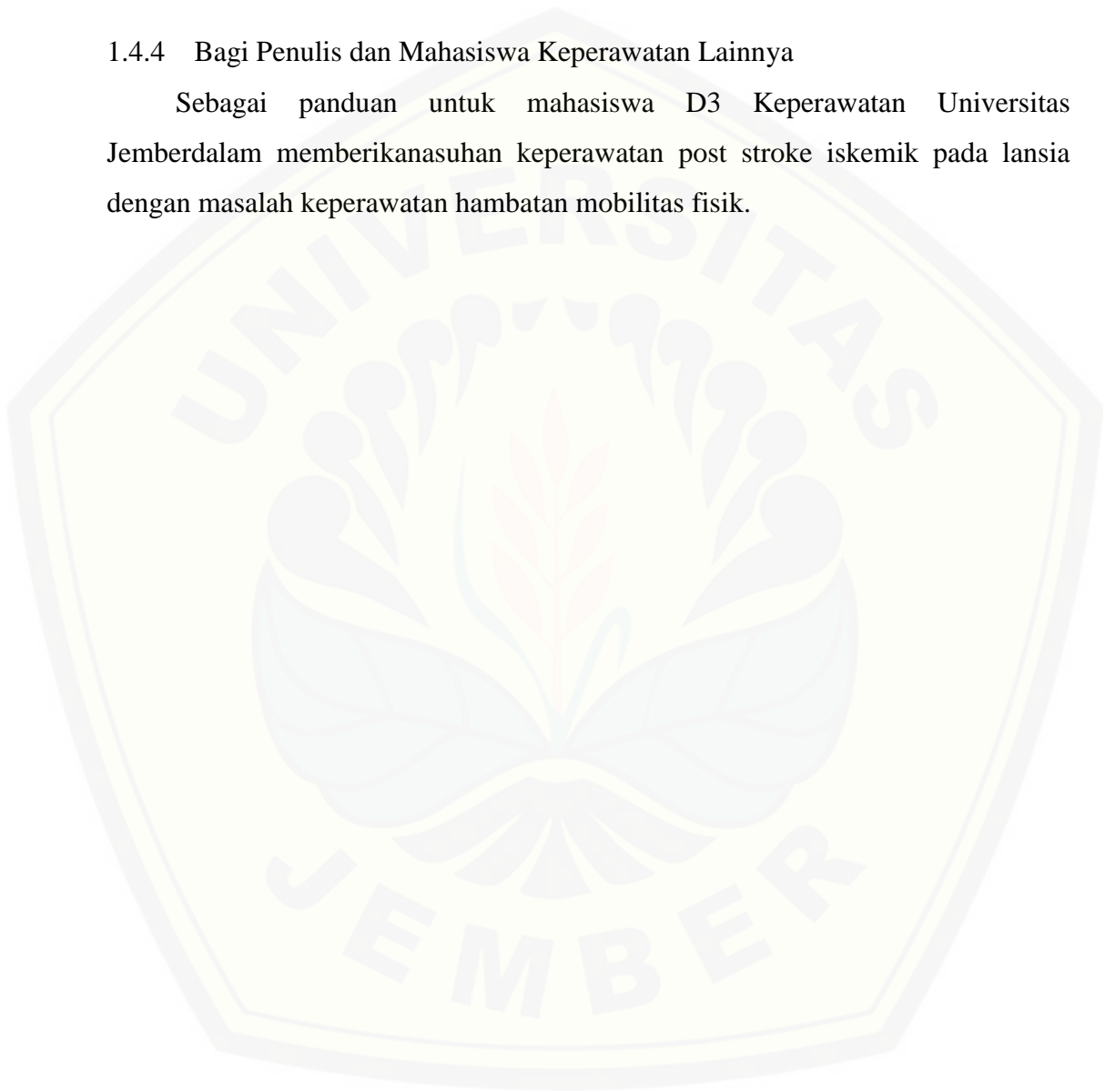
Sebagai sumber referensi dan bahan perbandingan bagi penulis selanjutnya dalam melakukan penyusunan yang serupa tentang asuhan keperawatan post stroke dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik di UPT PSTW Jember.

1.4.3 Bagi Pasien

Sebagai tindakan keperawatan pada lansia dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik untuk mengurangi paralisis yang diakibatkan stroke iskemik dan meningkatkan ADL (*Activity Daili Living*).

1.4.4 Bagi Penulis dan Mahasiswa Keperawatan Lainnya

Sebagai panduan untuk mahasiswa D3 Keperawatan Universitas Jember dalam memberikan asuhan keperawatan post stroke iskemik pada lansia dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik.



BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Stroke

2.1.1 Definisi

Menurut definisi WHO (*World Health Organization*), stroke adalah suatu tanda klinis yang berkembang cepat akibat gangguan otak fokal (atau global) dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih dan dapat menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskuler (April, 2012).

Stroke iskemik adalah tanda klinis disfungsi atau kerusakan jaringan otak yang disebabkan kurangnya aliran darah ke otak sehingga mengganggu kebutuhan darah dan oksigen di otak (Tumewah, 2013).

2.1.2 Faktor Resiko

Faktor resiko stroke iskemik dibagi menjadi 2 macam yaitu:

a. Faktor resiko yang tidak bisa dimodifikasi seperti:

- 1) Usia: semakin bertambahnya usia seseorang maka akan semakin beresiko terkena serangan stroke. Stroke dapat terjadi pada semua usia, namun lebih dari 75% kasus stroke terjadi pada usia diatas 65 tahun (Rizaldy, 2010).
- 2) Jenis kelamin: laki-laki cenderung lebih beresiko karena berkaitan dengan pekerjaan dan aktivitas yang dilakukan
- 3) Keturunan atau genetik: ketidaknormalan pembuluh darah yang menyuplai otak seperti aneurisma dan malformasi arteriovenosa (kelainan pembuluh darah arteri dan vena) adalah sesuatu yang dimiliki seseorang sejak lahir.
- 4) Ras/warna kulit: orang berkulit hitam memiliki resiko lebih besar terkena stroke daripada orang kulit putih.

b. Faktor resiko yang dapat diubah yaitu

1) Hipertensi

Jika hipertensi tidak dikontrol dengan baik maka jantung akan mengalami kerusakan dan bagian dalam dinding areri beresiko tinggi tertimbun lemak. Secara perlahan, otak mengalami resiko penyumbatan aliran darah yang menyebabkan infark.

2) Diabetes Melitus

Diabetes Melitus (DM) menyebabkan terbentuknya deposit lemak di dalam arteri, terutama di arteri kecil di otak yang meningkatkan kemungkinan pembuluh darah ini tertutup dan menyebabkan stroke.

3) Dislipidemia

Jumlah lemak jenuh atau LDL (*Low Density Lipoprotein*) akan beresiko menimbulkan plak pada pembuluh darah sehingga akan menyumbat sirkulasi darah.

4) Obesitas

Obesitas merupakan faktor resiko yang berkaitan erat dengan kelebihan lemak dalam tubuh sehingga beresiko mengalami penyumbatan pembuluh darah.

5) Merokok

Merokok dapat mempengaruhi abnormalitas pembuluh darah.

6) Stress

Shock yang mendadak dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah mendadak yang kemudian mengakibatkan pembuluh darah menyempit (Munir, 2015).

2.1.3 Etiologi

a. Trombosis serebral

Arteriosklerosis serebral dan perlambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama trombosis serebral yang merupakan penyebab paling umum dari stroke. Tanda-tanda trombosis serebral bervariasi. Sakit kepala adalah onset yang tidak umum. Beberapa pasien dapat mengalami pusing perubahan kognitif atau kejang, dan beberapa mengalami onset yang tidak dapat dibedakan dari hemoragi intraserebral atau embolisme serebral. Secara umum, trombosis serebral tidak terjadi secara tiba-tiba dan kehilangan bicara sementara, hemiplegia atau parestesia pada setengah tubuh dapat mendahului onset paralisis berat pada beberapa jam atau hari.

b. Embolisme serebral

Embolus biasanya menyumbat arteri serebral tengah atau cabang-cabangnya sehingga merusak sirkulasi serebral. Onset hemiparesis atau hemiplegia tiba-tiba dengan afasia, tanpa afasia atau kehilangan kesadaran pada pasien dengan penyakit jantung atau pulmonal adalah karakteristik dari embolisme serebral (Batticaca, 2012)

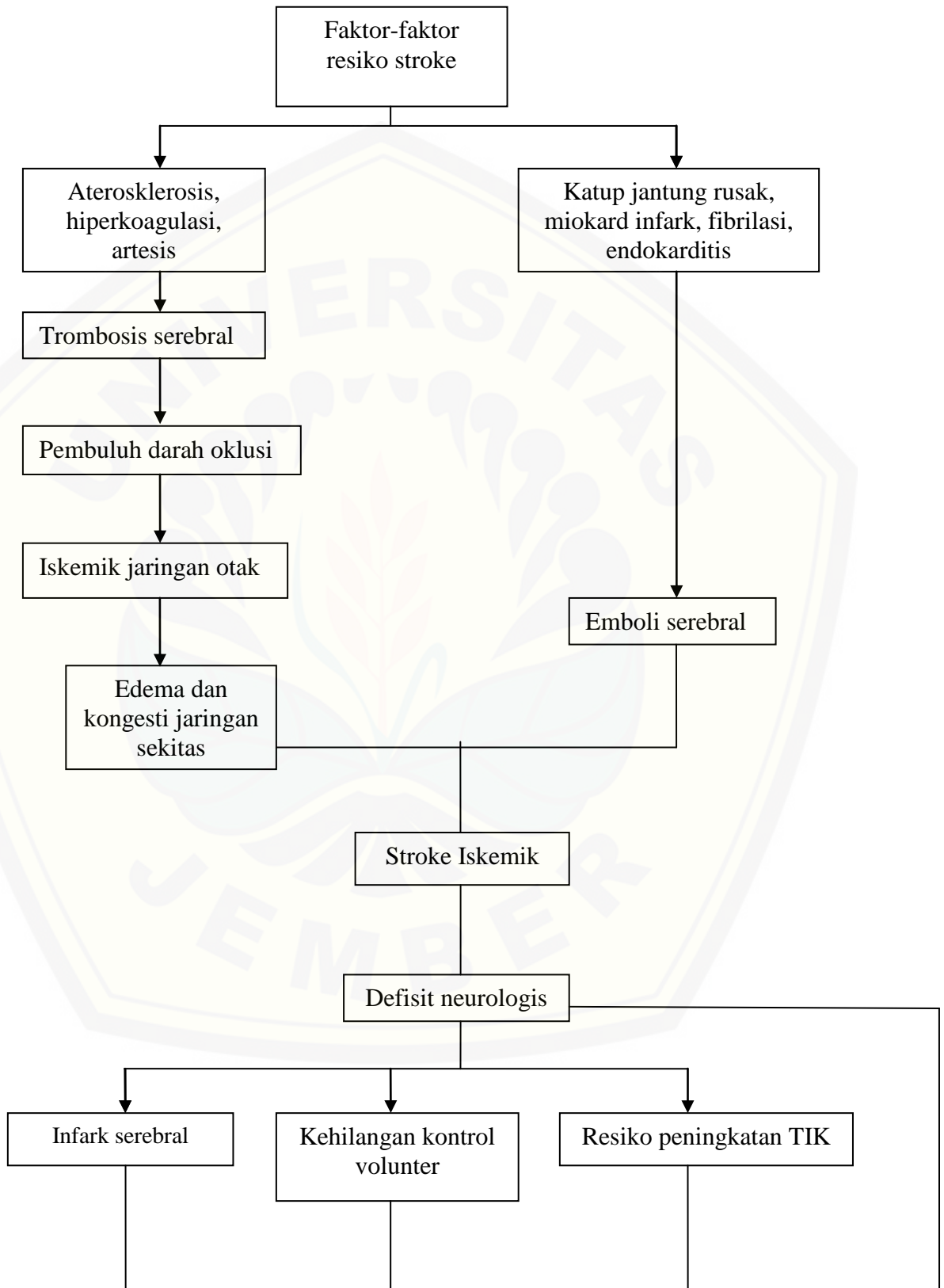
2.1.4 Patofisiologi

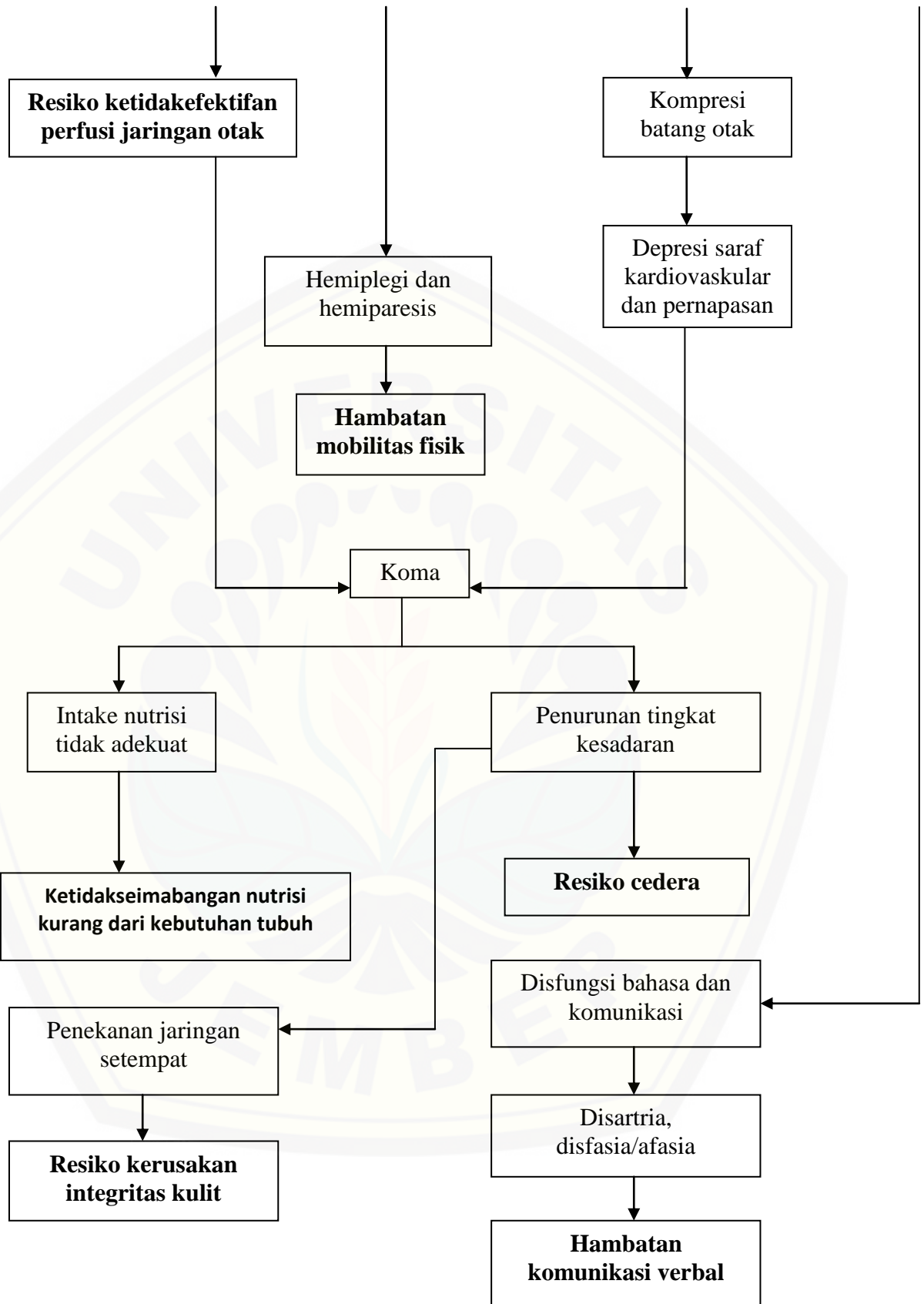
Iskemik pada otak akan mengakibatkan perubahan pada sel neuron otak secara bertahap. Tahap pertama diawali dengan penurunan aliran darah sehingga menyebabkan sel-sel neuron akan kekurangan oksigen dan nutrisi. Hal ini menyebabkan kegagalan metabolisme dan penurunan energi yang dihasilkan oleh sel neuron tersebut. Sedangkan pada tahap II, ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen tersebut memicu respon inflamasi dan diakhiri dengan kematian sel serta apoptosis terhadapnya. Proses cedera pada susunan saraf pusat ini menyebabkan berbagai hal, antara lain gangguan permeabilitas pada sawar darah otak, kegagalan energi (Yasmara, 2016).

Otak sangat tergantung pada oksigen dan tidak mempunyai persediaan suplai oksigen. Pada saat terjadi anoksia, sebagaimana pada CVA, metabolisme serebral akan segera mengalami perubahan dan kematian sel dan kerusakan permanen dapat terjadi dalam 3-10 menit. Banyak kondisi yang merubah perfusi serebral yang akan menyebabkan hipoksia atau anoksia. Hipoksia pertama kali menimbulkan iskemia. Iskemia dalam waktu singkat (10-15 menit) menyebabkan defisit sementara. Iskemia dalam waktu yang lama dapat menyebabkan kematian sel permanen dan infark serebral dengan disertai edema serebral. *Transient ischemic attack* (TIA) berkaitan dengan iskemik serebral dengan disfungsi neurologi sementara. Disfungsi neurologi dapat berupa hilang kesadaran dan hilangnya fungsi sensorik dan motorik, atau hanya ada defisit lokal. Defisit paling umum adalah kelemahan kontralateral wajah, tangan, lengan dan tungkai, disfasia sementara dan beberapa gangguan sensorik (Widagdo, 2008).

2.1.5 Pathway

Bagan 2.1 Pathway Stroke Iskemik





(Muttaqin, 2012)

2.1.6 Manifestasi Klinis

a. Defisit lapang penglihatan

1) *Homonimus hemianiopsi* (kehilangan setengah lapang penglihatan)

Tidak menyadari orang atau objek di tempat kehilangan penglihatan, mengabaikan salah satu dari isi tubuh, kesulitan menilainya.

2) Kehilangan penglihatan perifer

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

3) Diplopia

Penglihatan ganda.

b. Defisit motorik.

1) Hemiparesis

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

2) Ataksia

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

3) Disfagia

Kesulitan dalam menelan.

c. Defisit verbal

1) Afasia ekspresif

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

2) Afasia reseptif

Tidak mampu memahami kata yang dibicarakan, mampu bicara tapi tidak masuk akal.

3) Afasia global

Kombinasi baik afasia reseptif dan ekspresif.

4) Disartria

Kesulitan dalam membentuk kata.

d. Defisit kognitif

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

e. Defisit emosional

Penderita akan mengalami kontrol diri, labilitas emosional, penurunan toleransi pada situasi yang menimbulkan stres, depresi, menarik diri, rasa takut, bermusuhan dan marah, serta perasaan isolasi (April, 2012).

Gejala klinis pada stroke iskemik berupa:

- 1) Kelumpuhan wajah atau anggota badan (biasanya hemiparesis) yang timbul mendadak.
- 2) Gangguan sensibilitas pada satu anggota badan (gangguan hemisensorik).
- 3) Perubahan mendadak pada status mental (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma).
- 4) Afasia (tidak lancar atau tidak dapat bicara)
- 5) Disartria (bicara pelo)
- 6) Ataksia (tungkai atau anggota badan tidak tepat sasaran)
- 7) Vertigo (mual muntah atau kepala nyeri) (Batticaca, 2012).

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

- a. Pemeriksaan darah: darah lengkap, LED, GDA, kolesterol
- b. Elektrokardiografi: untuk melihat ada tidaknya miokard infark, aritmia, atrialfibrilasi yang dapat menjadi faktor predisposisi pada stroke.
- c. CT-scan atau MRI: untuk membedakan apakah stroke disebabkan oleh infark ataupun perdarahan
- d. Cerebral Angiografi: untuk mengidentifikasi lesi carotid ekstrakranial yang dapat dioperasi
- e. Echocardiografi: untuk melihat ada tidaknya kelainan jantung yang dapat menyebabkan stroke emboli (Munir, 2015).

2.1.9 Penatalaksanaan

a. Terapi non farmakologi

- 1) Kendalikan tekanan darah tinggi
- 2) Mengurangi asupan kolesterol dan lemak jenuh
- 3) Tidak merokok
- 4) Kontrol diabetes dan berat badan
- 5) Olahraga teratur dan mengurangi stress
- 6) Konsumsi makanan kaya serat

b. Terapi farmakologi

- 1) Terapi antikoagulan. Kontraindikasi pemberian terapi anti koagulan pada klien dengan riwayat ulkus, uremia dan kegagalan hepar
- 2) Obat- obatan golongan *Tissue Plasminogen Activator* (TPA) sebagai trombolitik dalam waktu 3 jam setelah terjadi stroke
- 3) Obat-obatan golongan aspirin dan heparin untuk mencegah terbentuknya kembali trombus.
- 4) Untuk menjaga sel-sel otak di daerah penumbratetap hidup. Diguakan obat-obatan yang berfungsi meningkatkan daya tahan otak dari stroke. Obat-obatan ini disebut *neuroprotektif* seperti golongan barbiturate, obat penyekat saluran kalsium, obat naloxone, dan antagonis opioid (Wahyu, 2009).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Stroke Iskemik Pada Lansia

2.2.1 Pengkajian khusus

a. *Indeks Katz*

Pengkajian kemandirian pada lansia dapat menggunakan *indeks katz*, yang meliputi aktivitas mandi, berpakaian, toileting, berpindah tempat, kontinen dan makan. Kemandirian berarti tanpa pengawasan, pengarahan, atau bantuan oranglain. Pengkajian ini didasarkan pada status aktual dan bukan pada kemampuan. Alat ini secara luas dapat mengukur kemampuan fungsional lansia di lingkungan klinis dan rumah dalam (Dewi, 2013).

Tabel 2.1 *Indeks Katz*

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1	<p>Mandi</p> <p>Mandiri : Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya</p> <p>Tergantung : Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri</p>		
2	<p>Berpakaian</p> <p>Mandiri : Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian.</p> <p>Tergantung : Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian</p>		
3	<p>Ke Kamar Kecil</p> <p>Mandiri : Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genetalia sendiri</p> <p>Tergantung : Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot</p>		
4	<p>Berpindah</p> <p>Mandiri : Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri</p> <p>Tergantung : Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan</p>		
5	<p>Kontinen</p> <p>Mandiri : BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri</p> <p>Tergantung : Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, enema dan pembalut (pampers)</p>		
6	<p>Makan</p> <p>Mandiri : Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri</p> <p>Bergantung : Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral (NGT)</p>		

Keterangan:

Beri tanda (v) pada point yang sesuai kondisi klien

Analisis Hasil:

1) Nilai A

Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, kamar kecil, mandi dan berpakaian.

2) Nilai B

Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut

3) Nilai C

Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan

4) Nilai D

Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan

5) Nilai E

Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, dan satu fungsi tambahan.

6) Nilai F

Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan

7) Nilai G

Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut (Sunaryo, 2015).

b. *Barthel Indeks / Indeks Barthel (IB)*

Salah satu alat pengukuran kemandirian lansia yang umum digunakan adalah menurut *Indeks Barthel* yang mengukur kemandirian fungsional dalam hal perawatan diri dan mobilitas. IB tidak mengukur ADL instrumental, komunikasi dan psikososial. Item-item dalam IB dimaksudkan untuk menunjukkan tingkat pelayanan keperawatan yang dibutuhkan oleh pasien. IB merupakan skala yang diambil dari catatan medik penderita, pengamatan langsung atau dicatat sendiri oleh pasien. Dapat dikerjakan dalam waktu kurang dari 10 menit (Dewi, 2013).

Tabel 2.2 Indeks Barthel (IB)

No	Item yang dinilai	Dibantu	Mandiri
1.	Makan (bila makanan harus dipotong-potong dulu = dibantu)	5	10
2.	Transfer dari kursi roda ke tempat tidur dan kembali (termasuk duduk di bed)	5-10	15
3.	<i>Hygiene personal</i> (cuci muka, menyisir, bercukur jenggot, gosok gigi)	0	5
4.	Naik & turun kloset/ WC (melepas/memakai pakaian, cawik, menyiram WC)	5	10
5.	Mandi	0	5
6.	Berjalan di permukaan datar (atau bila tidak dapat berjalan, dapat mengayuh kursi roda sendiri)	10 0	15 5
7.	Naik & turun tangga	5	10
8.	Berpakaian (termasuk memakai tali sepatu, menutup resleting)	5	10
9.	Mengontrol anus	5	10
10.	Mengontrol kandung kemih	5	10

Interpretasi IB:

0-20: *Dependent* Total

21-40: *Dependent* Berat

41-60: *Dependent* Sedang

61-90: *Dependent* Ringan

91-100: Mandiri (Sunaryo, 2015).

c. Pengkajian fungsi sosial (APGAR keluarga)

Untuk mengukur fungsi keluarga dikembangkan instrumen penilaian yang disebut APGAR keluarga. Instrumen ini menilai lima fungsi pokok keluarga:

1) Adaptasi

Tingkat kepuasan anggota keluarga dalam menerima bantuan yang diperlukannya dari anggota keluarga lainnya.

2) Kemitraan

Tingkat kepuasan anggota keluarga terhadap berkomunikasi, musyawara dalam mengambil keputusan dan atau menyelesaikan suatu masalah yang sedang dihadapi dengan anggota keluarga lainnya.

3) Pertumbuhan

Tingkat kepuasan anggota keluarga terhadap kebebasan yang diberikan keluarga dalam mematangkan pertumbuhan dan atau kedewasaan setiap anggota keluarga.

4) Kasih sayang

Tingkat kepuasan anggota keluarga terhadap kasih sayang serta interaksi emosional yang berlangsung dalam keluarga.

5) Kebersamaan

Tingkat kepuasan anggota keluarga terhadap kebersamaan dalam membagi waktu, kekayaan dan ruang antar anggota keluarga (Anggraeni, 2016).

Tabel 2.3 APGAR Keluarga

NO	PERTANYAAN	SERING/ SELALU	KADANG- KADANG	JARANG/ TIDAK
1.	Saya puas bahwa saya dapat kembali kepada keluarga saya, bila saya menghadapi masalah			
2.	Saya puas dengan cara-cara keluarga saya membahas serta membagi masalah dengan saya			

3. Saya puas bahwa keluarga saya menerima dan mendukung keinginan saya melaksanakan kegiatan dan ataupun arah hidup yang baru
 4. Saya puas dengan cara-cara keluarga saya menyatakan rasa kasih sayang dan menanggapi emosi
 5. Saya puas dengan cara keluarga saya membagi waktu bersama
-

Untuk setiap jawaban sering/selalu diberikan nilai 2, jawaban kadang-kadang diberikan nilai 1, sedangkan jawaban jarang/tidak pernah diberikan nilai 0, kemudian lima nilai tersebut dijumlah, selanjutnya dinilai sebagai berikut:

- 1) Nilai 7-10

Keluarga sehat, dalam arti setiap anggota keluarga saling mendukung satu sama lain.

- 2) Nilai 4-6

Keluarga kurang sehat, dalam arti hubungan antar keluarga masih perlu untuk ditingkatkan.

- 3) 0-3 keluarga tidak sehat,

Dalam arti sangat memerlukan banyak perbaikan untuk lebih meningkatkan hubungan antar anggota keluarga (Anggraeni, 2016).


d. *Mini Mental State Examination (MMSE)*

Aspek psikososial yang perlu dikaji adalah apakah lansia mengalami kebingungan, kecemasan, menunjukkan afek yang labil/datar/tidak sesuai.

Data subjektif didapatkan melalui wawancara dengan menggunakan *Mini Mental State Examination (MMSE)* untuk pemeriksaan fungsi kognitif. MMSE

dilakukan untuk mengkaji fungsi kognitif yang mencakup orientasi, registrasi, atensi dan kalkulasi serta mengingat dan bahasa (Keliat, 2011).

Tabel 2.4 *Mini Mental State Examination*

No	TES	Nilai Max	Nilai
ORIENTASI			
1	Sebutkan Tgl, hari, bulan , musim , tahun	5	
2	Kita berada dimana ? desa, kecamatan ,kabupaten , nama kamar/wisma , nama panti	5	
REGISTRASI			
3	Sebutkan 3 buah nama benda dan disuruh mengulangi nama benda yang telah disebutkan	3	
ATENSI DAN KALKULASI			
4	Kurangi 100 dengan 7 secara menurun, nilai 1 tiap jawaban dan hentikan setelah 5 jawaban	5	
RECALL			
5	Pasien disuruh menyebutkan kembali, benda yang ditunjukkan (3 benda di atas)	3	
BAHASA			
6	Mengulangi kata-kata “namun” , “tanpa “, “bila”	3	
7	Pasien disuruh menyebutkan nama benda yang ditunjukkan petugas (pensil, buku)	2	
8	Pasien disuruh mengambil kertas dan melipat menjadi 2	1	
9	Pasien disuruh “pejamkan mata anda”	1	
10	Pasien disuruh menulis namanya di kertas	1	
11	Pasien disuruh menggambar 	1	
Total		30	

Analisa hasil :

Nilai 24-30:normal.

Nilai 17-23:gangguan kognitif ringan.

Nilai 0-16: gangguan kognitif berat. (Sunaryo, 2015).

e. *Geriatric Depression Scale*

Geriatric Depression Scale merupakan salah satu instrumen yang paling sering digunakan untuk mendiagnosis depresi pada usia lanjut. Pada studi meta-analisis atas 15 studi yang menggunakan GDS-15, didapatkan sensitivitas 84,3% dengan spesifisitas 73,8% (Njoto, 2014).

Tabel 2.5 *Geriatric Depression Scale*

No	Pertanyaan	Jawaban
1	Apakah pada dasarnya anda puas dengan kehidupan anda ?	TIDAK
2	Apakah anda sudah meninggalkan banyak aktivitas dan hal-hal yang menarik minat anda ?	YA
3	Apakah anda merasa bahwa hidup anda hampa ?	YA
4	Apakah anda sering merasa bosan ?	YA
5	Apakah anda biasanya bersemangat/gembira?	TIDAK
6	Apakah anda takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda ?	YA
7	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian hidup anda?	TIDAK
8	Apakah anda merasa jenuh /tidak berdaya?	YA
9	Apakah anda lebih suka tinggal dirumah , daripada pergi keluar dan melakukan sesuatu yang baru ?	YA
10	Apakah anda merasa bahwa anda lebih banyak mengalami masalah dengan ingatan anda daripada yang lainnya ?	YA
11	Apakah anda pikir bahwa hidup anda sekarang ini sangat menyenangkan?	TIDAK
12	Apakah anda merasa tidak berguna/tidak berharga saat ini ?	YA
13	Apakah anda merasa penuh semangat saat ini ?	TIDAK
14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda sudah tidak ada harapan?	YA

Keterangan : Nilai 1 poin untuk setiap respon yang cocok dengan jawaban ya dan tidak setelah pertanyaan.

- 1) Nilai 5-9 menunjukkan kemungkinan depresi
- 2) Nilai 10 atau lebih menunjukkan depresi (Sunaryo, 2015).

2.2.2 Pengkajian umum

a. Keluhan utama

Biasanya klien datang ke rumah sakit dalam kondisi: penurunan kesadaran atau koma serta disertai kelumpuhan, keluhan sakit kepala hebat bila masih sadar, disertai gangguan bicara.

b. Riwayat penyakit dahulu

Perlu dikaji adanya riwayat DM, hipertensi, kelainan jantung, policitemia karena hal ini berhubungan dengan penurunan kualitas pembuluh darah otak menjadi menurun.

c. Riwayat penyakit sekarang

Riwayat kesehatan saat ini berupa uraian mengenai penyakit yang diderita oleh klien dari mulai timbulnya keluhan yang dirasakan sampai klien dibawa ke rumah sakit, dan apakah pernah memeriksakan diri ke tempat lain selain rumah sakit umum serta pengobatan apa yang pernah diberikan dan bagaimana perubahannya dan data yang didapatkan saat pengkajian.

d. Riwayat penyakit keluarga

Perlu dikaji mungkin ada anggota keluarga sedarah yang pernah mengalami stroke.

e. Pemenuhan kebutuhan sehari-hari.

Apabila telah mengalami kelumpuhan sampai menjadi koma maka perlu klien membutuhkan bantuan dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari dari bantuan sebagian sampai total, meliputi: mandi, makan/minum, BAB/BAK, berpakaian, berhias, aktifitas mobilisasi.

f. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Keadaan umum klien lansia yang mengalami gangguan persyarafan biasanya lemah

2) Kesadaran

Kesadaran klien biasanya apatis sampai somnolen

3) Tanda-tanda vital: suhu meningkat, nadi meningkat, tekanan darah meningkat, pernafasan biasanya mengalami normal atau meningkat.

4) Pemeriksaan Saraf Kranialis

a) Pemeriksaan Nervus I (Olfactorius)

(1) Pastikan lubang hidung bersih dan terbuka

(2) Gunakan sumber bau yang non iritatif (sabun, kopi atau teh)

(3) Pasien ditutup matanya

(4) Bila memeriksa satu lubang yang lain ditutup

(5) Tanyakan bau apa yang dihirup

b) Pemeriksaan Nervus II (Optikus)

(1) Menggunakan kartu snellen, pasien berdiri jarak 6 meter

(2) Mata diperiksa satu persatu dan diperintahkan untuk membaca huruf terbesar sampai terkecil yang mampu terbaca

(3) Bila huruf tidak terbesar tidak terbaca pasien maju 1 meter mendekati kartu, bila tetap tidak bisa maju terus sampai jarak 1 meter

(4) Bila jarak 1 meter tidak bisa melihat huruf terbesar maka dilakukan hitung jari didepan pasien. Bila hitung jari bisa dalam jarak 1 meter maka visus 1/60

(5) Bila tetap tidak bisa melihat hitung jari, maka menggunakan lambaian tangan, bila bisa melihat lambaian tangan dalam jarak 1 meter visus 1/300

(6) Jari pemeriksa dari lateral ke medial dan ditanya apakah masih bisa melihat atau tidak

c) Pemeriksaan Nervus III, IV, dan VI (Oculomotorius, Trochlearis, dan Abducens)

(1) Pemeriksaan prosis yaitu dengan menyuruh penderita membuka mata lebar-lebar. Inspeksi kelopak mata penderita apakah ada yang jatuh/layu (prosis)

(2) Kedudukan bola mata yaitu dengan memperhatikan kedudukan bola mata saat memandang lurus kedepan, bila tidak sejajar disebut strabismus, bila ketengah disebut strabismus konvergen, bila keluar disebut strabismus divergen.

(3) Gerakan bola mata yaitu memeriksa kedua bola mata ke semua arah, lihat apakah ada kelumpuhan otot penggerak bola mata dan tanyakan ada penglihatan ganda atau tidak

d) Pemeriksaan Nervus V (Trigeminus)

(1) Menginspeksi rahang penderita apakah ada deviasi atau tidak

(2) Perintahkan pasien membuka dan menutup mulut apakah ada kelainan dan deviasi

(3) Perintahkan pasien menggerakkan rahang bawah ke kiri dan ke kanan dengan tangan pemeriksa menahannya, rasakan apakah ada kelumpuhan

e) Pemeriksaan Nervus VII (Fascialis)

(1) Menginspeksi kerutan dahi, kelopak mata, sudut mata, dan lipatan sudut mulut. Bandingkan kiri dan kanan apakah ada asimetri atau kelumpuhan

(2) Menyuruh penderita mengeryitkan dahi, menutup mata sekuat-kuatnya, meringis, mecucu, dan memperlihatkan giginya. Bandingkan kiri dan kanan apakah ada asimetri atau kelumpuhan

(3) Memerintahkan penderita menutup mata sekuat-kuatnya dan coba buka dengan tangan pemeriksa. Apakah ada kelumpuhan atau keadaan tidak bisa menutup mata

f) Pemeriksaan Nervus VIII (Throchovestibularis)

(1) Melakukan tes bisik atau dengan menggesekkan jari-jari pemeriksa pada telinga penderita, telinga kanan dan kiri bergantian, suruh penderita membandingkan kanan dan kiri.

g) Pemeriksaan Nervus IX dan X (Glosofaringius dan Vagus)

(1) Menyuruh pasien buka mulut, suruh pasien bilang “aaagh” lihat palatum mole apakah ada asimetri arkus faring atau deviasi ovula

(2) Menyuruh pasien menirukan kata-kata “mama”, “haha”, apakah ada gangguan dalam fonasi

h) Pemeriksaan Nervus XI (Assesorius)

(1) Untuk memeriksa otot trapezius, menyuruh pasien mengangkat bahu kanan dan kiri ke atas pemeriksa menahan dengan tangan, bandingkan kekuatan kanan dan kiri.

(2) Untuk memeriksa otot sternokleidomastoideus kanan, suruh pasien menoleh ke kiri, tahan rahang pasien, lihat kekuatannya. Untuk memeriksa otot ini ke kanan dan kiri bersamaan suruh pasien memfleksikan kepala ke dada, lihat kekuatannya.

i) Pemeriksaan Nervus XII (Hipoglossus)

(1) Menyuruh pasien membuka mulut, lihat apakah ada atrofi lidah, deviasi lidah.

(2) Menyuruh pasien dengan lidahnya menekan pipi penderita dengan tangan memeriksa menahan pipi pasien, lihat kekuatan lidah pasien bergantian kanan dan kiri (Munir, 2015).

5) Pemeriksaan Refleks Fisiologis

(a) Refleks tendon biseps: ketukan hammer pada ibu jari pemeriksa yang ditempatkan pada tendon otot biceps tersebut

(b) Refleks tendon triceps: ketukan hammer pada ibu jari pemeriksa yang ditempatkan pada tendon otot triceps tersebut

(c) Refleks tendon lutut: ketukan hammer pada tendon patella (Munir, 2015)

6) Pemeriksaan Refleks Patologis

(a) Refleks babinski: melakukan penggoresan telapak kaki bagian lateral dari tumit melengkung sampai ibu jari

(b) Refleks Chaddock: melakukan penggoresan terhadap malelous sampai kulit dorsum pedis bagian lateral atau eksterna

(c) Refleks oppenheim: melakukan pengurutan secara keras dengan jari telunjuk dan iu jari tangan terhadap kulit yang menutupi tibia atau dengan jari telunjuk dan jari tengah dengan tangan mengepal

(d) Refleks Gordon: melakukan pemencetan otot betis secara keras

(e) Refleks schaeffer: melakukan pemencetan tendon achilles secara keras

(f) Refleks Gonda: melakukan penjepitan jari kaki keempat pasien (Munir, 2015)

Periode menit-menit pertama sampai beberapa jam setelah stroke merupakan periode kritis, dinamis, dan potensial untuk pulih kembali. Penanganan yang diberikan segera, tepat, dan cermat maka kemungkinan penderita untuk plih sempurna masih bisa dicapai. Tahapan proses pemulihan stroke akut diantaranya: fase akut dan fase pemulihan. Tahapan kritis berlangsung antara 4-7 hari disebut fase akut, pada fase ini pasien menjalani perawatan di

rumah sakit. Setelah hari ke 7 pasien memasuki fase pemulihan yang berlangsung antara 2-4 minggu yang dapat dilalui pasien di rumah setelah diberikan *discharge planning* (Junaidi, 2011). Pada fase akut refleks fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari refleks fisiologis akan muncul kembali didahului dengan refleks patologis (Muttaqin, 2008).

7) Pemeriksaan kekuatan otot

Penilaian kekuatan otot:

5: normal

4: bisa melawan gravitasi, dapat mempertahankan gravitasi dan dapat melawan tahanan sedang

3: bisa melawan gravitasi dapat mempertahankan gravitasi dan dapat melawan tahanan ringan

2: tidak bisa melawan gravitasi, masih ada gerakan sendi dan otot

1: tidak bisa melawan gravitasi, sendi tidak bergerak, masih ada gerakan kontraksi otot

0: tidak bisa melawan gravitasi, sendi tidak bergerak dan tidak ada gerakan kontraksi otot (Munir, 2015)

g. Pola fungsi kesehatan

1) Pola persepsi dan tata laksanaan hidup sehat

Menggambarkan persepsi, pemeliharaan, dan penanganan kesehatan.

2) Pola nutrisi

Menggambarkan masukan nutrisi, balance cairan, dan elektrolit, nafsu makan, pola makan diet, kesulitan menelan, mual/muntah, dan makanan kesukaan.

3) Pola eliminasi

Menjelaskan pola fungsi ekskresi, kandung kemih, defekasi, ada tidaknya masalah defekasi, masalah nutrisi, dan penggunaan kateter.

4) Pola tidur dan istirahat

Menggambarkan pola tidur, istirahat, dan persepsiterhadap energi, jumlah jam tidur pada siang dan malam, masalah tidur, dan insomnia.

5) Pola aktivitas dan istirahat

Menggambarkan pola latihan, aktivitas, fungsi pernafasan, dan sirkulasi, riwayat penyakit jantung, frekuensi, irama, dan kedalaman pernafasan. Pengkajian *indeks katz* atau *barthel*

6) Pola hubungan dan peran

Menggambarkan dan mengetahui hubungan dan peran klien terhadap anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal, pekerjaan, dan masalah keuangan. Pengkajiaan APGAR keluarga

7) Pola sensori dan kognitif

Pengkajian sensori dan kognitif meliputi pengkajian penglihatan, pendengaran, perasaan, dan pembau. Pengkajian menggunakan *Mini Mental State Examination (MMSE)*. Penderita stroke mengalami gangguan emosional dan sulit mengontrol perasaannya. Selain diakibatkan oleh kerusakan dan perubahan kimiawi pada otak, gangguan emosional juga merupakan reaksi normal atas tantangan, ketakutan, dan rasa frustrasi pasien dalam menghadapi disabilitasnya (Setiyowati, 2016).

8) Pola persepsi dan konsep diri

Penderita stroke mengalami gangguan emosional dan sulit mengontrol perasaannya. Selain diakibatkan oleh kerusakan dan perubahan kimiawi pada otak, gangguan emosional juga merupakan reaksi normal atas tantangan, ketakutan, dan rasa frustrasi pasien dalam menghadapi disabilitasnya (Setiyowati, 2016). Konsep diri menggambarkan gambaran diri, harga diri, peran, dan identitas diri. Manusia sebagai sistem terbuka dan makhluk bio-psiko-sosio-kultural-spiritual, kecemasan, ketakutan, dan terhadap sakit. Pengkajian tingkat depresi menggunakan tabel *Geriatric Depression Scale*.

9) Pola seksual dan reproduksi

Menggambarkan kepuasan/masalah terhadap seksualitas.

10) Pola mekanisme koping

Mengenal kemampuan untuk menangani stress.

11) Pola tata nilai dan kepercayaan

Menggambarkan dan menjalankan pola, nilai keyakinan termasuk spiritual.

2.2.3 Diagnosa keperawatan

a. Hambatan mobilitas fisik

Hambatan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri atau terarah.

1) Batasan karakteristiknya yaitu dispnea setelah beraktivitas, gerakan lambat, gangguan sikap berjalan, gerakan spastik, gerakan tidak terkoordinasi, instabilitas postur, keterbatasan rentang gerak, penurunan kemampuan melakukan ketrampilan motorik kasar maupun halus, kesulitan membolak-balik posisi, ketidaknyamanan, melakukan aktivitas lain sebagai pengganti (misalnya meningkatkan perhatian pada aktivitas orang lain, mengendalikan perilaku, fokus pada aktivitas sebelum sakit), tremor akibat bergerak.

2) Faktor yang berhubungan yaitu agens farmasetikal, ansietas, depresi, fisik tidak bugar, gangguan fungsi kognitif, gangguan metabolisme, gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskular, gaya hidup kurang gerak, intoleran aktivitas, kaku sendi, keengganan memulai aktivitas (Herdman & Kamitsuru, 2015).

b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh adalah asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik.

1) Batasan karakteristiknya yaitu berat badan 20% atau lebih dibawah rentang berat badan ideal, bising usus hiperaktif, diare, kelemahan otot untuk mengunyah, ketidakmampuan memakan makanan, kurang minat pada makanan, membran mukosa pucat, sariawan, tonus otot menurun, gangguan sensasi rasa, kerapuhan kapiler, kesalahan informasi, kesalahan persepsi, kram abdomen.

2) Faktor yang berhubungan yaitu faktor biologis, faktor ekonomi, gangguan psikososial, ketidakmampuan makan, ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi, kurang asupan makanan (Herdman & Kamitsuru, 2015).

c. Hambatan komunikasi verbal

Hambatan komunikasi verbal adalah penurunan, pelambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan atau menggunakan sistem simbol.

1) Batasan karakteristiknya yaitu defisit visual parsial, disorientasi ruang dan waktu, gagap, kesulitan dalam memahami komunikasi, kesulitan mengekspresikan pikiran secara verbal, kesulitan menggunakan ekspresi tubuh dan wajah, kesulitan menyusun kalimat, pelo, defisit penglihatan total, disorientasi orang, kesulitan dalam kehadiran tertentu, kesulitan mempertahankan komunikasi, ketidakmampuan bicara dalam bahasa pemberi asuhan, menolak bicara, sulit bicara, sulit mengungkapkan kata-kata, tidak ada kontak mata, tidak bicara, tidak dapat bicara.

2) Faktor yang berhubungan yaitu defek orofaring, gangguan emosi, gangguan fisiologis, gangguan perkembangan, gangguan persepsi, gangguan psikotik, gangguan konsep diri, gangguan sistem saraf pusat, hambatan fisik, hambatan lingkungan, harga diri rendah, kerentanan, ketiadaan orang terdekat, ketidakcukupan informasi, ketidakcukupan stimuli, program pengobatan (Herdman & Kamitsuru, 2015).

d. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak

Rentan mengalami penurunan sirkulasi jaringan otak yang dapat mengganggu kesehatan.

1) Faktor resikonya yaitu aterosklerosis aortik, embolisme, endokarditi infeksi, hiperkolesterolemia, hipertensi, koagulopati, neoplasma otak, penyalahgunaan zat, stenosis karotid, tumor otak (misalnya gangguan serebrovaskular, penyakit neurologis, trauma, tumor, agens farmaseutikal, diseksi arteri, fibrilasi atrium, kardiomiopati dilatasi, katup prostetik mekanis, masa protrombin abnormal, miksoma atrium, stenosis mitral, terapi trombolitik (Herdman & Kamitsuru, 2015).

e. Resiko kerusakan integritas kulit

Resiko kerusakan integritas kulit adalah rentang mengalami kerusakan pada epidermis dan atau dermis yang dapat mengganggu kesehatan.

1) Faktor resiko *eksternal*: cedera kimiawi kulit, ekskresi, faktor mekanik, hipertermia, hipotermia, kelembaban, lembab, sekresi, terapi radiasi, usia ekstrem. *Internal*: agens farmaseutikal, faktor psikogenik, gangguan metabolisme, gangguan pigmentasi, gangguan sensasi, gangguan sirkulasi, gangguan turgor

kulit, imunodefisiensi, nutrisi tidak adekuat, perubahan hormonal, tekanan pada tonjolan tulang (Herdman & Kamitsuru, 2015).

f. Resiko cedera

Resiko cedera adalah rentan mengalami cedera fisik akibat kondisi lingkungan yang berinteraksi dengan sumber adaptif dan sumber defensif individu yang dapat mengganggu kesehatan.

1) Faktor resikonya yaitu eksternal: agens nosokomial, gangguan fungsi kognitif, gangguan fungsi psikomotor, hambatan fisik, hambatan sumber nutrisi, pajanan pada patogen, pajanan pada kimia toksik, mode transportasi tidak aman. *Internal*: disfungsi biokimiadisfungsi efektor, disfungsi imun, disfungsi integrasi sensori, gangguan mekanisme pertahanan primer, gangguan orientasi afektif, gangguan sensasi, hipoksia jaringan, malnutrisi, usia ekstrem (Herdman & Kamitsuru, 2015)

2.2.4 Intervensi Keperawatan

a. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan keterbatasan kemampuan melakukan ketrampilan motorik, keterbatasan ROM, gerak lambat

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan hambatan mobilitas klien dapat teratasi

Kriteria hasil: kontraktur otot berkurang, ankilosis pada sendi berkurang, atrofi berkurang, dan klien mampu melakukan *range of motion* (ROM) aktif secara mandiri.

Tabel 2.6 Intervensi Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik

No	Intervensi	Rasional
1	Kaji kemampuan fungsional otot	Mengidentifikasi kekuatan/kelemahan dapat membantu memberi informasi yang diperlukan untuk membantu pemilihan intervensi .
2	Ganti posisi tiap dua jam terutama pada bagian yang sakit.	Dapat menurunkan resiko iskemia jaringsn yang cedera. Sisi yang sakit biasanya kekurangan sirkulasi dan sensasi yang buruk serta lebih mudah terjadi kerusakan kulit/dekubitus
3	Berikan posisi <i>prone</i> satu atau dua kali sehari jika pasien dapat menoleransi	Membantu memelihara fungsi ekstensi panggul dan membantu bernapas.

4	Mulai ROM, aktif/pasif untuk semua ekstremitas	Meminimalkan atropi otot, meningkatkan sirkulasi, membantu mencegah kontraktur.
5	Evaluasi penggunaan dan kebutuhan terhadap bantuan posisi dan/atau pembatas selama fase paralisis spastik.	Kontraktur fleksi terjadi karena otot fleksor lebih kuat dari otot ekstensor.
6	Bantu pasien duduk jika tanda-tanda vital stabil, kecuali pada stroke haemorrhagic	Membantu menstabilkan tekanan darah, membantu memelihara ekstremitas pada posisi fungsional.
7	Observasi sisi yang sakit seperti warna, edema, dan tanda lain seperti perubahan sirkulasi	Jaringan yang edema sangat mudah mengalami trauma dan sembuh dengan lama
8	Anjurkan pasien untuk membantu melatih sisi yang sakit dengan ekstremitas yang sehat	Dapat merangsang bagian yang sakit dan mengoptimalkan bagian yang sehat.

b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan perubahan kemampuan mencerna makanan ditandai dengan berat badan 20% atau lebih dibawah rentang berat badan ideal, bising usus hiperaktif, kelemahan otot untuk mengunyah, ketidakmampuan memakan makanan, kurang minat pada makanan.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh klien teratasi.

Kriteria hasil: mengerti tentang pentingnya nutrisi bagi tubuh, memperhatikan kenaikan berat badan.

Tabel 2.7 Intervensi Keperawatan Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

No	Intervensi	Rasional
1	Observasi tekstur dan turgor kulit	Mengetahui status nutrisi klien
2	Tentukan kemampuan klien dalam mengunyah dan menelan	Untuk menentukan jenis makanan yang akan diberikan pada klien
3	Letakkan kepala lebih tinggi pada saat, selama, dan sesudah	Agar klien lebih mudah untuk menelan karena gaya gravitasi
4	Stimulasi bibir untuk menutup dan membuka mulut secara manual dengan menekan ringan diatas bibir/dibawah dagu jika dibutuhkan	Membantu dalam melatih kembali sensorik dan meningkatkan kontrol muskular.
5	Berikan makan dengan perlahan pada lingkungan yang tenang	Klien dapat berkonsentrasi pada mekanisme makan tanpa adanya distraksi/gangguan dari luar
6	Monitor keadaan otot yang menurun dan kehilangan lemak subkutan	Menunjukkan indikasi kekurangan energi otot dan mengurangi fungsi otot-otot pernapasan.

7	Catat pemasukan per oral jika diindikasikan. Anjurkan klien untuk makan	Nafsu makan biasanya berkurang dan nutrisi yang masuk pun berkurang. Menganjurkan klien memilih makanan yang disenangi
8	Berikan makanan kecil dan lunak	Mencegah terjadinya kelelahan, memudahkan masuknya makanan
9	Kaji fungsi sistem gastrointestinal yang meliputi suara bising usus	Mengetahui keadaan sistem gastrointestinal
10	Lakukan pemeriksaan laboratorium seperti serum, BUN/kreatinin dan glukosa	Memberikan informasi yang tepat tentang keadaan nutrisi yang dibutuhkan klien

c. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan emosi, gangguan fisiologis, gangguan sistem saraf pusat, hambatan fisik.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan hambatan komunikasi verbal klien dapat teratasi

Kriteria hasil: klien dapat berkomunikasi sesuai kebutuhan, menentukan tehnik/metode sesuai kebutuhan klien.

Tabel 2.8 Intervensi Keperawatan Hambatan komunikasi verbal

No	Intervensi	Rasional
1	Kaji kemampuan klien untuk berkomunikasi	Klien mengalami kesulitan dalam mengolah kata dan memerlukan perhatian pada apa yang mereka katakan
2	Anjurkan keluarga/orang terdekat untuk berbicara dengan klien, memberikan informasi tentang keluarganya.	Keluarga dapat merasa akrab dengan klien berada di dekat klien selama berbicara dan mempertahankan kontak nyata
3	Buat rekaman pembicaraan klien	Mengetahui perkembangan komunikasi klien
4	Menentukan cara-cara komunikasi seperti mempertahankan kontak mata, pertanyaan tertutup, menggunakan kertas dan pensil, atau bahasa isyarat.	Mempertahankan kontak mata akan membuat klien <i>interest</i> selama komunikasi. Jika klien dapat menggerakkan kepala, mengedipkan mata, atau senang dengan isyarat-isyarat sederhana lebih baik menggunakan pertanyaan iya/tidak
5	Kolaborasi dengan ahli wicara bahasa	Ahli wicara bahasa dapat membantu dalam membentuk peningkatan latihan percakapan dan membantu petugas kesehatan untuk mengembangkan metode komunikasi untuk memenuhi kebutuhan klien

d. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan aterosklerosis aortik, embolisme, endokarditi infeksi, hiperkolesterolemia, hipertensi, koagulopati, neoplasma otak, penyalahgunaan zat, stenosis karotid, tumor otak (misalnya gangguan serebrovaskular, penyakit neurologis, trauma, tumor).

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ketidakefektifan perfusi jaringan otak klien tidak terjadi.

Kriteria hasil: disorientasi negatif, tidak terjadi penurunan kesadaran, perfusi jaringan dan oksigenasi baik

2.9 Intervensi keperawatan resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak

No	Intervensi	Rasional
1	Monitor tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial (nadi lambat, tekanan darah meningkat, kesadaran menurun, napas irreguler, refleks pupil menurun)	Untuk mendeteksi tanda-tanda syok, yang harus dilaporkan ke dokter untuk intervensi awal
2	Monitor tanda-tanda vital dan neurologis 5-30 menit.	Perubahan ini menandakan ada perubahan tekanan intracranial
3	Hindari posisi tungkai ditekuk, anjurkan tirah baring	Untuk mencegah peningkatan tekanan intracranial
4	Tinggikan sedikit kepala klien dengan hati-hati, hindari fleksi leher	Untuk mengurangi tekanan intrakranial
5	Bantu seluruh aktivitas dan gerakan-gerakan klien. Anjurkan klien menghembuskan napas dalam	Untuk mencegah keregangan otot yang dapat menimbulkan peningkatan tekanan intracranial
6	Evaluasi selama masa penyembuhan terhadap gangguan motorik, sensorik, dan intelektual	Untuk merujuk ke rehabilitasi

e. Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan cedera kimiawi kulit, ekskresi, faktor mekanik, kelembaban, sekresi, gangguan metabolisme, gangguan pigmentasi, gangguan sensasi, gangguan sirkulasi, gangguan turgor kulit, tekanan pada tonjolan tulang.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kerusakan integritas kulit klien tidak terjadi

Kriteria hasil: klien berpartisipasi terhadap pencegahan luka, kulit kering, tidak ada tanda-tanda kemerahan atau luka

2.10 Intervensi keperawatan resiko kerusakan integritas kulit

No	Intervensi	Rasional
1	Anjurkan untuk melakukan latihan ROM dan mobilisasi jika mungkin	Meningkatkan aliran darah ke semua darah
2	Ubah posisi tiap 2 jam	Menghindari tekanan dan aliran darah
3	Gunakan bantal air atau pengganjal yang lunak di bawah daerah yang menonjol	Menghindari tekanan berlebih di daerah menonjol
4	Lakukan masase pada daerah yang menonjol yang baru mengalami tekanan pada waktu berubah posisi	Menghindari kerusakan-kerusakan kapiler
5	Bersihkan dan keringkan kulit. Jagalah linen tetap kering	Meningkatkan integritas kulit dan mengurangi resiko kelembaban kulit
6	Observasi adanya eritema dan keputihan dan palpasi adanya kehangatan dan pelunakan jaringan tiap merubah posisi	Hangat dan pelunakan adalah tanda kerusakan jaringan
7	Jaga kebersihan kulit dan hindari trauma dan panas pada kulit	Mempertahankan keutuhan kulit

f. Resiko cedera berhubungan dengan gangguan fungsi kognitif, gangguan fungsi psikomotor, hambatan fisik, hambatan sumber nutrisi, pajanan pada patogen, pajanan pada kimia toksik, mode transportasi tidak aman, disfungsi integrasi sensori.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan resiko cedera klien tidak terjadi

Kriteria hasil: klien berpartisipasi dalam pencegahan trauma, tidak terjadi dekubitus, klien tidak terjatuh.

2.11 Intervensi keperawatan resiko cedera

	Intervensi	Rasional
1	Berikan kacamata yang sesuai pada klien	Kacamata berfungsi untuk memblokir impuls penglihatan pada satu mata bila klien mengalami diplopia
2	Minimalkan efek mobilitas	Komplikasi yang dihubungkan dengan imobilisasi mencakup dekubitus dan langkah untuk mencegahnya. Penangan untuk mencegah dekubitus adalah mempertahankan integritas kulit
3	Modifikasi pencegahan cedera	Pencegahan cedera dilakukan jika klien beresiko jatuh
4	Modifikasi lingkungan	Klien dianjurkan untuk berjalan dengan kaki pada ruang yang luas untuk meningkatkan kemampuan berjalan dengan stabil

5	Ajarkan tehnik berjalan	Jika klien kehilangan sensasi pada posisi tubuh, klien dianjurkan untuk melihat kaki sambil berjalan. Jika gaya berjalan tetap tidak efisien, kursi roda menjadi pilihan penyelesaiannya.
6	Berikan terapi okupasi	Terapi okupasi merupakan sumber yang membantu individu dalam memberi anjuran dan menjamin bantuan untuk meningkatkan kemandirian. Klien dilatih untuk berpindah dan melakukan aktivitas sehari-hari

(Muttaqin, 2011)

2.2.5 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Rohmah, 2014).

Implementasi keperawatan dalam laporan kasus ini adalah mengkaji kemampuan fungsional otot, mengganti posisi tiap dua jam terutama pada bagian yang sakit, memberikan posisi *prone* satu atau dua kali sehari jika pasien dapat menoleransi, memulai ROM aktif/pasif untuk semua ekstremitas, mengevaluasi penggunaan dan kebutuhan terhadap bantuan posisi dan/atau pembatas selama fase paralisis spastik, membantu pasien duduk jika tanda-tanda vital stabil, mengobservasi sisi yang sakit seperti warna, edema, dan tanda lain seperti perubahan sirkulasi, menganjurkan pasien untuk membantu melatih sisi yang sakit dengan ekstremitas yang sehat (Muttaqin, 2011).

2.2.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Rohmah, 2014).

Kondisi pasien yang dievaluasi dalam laporan kasus ini adalah tidak ada kontraktur otot, tidak ada ankilosis pada sendi, dan tidak terjadi penyusutan otot, dan klien mampu melakukan *Range of motion* (ROM) aktif secara mandiri (Muttaqin, 2011).

2.3 Konsep Lansia

2.3.1 Pengertian lansia

Lansia adalah kelompok manusia yang berusia 60 tahun ke atas. Pada lanjut usia akan terjadi proses menghilangnya kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya secara perlahan-lahan sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi an memperbaiki kerusakan yang terjadi (Sunaryo, 2016). Lansia merupakan tahap lanjut dari suatu proses kehidupan yang ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stres lingkungan. Lansia adalah keadaan yang ditandai oleh kegagalan seseorang untuk mempertahankan keseimbangan terhadap kondisi stres fisiologis (Nursalam, 2009).

2.3.2 Batasan usia lansia

a. Menurut WHO

Menurut badan kesehatan dunia (*World Health Organization*) yang dikatakan lanjut usia tersebut dibagi menjadi tiga kategori yaitu:

- 1) Usia lanjut: 60-74 tahun
- 2) Usia tua: 75-89 tahun
- 3) Usia sangat lanjut: >90 tahun

b. Menurut Dep. Kes RI

Departemen Kesehatan Republik Indonesia membagi lanjut usia menjadi sebagai berikut:

- 1) Kelompok menjelang usia lanjut (45-54 tahun), keadaan ini dikatakan sebagai virilitas
- 2) Kelompok usia lanjut (55-64 tahun) sebagai masa presenium
- 3) Kelompok usia lanjut (>65 tahun) yang dikatakan sebagai masa senium

c. Menurut UU No. 13 tahun 1998

Batasan orang dikatakan lansia berdasarkan UU No. 13 tahun 1998 adalah 60 tahun (Aspiani, 2014).

2.3.3 Proses Menua (*Aging Process*)

Menua (menjadi tua) adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri/mengganti dan mempertahankan

fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita. Umumnya, fungsi fisiologis tubuh mencapai puncaknya umur 20-30 tahun. Setelah mencapai puncak, fungsi alat tubuh akan berada dalam kondisi tetap utuh beberapa saat, kemudian menurun sedikit demi sedikit sesuai bertambahnya umur (Aspiani, 2014).

2.3.4 Perubahan fisiologis pada lanjut usia

a. Sel

- 1) Lebih sedikit jumlahnya
- 2) Berkurangnya jumlah cairan tubuh dan berkurangnya cairan intraseluler
- 3) Menurunnya proporsi protein di otak, otot, ginjal, darah dan hati.
- 4) Jumlah sel otak menurun
- 5) Terganggunya mekanisme perbaikan sel
- 6) Otak menjadi atrofi beratnya 5-20%

b. Sistem Cardiovaskuler

- 1) Elastisitas dinding aorta menurun
- 2) Katup jantung menebal dan kaku
- 3) Kemampuan jantung memompa darah 1% setiap tahun, hal ini menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya
- 4) Kehilangan elastisitas pembuluh darah
- 5) Kurangnya efektivitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi

c Sistem pernafasan

- 1) Menurunnya aktivitas dari silia
- 2) Paru-paru kehilangan elastisitas
- 3) Alveoli ukurannya melebar dari biasa dan jumlahnya berkurang
- 4) Kemampuan untuk batuk berkurang
- 5) Otot-otot pernafasan kehilangan kekuatan dan menjadi kaku

d. Sistem persyarafan

- 1) Berat otak menurun 10-20%
- 2) Lambat dalam respon dan waktu untuk bereaksi
- 3) Kurang sensitif terhadap sentuhan
- 4) Mengecilnya saraf panca indera

e. Sistem gastrointestinal

- 1) Kehilangan gigi
- 2) Indera pengecap menurun
- 3) Esofagus melebar
- 4) Peristaltik lemah dan biasanya timbul konstipasi
- 5) Fungsi absorpsi melemah

f. Sistem endokrin

- 1) Produksi dari hampir semua hormon menurun
- 2) Fungsi paratiroid dan sekresinya tidak berubah
- 3) Menurunnya aktivitas tiroid, menurunnya BMR (*Basal Metabolic Rate*), dan menurunnya daya pertukaran zat
- 4) Menurunnya produksi aldosteron

g. Sistem pendengaran

- 1) Hilangnya kemampuan/daya pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit mengerti kata-kata.
- 2) Membran timpani menjadi atropi menyebabkan otosklerosis
- 3) Terjadinya pengumpulan ceruman dapat dapat mengeras karena meningkatnya keratin
- 4) Pendengaran menurun pada lanjut usia yang mengalami ketegangan jiwa atau stress

h. Sistem penglihatan

- 1) Spingter pupil timbul sklerosis dan hilangnya respon terhadap sinar.
- 2) Lensa lebih suram menjadi katarak, jelas menyebabkan gangguan penglihatan
- 3) Hilangnya daya akomodasi
- 4) Menurunnya lapang pandang

i. Sistem integumen

- 1) Kulit mengkerut atau keriput akibat hilangnya jaringan lemak
- 2) Permukaan kulit kasar dan bersisik
- 3) Menurunnya respon terhadap trauma
- 4) Mekanisme proteksi kulit menurun
- 5) Kulit kepala dan rambut menipis berwarna kelabu

- 6) Berkurangnya elastisitas akibat dari menurunnya cairan dan vaskularisasi
- 7) Pertumbuhan kuku lebih lambat

j. Pengecap dan penghidung

Diantara empat rasa dasar, rasa manis yang paling tumpul pada lansia. Maka jelas bagi kita mengapa mereka senang membubuhkan gula secara berlebihan. Rasa yang tumpul menyebabkan kesukaan terhadap makanan yang asin dan banyak berbumbu.

k. Sistem muskuloskeletal

- 1) Tulang kehilangan *density* (cairan) dan makin rapuh
- 2) Kifosis
- 3) *Discus intervertebralis* menipis dan menjadi pendek (tingginya berkurang)
- 4) Persendian membesar dan menjadi kaku
- 5) Tendon mengerut dan sklerosis ovarium dan uterus
- 6) Atrofi serabut otot (otot-otot serabut mengecil): serabut-serabut mengecil sehingga seseorang bergerak menjadi lamban, otot-otot kram dan menjadi tremor.

k. Sistem reproduksi dan seksualitas

- 1) Selaput lendir vagina menurun, permukaan menjadi halus, sekresi menjadi berkurang.
- 2) Atrofi payudara
- 3) Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur (Aspiani, 2014).

BAB 3. METODE PELAKSANAAN KEGIATAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah laporan kasus. Laporan kasus dilaksanakan dengan cara meneliti suatu kasus yang terdiri dari unit tunggal. Tujuan dari penelitian laporan kasus adalah untuk mempelajari secara intensif tentang latar belakang keadaan sekarang dan interaksi lingkungan sesuatu unit sosial, individu, kelompok, lembaga atau masyarakat (Setiadi, 2013). Laporan kasus dalam karya tulis ini adalah laporan untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan post stroke iskemik pada Ny. M dan Tn. S dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik di UPT PSTW Jember tahun 2018.

3.2 Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Batasan istilah dalam laporan kasus ini adalah asuhan keperawatan post stroke iskemik pada Ny. M dan Tn. S dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik di UPT PSTW Jember tahun 2018

3.2.1 Asuhan keperawatan

Asuhan keperawatan adalah suatu proses atau tahap pelayanan dalam keperawatan yang diberikan langsung oleh perawat kepada pasien yang mengalami masalah kesehatan.

3.2.2 Stroke Iskemik

Stroke iskemik adalah jenis stroke yang disebabkan oleh suplai darah dan nutrisi ke otak berkurang sehingga otak tidak bisa melakukan metabolisme dan mengakibatkan kematian jaringan atau nekrosis.

3.2.3 Hambatan mobilitas fisik

Hambatan mobilitas fisik adalah dimana individu tidak bisa atau sulit untuk melakukan suatu aktivitas yang disebabkan oleh kelemahan pada salah satu anggota tubuhnya.

3.3 Partisipan

Partisipan dalam penyusunan laporan kasus ini adalah Ny. M dan Tn. S dengan stroke iskemik yang bersedia menjadi responden dengan menandatangani informed consent dengan kriteria:

3.3.1 Terdapat tanda gejala klinis stroke iskemik

3.3.2 Tinggal di UPT PSTW Jember

3.3.3 Mengalami masalah keperawatan hambatan mobiltas fisik.

3.4 Lokasi dan waktu

Pada laporan kasus ini dilakukan asuhan keperawatan post stroke iskemik pada Ny. M dan Tn. S dengan masalah keperawatan hambatan mobiltas fisik di UPT PSTW Jember pada tanggal 30 Januari 2018 sampai 4 Februari 2018.

3.5 Pengumpulan data

3.5.1 Wawancara

Penulis menggali data klien terkait riwayat penyakit dahulu klien, keluhan utama klien, kronologis penyakit klien, riwayat kesehatan keluarga, riwayat pekerjaan, status kesehatan, riwayat alergi, dan pegkajian khusus.

3.5.2 Observasi

Pengumpulan data dengan tehnik observasi berupa menilai kekuatan otot klien, mengobservasi ekstremitas yang sakit berupa adanya edema, perubahan warna kulit dan perubahan sirkulasi, menilai keadaan umum klien.

3.5.3 Studi dokumentasi

Di UPT PSTW Jember tidak terdapat dokumentasi riwayat kesehatan klien, hanya terdapat dokumentasi obat harian klien. Data tambahan terkait riwayat kesehatan klien didapatkan dari wawancara langsung kepada klien dan perawat yang berada di UPT PSTW Jember.

3.5.4 Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan secara head to toe pada Ny. M dan Tn. S. Pemeriksaan fisik yang paling utama pada Ny. M dan Tn. S adalah ekstremitas atas dan bawah yang mengalami kelemahan.

3.6 Uji Keabsahan data

Uji keabsahan data berfungsi untuk menguji kualitas data atau informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Uji keabsahan data dilakukan dengan memperpanjang waktu pengamatan dan sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu klien, perawat dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang diteliti.

3.7 Analisa data

3.7.1 Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi, dan dokumentasi). Hasil pengumpulan data ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur)

3.7.2 Mereduksi data

Dari data yang dikumpulkan dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subyektif dan data obyektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan dengan nilai normal.

3.7.3 Penyajian data

Penyajian data dapat dilakukan dalam bentuk tabel, gambar, bagan dan teks naratif. Kerahasiaan klien dijaga dengan cara memberi inisial identitas klien.

3.7.4 Kesimpulan

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

3.8 Etika Penulisan

3.8.1 Informed Consent

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Informed consent tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan informed consent adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika responden bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien.

3.8.2 Anonymity (Tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan, peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur. Nama responden diganti dengan inisial, nomor atau kode pada lembar pengumpulan data.

3.8.3 Confidentiality (kerahasiaan)

Semua informasi maupun masalah-masalah responden akan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Hanya pengelompokan data tertentu yang disajikan atau dilaporkan pada hasil penelitian.

BAB 5. PENUTUP

Setelah membahas asuhan keperawatan post stroke iskemik pada lansia dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik di UPT PSTW Jember tahun 2018, pada bab ini penulis akan menyampaikan kesimpulan dan saran untuk perbaikan asuhan keperawatan ini.

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Dalam pengkajian asuhan keperawatan pada Ny.M mengalami stroke iskemik dikarenakan pola hidup yang kurang baik. Pola makan klien yang suka goreng-gorengan serta makanan berlemak dan tingkat stres klien dapat menjadi faktor pencetus terjadinya stroke iskemik. Tidak semua gejala terdapat pada klien, klien hanya mengalami hemiparesis dan ataksia. Pada Tn. S klien mengalami stroke iskemik dikarenakan faktor aktivitas yang terlalu berat, klien bekerja di sawah dan di pasar untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Pola makan yang berlemak klien, merokok, dan stres karena kebutuhan ekonomi menjadi faktor pencetus terjadinya stroke iskemik pada klien. Klien tidak mengalami semua gejala stroke iskemik, klien hanya mengalami hemiparesis dan ataksia.

5.1.2 Dalam diagnosa keperawatan Ny. M dan Tn. S keduanya mengalami hambatan mobilitas fisik. Hal ini disebabkan karena salah satu ekstremitas tubuh klien tidak dapat berfungsi dengan baik, dalam aktivitas sehari-hari pun klien mengalami kesulitan.

5.1.3 Dalam intervensi keperawatan Ny. M dan Tn. S dilakukan intervensi yang sama. Intervensi yang dilakukan adalah mengkaji kemampuan fungsional otot, mengganti posisi tiap dua jam terutama pada bagian yang sakit, memulai ROM aktif/pasif, mengevaluasi penggunaan dan kebutuhan terhadap bantuan posisi selama fase paralisis, membantu pasien duduk jika tanda-tanda vital stabil, menganjurkan pasien melakukan sisi yang sakit dengan ekstremitas yang sehat. Kriteria hasil yang diharapkan yaitu kontraktur otot berkurang, ankilosis pada

sendi berkurang, atrofi berkurang, dan klien mampu melakukan range of motion (ROM) aktif secara mandiri.

5.1.4 Dalam implementasi keperawatan pada Ny.M dan Tn. S dilakukan 3 kali dalam sehari. Pada pagi hari setelah sarapan pukul 08.00 WIB, setelah makan siang pukul 13.00 WIB, dan setelah makan sore pukul 17.00. Dalam pelaksanaan Range of Motion (ROM) peneliti juga memperdengarkan musik kesukaan klien sebagai terapi tambahan untuk merelaksasikan klien.

5.1.5 Dalam evaluasi keperawatan pada Ny. M dan Tn S belum mengalami peningkatan kekuatan otot dikarenakan lamanya klien menderita stroke dan tidak melakukan Range of Motion (ROM) dengan baik. Tetapi masalah keperawatan kedua klien teratasi sebgaiian karena klien dapat melakukan Range of Motion (ROM) aktif secara mandiri.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Petugas Kesehatan di UPT PSTW Jember

Untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang ada di UPT PSTW Jember maka diperlukan Standar Operasional Prosedure (SOP) untuk memberikan asuhan keperawatan terutama yang berkaitan dengan post stroke iskemik pada lansia dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik. Serta untuk lebih meningkatkan kompetensi dan skill perawat dalam melaksanakan intervensi stroke iskemik fisik pada lansia yang mengalami hambatan mobilitas.

5.2.2 Bagi Penulis Selanjutnya

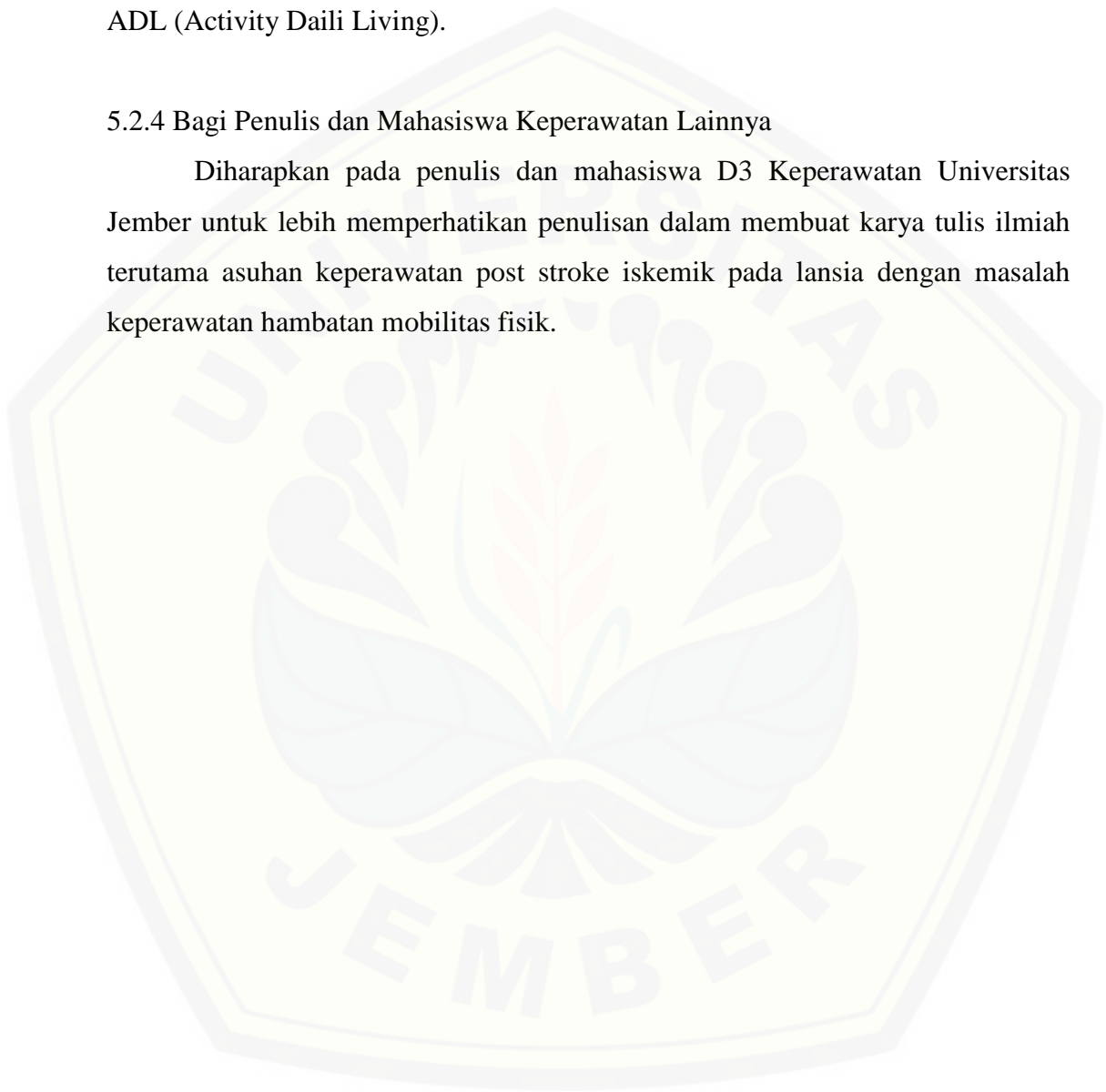
Untuk mengembangkan karya tulis ilmiah tentang asuhan keperawatan post stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik di UPT PSTW Jember diharapkan penulis selanjutnya menggunakan sumber-sumber referensi yang lebih terbaru agar pengetahuan yang didapatkan lebih luas dan tidak ketinggalan dengan penulis lain.

5.2.3 Bagi Pasien

Diharapkan pada lansia yang mengalami stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik dapat melakukan intervensi secara mandiri untuk mengurangi paralisis yang diakibatkan stroke iskemik dan meningkatkan ADL (Activity Daili Living).

5.2.4 Bagi Penulis dan Mahasiswa Keperawatan Lainnya

Diharapkan pada penulis dan mahasiswa D3 Keperawatan Universitas Jember untuk lebih memperhatikan penulisan dalam membuat karya tulis ilmiah terutama asuhan keperawatan post stroke iskemik pada lansia dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik.



DAFTAR PUSTAKA

- April, T. (2012). Sistem Neurobehavior. Jakarta: Salemba Medika.
- Asmadi. (2008). Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien. Jakarta: Salemba Medika.
- Aspiani, R. (2014). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Gerontik. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Bakara, D. (2016). Latihan Range of Motion (ROM) Pasif Terhadap Rentang Sendi Pasien Pasca Stroke. *Idea Nursing Journal* , 17.
- Batticaca, F. B. (2012). Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Persyarafan. Jakarta: Salemba Medika.
- Dewi. (2013). Analisis Praktek Klinik Keperawatan Kesehatan Masyarakat Perkotaan Pada Nenek Y Dengan Masalah Hambatan Mobilitas Fisik Di Wisma Bungur Sasana Tresna Werdha Karya Bhakti. 22-25.
- Doenges, M. (2014). Manual Diagnosis Keperawatan. Jakarta: EGC.
- Herdman & Kamitsuru. (2015). Diagnosis Keperawatan: definisi & klasifikasi 2015-2017. Jakarta: EGC
- Indrawati, L. (2016). Care Yourself Stroke Cegah dan Obati Sendiri. Jakarta: Penebar Swadaya Grup.
- Misbach, J. (2007). Unit Stroke Manajemen Stroke Secara Komprehensif. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Mubarak. (2015). Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar. Jakarta: Salemba Medika.
- Mukhtarom. (2016). Analisa asuan Keperawatan Gerontk dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Cendana Rumah Sakit Prof. dr. Margono Soekarjo Purwokerto.
- Munir, B. (2015). Neurologi Dasar. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Muttaqin, A. (2012). Pengantar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan. Jakarta: Salemba Medika.
- Muttaqin, A. (2011). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan. Jakarta: Salemba Medika.
- Njoto, E. (2014). Mengenali Depresi Pada Usia Lanjut Penggunaan Geriatric Depression Scale (GDS) Untuk Menunjang Diagnosis.
- Nugroho, W. (2008). Keperawatan Gerontik & Geriatrik. Jakarta : EGC.
- Nursalam. (2009). Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik dalam Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Octaviani, R. (2017). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Lanjut Usia Pasca Stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Gajahan Surakarta. 2.
- Ode..(2012). Asuhan Keperawatan Gerontik. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Potter. (2007). Buku Ajar Fundamental Keperawatan 4. Jakarta: EGC.
- Pradana, M. (2016). Upaya Peningkatan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Non Hemoragik di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro.
- Purnomo. (2016). Angka Kejadian Afasia Pada Stroke di Instalasi Rehabilitas Medik RSUP Prof. Dr. R. D. Kandon Manado Tahun 2015. *Jurnal e-Clinic (eCI)* .

- Rahayu, K. (2015). Pengaruh Pemberian Latihan Range of Motion (ROM) Terhadap Kemampuan Motorik Pada Pasien Post Stroke di RSUD Gambiran. 105.
- Riset Kesehatan Dasar 2013. (2013). Badan Penelitian dan Pengembangan kesehatan kementerian Kesehatan RI Tahun 2013 , hal. 91.
- Riyanto. (2007). Panduan Praktis Diagnosis dan Tata Laksana Penyakit Saraf. Jakarta: EGC.
- Rizaldy, P. (2010). AWAS STROKE ! Pengertian, Gejala, Tindakan, Perawatan, dan pencegahan. Yogyakarta: ANDI OFFSET.
- Rohmah. (2014). Proses Keperawatan. Jogjakarta: Ar-Ruzz Media.
- Satyanegara. (2014). Ilmu Bedah Saraf. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Setiadi. (2013). Konsep dan Praktik Penulisan Riset Keperawatan. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Setiyowati, E. (2016). Intervensi Latihan Range of Motion (ROM) Aktif Pada Ekstremitas Atas Terhadap Perubahan Emosional Pada Pasien Paca Stroke di Poli Saraf Rumah Sakit Islam Surabaya. Jurnal Ilmiah Kesehatan , 193.
- Simbolon. (2016). Deteksi Dini Penyakit Tidak Menular. Yogyakarta: CV Budi Utama.
- Sulansi. (2015). Stroke Menurut Persepsi Pasie di RSUD Ende Kupang.
- Sunaryo. (2016). Asuhan Keperawatan Gerontik. Yogyakarta: CV ANDI OFFSET.
- Tumewah, R. (2015). Gambaran Faktor Resiko Pada Penderita Stroke Iskemik yang Dirawat Inap Neurologi RSUP Prof. dr. R. D. Kandou Manado . Jurnal e-Clinic , 457.
- Wahyu. (2009). Stroke Hanya Menyerang Orang Tua? Yogyakarta: B First.
- Wardhani. (2014). Jurnal Berkala Epidemiologi. Faktor yang Berhubungan dengan Pengetahuan Tentang Stroke Pada Pekerja Institusi Pendidikan Tinggi , 15.
- Wulan. (2008). Dangerous Junk Food. Yogyakarta: O2.
- Widagdo. (2008). Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem. Jakarta: Trans Info Media.
- Wijanarko. (2014). Pengaruh Terapi Musik Klasik Terhadap Pasien Stroke Yng Menjalani Latihan Range Of Motion (ROM) Pasif.
- Yasmara. (2016). Rencana Asuhan Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta: EGC.

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

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Siti Maimunah
 Umur : 66 th
 Jenis kelamin : Perempuan
 Alamat : Wates. Jl. Colloaminato - Jember
 Pekerjaan : -

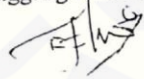
Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan Stroke Iskemik Pada Lansia Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di UPT PSTW Jember Tahun 2018”

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

Jember, 30 Januari 2018

Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian



Fandi Ahmad Kurniawan Setia Budi
NIM. 152303101081

Yang Menyetujui,
Peserta Penelitian



(Siti Maimunah)

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

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Suhaduk
 Umur : 50
 Jenis kelamin : Laki-laki
 Alamat : Kaliungu - Tempo - Lumajang
 Pekerjaan : Petani

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

"Asuhan Keperawatan Stroke Iskemik Pada Lansia Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di UPT PSTW Jember Tahun 2018"

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

Jember, 1 Februari 2018

Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian



Fandi Ahmad Kurniawan Setia Budi
NIM. 152303101081

Yang Menyetujui,
Peserta Penelitian



(Suhaduk)

JADWAL PENYELENGGARAAN PROPOSAL DAN KARYA TULIS ILMIAH: LAPORAN KASUS

KETERANGAN	TAHUN 2017																TAHUN 2018															
	FEB				MAR-OKT				NOV				DES				JAN - MARET				APRIL- 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
Informasi Penelitian																																
Konfirmasi Penelitian																																
Konfirmasi Judul																																
Penyusunan Proposal Studi Kasus																																
Sidang Proposal																																
Revisi																																
Pengumpulan Data																																
Konsul Penyusunan Data																																
Ujian Sidang																																
Revisi																																
Pengumpulan Studi Kasus																																



STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR
ROM (*Range of Motion*)

Disusun Oleh :

Fandi Ahmad Kurniawan Setia Budi

152303101081

KEMENTRIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI

UNIVERSITAS JEMBER

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN

2018

ROM (*Range of Motion*)

1. Pengertian

ROM (*Range of Motion*) adalah jumlah maksimum gerakan yang mungkin dilakukan sendi pada salah satu dari tiga potongan tubuh, yaitu sagital, transversal, dan frontal. Potongan sagital adalah garis yang melewati tubuh dari depan ke belakang, membagi tubuh menjadi bagian kiri dan kanan. Potongan frontal melewati tubuh dari sisi ke sisi dan membagi tubuh menjadi bagian depan ke belakang. Potongan transversal adalah garis horizontal yang membagi tubuh menjadi bagian atas dan bawah. Mobilisasi sendi disetiap potongan dibatasi oleh ligamen, otot, dan konstruksi sendi. Beberapa gerakan sendi adalah spesifik untuk setiap potongan. Pada potongan sagital, gerakannya adalah fleksi dan ekstensi (jari-jari tangan dan siku) dan hiperekstensi (pinggul) . (Potter & Perry, 2007)

2. Manfaat ROM (*Range Of Motion*)

Adapun manfaat dari ROM (*Range Of Motion*), yaitu :

1. Menentukan nilai kemampuan sendi tulang dan otot dalam melakukan pergerakan
2. Mengkaji tulang, sendi, dan otot
3. Mencegah terjadinya kekakuan sendi
4. Memperlancar sirkulasi darah
5. Memperbaiki tonus otot
6. Meningkatkan mobilisasi sendi
7. Memperbaiki toleransi otot untuk
8. Meningkatkan kekuatan otot usia lanjut (Mubarak, 2015)

3. Prinsip dasar latihan ROM

1. Prinsip dasar latihan ROM yaitu :
2. ROM harus diulang sekitar 5 kali dan dikerjakan minimal 3 kali sehari.

3. ROM dilakukan perlahan dan hati-hati sehingga tidak melelahkan
4. Dalam merencanakan program latihan ROM, perhatikan umur pasien, diagnosis, tanda vital, dan lamanya tirah baring
5. Bagian-bagian tubuh yang dapat dilakuan latihan ROM adalah leher, jari, lengan, siku, bahu, tumit, kaki, dan pergelangan kaki
6. ROM dapat dilakukan pada semua persendian atau hanya pada bagian-bagian yang dicurigai mengalami proses penyakit
7. Melakukan ROM harus sesuai waktunya, misalnya setelah mandi

4. Gerakan-Gerakan ROM

a. Fleksi dan Ekstensi Pergelangan Tangan

Cara :

1. Jelaskan prosedur yang kan dilakukan
2. Atur posisi lengan pasien dengan menjauhi sisi tubuh dan siku menekuk dengan lengan.
3. Pegang tangan pasien dengan satu tang dan tangan yang lain memegang pergelangan tangan pasien.
4. Tekuk tangan pasien ke depan sejauh mungkin.
5. Catat perubahan yang terjadi.



b. Fleksi dan Ekstensi Siku

Cara :

1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.
2. Atur posisi lengan pasien dengan menjauhi sisi tubuh dengan telapak mengarah ke tubuhnya.
3. Letakkan tangan di atas siku pasien dan pegang tangannya mendekat bahu.

4. Lakukan dan kembalikan ke posisi sebelumnya.
5. Catat perubahan yang terjadi.



c. Pronasi dan Supinasi Lengan Bawah

Cara :

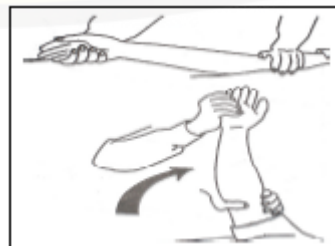
1. Jelaskan Prosedur yang akan dilakukan.
2. Atur posisi lengan bawah menjauhi tubuh pasien dengan siku menekuk.
3. Letakkan satu tangan perawat pada pergelangan pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.
4. Putar lengan bawah pasien sehingga telapaknya menjauhinya.
5. Kembalikan ke posisi semula.
6. Putar lengan bawah pasien sehingga telapak tangannya menghadap ke arahnya.
7. Kembalikan ke posisi semula.
8. Catat perubahan yang terjadi.



d. Pronasi Fleksi Bahu

Cara :

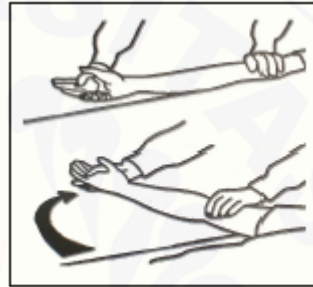
1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.
2. Atur posisi tangan pasien disisi tubuhnya.
3. Letakkan satu tangan perawat di atas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.
4. Angkat lengan pasien pada posisi semula.
5. Catat perubahan yang terjadi.



e. Abduksi dan Adduksi Bahu

Cara :

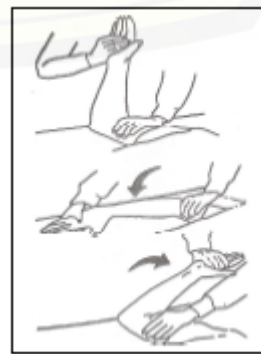
1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.
2. Atur posisi lengan pasien di samping badannya.
3. Letakkan satu tangan perawat di atas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.
4. Gerakkan lengan pasien menjauh dari tubuhnya kearah perawat (Abduksi).
5. Gerakkan lengan pasien mendekati tubuhnya (Adduksi)
6. Kembalikan ke posisi semula.
7. Catat perubahan yang terjadi.



f. Rotasi Bahu

Cara :

1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.
2. Atur posisi lengan pasien menjauhi tubuh dengan siku menekuk.
3. Letakkan satu tangan perawat di lengan atas pasien dekat siku dan pegang tangan pasien dengan tangan yang lain.
4. Gerakkan lengan bawah ke bawah sampai menyentuh tempat tidur, telapak tangan menghadap ke bawah. Kembalikan posisi lengan ke posisi semula.
5. Gerakkan lengan bawah ke belakang sampai menyentuh tempat tidur, telapak tangan menghadap ke atas.
6. Kembalikan lengan ke posisi semula.
7. Catat perubahan yang terjadi.



g. Fleksi dan Ekstensi Jari-jari

Cara :

1. Jelaskan prosedur yang akan di lakukan.
2. Pegang jari-jari kaki pasien dengan satu tangan, sementara yang lain memegang kaki.
3. Bengkokkan (tekuk) jari-jari kaki ke bawah
4. Luruskan jari-jari kemudian dorong ke belakang.
5. Kembalikan ke posisi semula.
6. Catat perubahan yang terjadi.



h. Infersi dan efersi kaki

Cara :

1. Jelaskan prosedur yang akan di lakukan.
2. Pegang separuh bagian atas kaki pasien dengan satu jari dan pegang pergelangan kaki dengan tangan satunya.
3. Putar kaki ke dalam sehingga telapak kaki menghadap ke kaki lainnya.
4. Kembalikan ke posisi semula
5. Putar kaki keluar sehingga bagian telapak kaki menjauhi kaki yang lain.
6. Kembalikan ke posisi semula.
7. Catat perubahan yang terjadi.



i. Fleksi dan ekstensi pergelangan Kaki

Cara ;

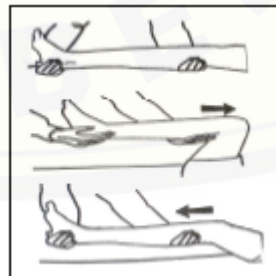
1. Jelaskan prosedur yang akan di lakukan.
2. Letakkan satu tangan perawat pada telapak kaki pasien dan satu tangan yang lain di atas pergelangan kaki. Jaga kaki lurus dan rilek.
3. Tekuk pergelangan kaki, arahkan jari-jari kaki ke arah dada pasien.
4. Kembalikan ke posisi semula.
5. Tekuk pergelangan kaki menjauhi dada pasien.
6. Catat perubahan yang terjadi.



j. Fleksi dan Ekstensi lutut.

Cara :

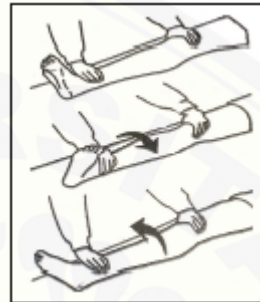
1. Jelaskan prosedur yang akan di lakukan.
2. Letakkan satu tangan di bawah lutut pasien dan pegang tumit pasien dengan tangan yang lain.
3. Angkat kaki, tekuk pada lutut dan pangkal paha.
4. Lanjutkan menekuk lutut ke arah dada sejauh mungkin.
5. Ke bawahkan kaki dan luruskan lutut dengan mengangkat kaki ke atas.
6. Kembali ke posisi semula.
7. Catat perubahan yang terjadi.



k. Rotasi pangkal paha

Cara :

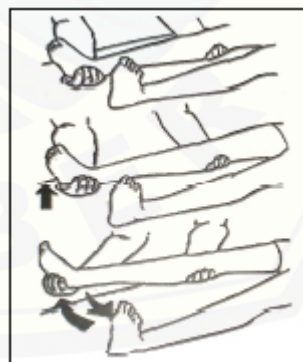
1. Jelaskan prosedur yang akan di lakukan.
2. Letakkan satu tangan perawat pada pergelangan kaki dan satu tangan yang lain di atas lutut. Putar kaki menjauhi perawat.
3. Putar kaki ke arah perawat.
4. Kembalikan ke posisi semula.
5. Catat perubahan yang terjadi.



l. Abduksi dan Adduksi pangkal paha.

Cara :

1. Jelaskan prosedur yang akan di lakukan.
2. Letakkan satu tangan perawat di bawah lutut pasien dan satu tangan pada tumit.
3. Jaga posisi kaki pasien lurus, angkat kaki kurang lebih 8 cm dari tempat tidur, gerakkan kaki menjauhi badan pasien.
4. Gerakkan kaki mendekati badan pasien.
5. Kembalikan ke posisi semula.
6. Catat perubahan yang terjadi.



5. Standar Operasional Prosedur ROM Pasif

Persiapan alat	1. Handscoen
Prosedur pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none">1. Kaji sistem muskuloskeletal klien2. Kaji kekuatan otot3. Validasi identitas klien4. Jelaskan tujuan dan prosedur ROM yang akan dilakukan5. Cuci tangan 6 langkah dan pakai handscoen6. Fleksi dan ekstensi pergelangan tangan7. Fleksi dan ekstensi siku8. Pronasi dan supinasi bahu9. Fleksi dan ekstensi bahu10. Pronasi fleksi bahu11. abduksi dan adduksi bahu12. Rotasi bahu13. Fleksi dan ekstensi jari-jari kaki14. Infersi dan efersi kaki15. Fleksi dan ekstensi pergelangan kaki16. Fleksi dan ekstensi lutut17. Rotasi pangkal paha18. Abduksi dan adduksi pangkal paha19. Pergerakan dilakukan dengan perlahan dan lembut, tidak boleh menyebabkan nyeri20. Tidak boleh memaksakan sendi melebihi kemampuannya21. Setiap gerakan harus diulang 5 kali dan latihan ROM dilakukan 3 kali sehari22. Kaji kembali kekuatan otot klien23. Melakukan terminasi24. Lepas handscoen, cuci tangan

DAFTAR PUSTAKA

Mubarak. (2015). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar*. Jakarta: Salemba Medika.

Potter. (2007). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan 4*. Jakarta: EGC.





BOOKLET STROKE ISKEMIK

Disusun Oleh :

Fandi Ahmad Kurniawan Setia Budi

152303101081

KEMENTRIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI

UNIVERSITAS JEMBER

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN

2018

Stroke Iskemik

1. Definisi

Stroke iskemik adalah tanda klinis disfungsi atau kerusakan jaringan otak yang disebabkan kurangnya aliran darah ke otak sehingga mengganggu kebutuhan darah dan oksigen di otak (Tumewah, 2013).

2. Faktor Resiko

Faktor resiko stroke dibagi menjadi 2 macam yaitu:

a. Faktor resiko yang tidak bisa dimodifikasi seperti:

1. Usia: semakin bertambahnya usia seseorang maka akan semakin beresiko terkena serangan stroke
2. Jenis kelamin: laki-laki cenderung lebih beresiko karena berkaitan dengan pekerjaan dan aktivitas yang dilakukan
3. Keturunan atau genetik: ketidaknormalan pembuluh darah yang menyuplai otak seperti aneurisma dan malformasi arteriovenosa (kelainan pembuluh darah arteri dan vena) adalah sesuatu yang dimiliki seseorang sejak lahir.
4. Ras/warna kulit: orang berkulit hitam memiliki resiko lebih besar terkena stroke daripada orang kulit putih.



Faktor resiko yang dapat diubah yaitu

1. Hipertensi

Jika hipertensi tidak dikontrol dengan baik maka jantung akan mengalami kerusakan dan bagian dalam dinding arteri beresiko tinggi tertimbun lemak. Secara perlahan, otak mengalami resiko penyumbatan aliran darah yang menyebabkan infark.

2. Diabetes melitus

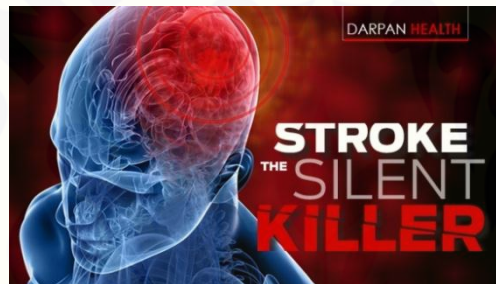
Diabetes melitus menyebabkan terbentuknya deposit lemak di dalam arteri, terutama di arteri kecil di otak yang meningkatkan kemungkinan pembuluh darah ini tertutup dan menyebabkan stroke.

3. Dislipidemia

Jumlah lemak jenuh atau LDL (*Low Density Lipoprotein*) akan beresiko menimbulkan plak pada pembuluh darah sehingga akan menyumbat sirkulasi darah.

4. Obesitas

Obesitas merupakan faktor resiko yang berkaitan erat dengan kelebihan lemak dalam tubuh sehingga beresiko mengalami penyumbatan pembuluh darah.



5. Merokok

Merokok dapat mempengaruhi abnormalitas pembuluh darah.

6. Stress

Shock yang mendadak dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah mendadak yang kemudian mengakibatkan pembuluh darah menyempit (Munir, 2015).

3. Etiologi

A. Trombosis serebral

Arteriosklerosis serebral dan perlambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama trombosis serebral yang merupakan penyebab paling umum dari stroke. Tanda-tanda trombosis serebral bervariasi. Sakit kepala adalah onset yang tidak umum. Beberapa pasien dapat mengalami pusing perubahan kognitif atau kejang, dan beberapa mengalami onset yang tidak dapat dibedakan dari hemoragi intraserebral atau embolisme serebral. Secara umum, trombosis serebral tidak terjadi secara tiba-tiba dan kehilangan bicara sementara, hemiplegia atau

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



B. Embolisme serebral

Embolus biasanya menyumbat arteri serebral tengah atau cabang-cabangnya sehingga merusak sirkulasi serebral. Onset hemiparesis atau hemiplegia tiba-tiba dengan afasia, tanpa afasia atau kehilangan kesadaran pada pasien dengan penyakit jantung atau pulmonal adalah karakteristik dari embolisme serebral. (April, 2012).

4. Patofisiologi

Iskemik pada otak akan mengakibatkan perubahan pada sel neuron otak secara bertahap. Tahap pertama diawali dengan penurunan aliran darah sehingga menyebabkan sel-sel neuron akan kekurangan oksigen dan nutrisi. Hal ini menyebabkan kegagalan metabolisme dan penurunan energi yang dihasilkan oleh sel neuron tersebut. Sedangkan pada tahap II, ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen tersebut memicu respon inflamasi dan diakhiri dengan kematian sel serta apoptosis terhadapnya. Proses cedera pada susunan saraf pusat ini menyebabkan berbagai hal, antara lain gangguan permeabilitas pada sawar darah otak, kegagalan energi (Yasmara, 2016).

5. Manifestasi klinis

A. Defisit lapang penglihatan

1. *Homonimus hemianopsi* (kehilangan setengah lapang penglihatan)

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

2. Kehilangan penglihatan perifer

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

3. Diplopia

Penglihatan ganda.

B. Defisit motorik.

1. Hemiparesis

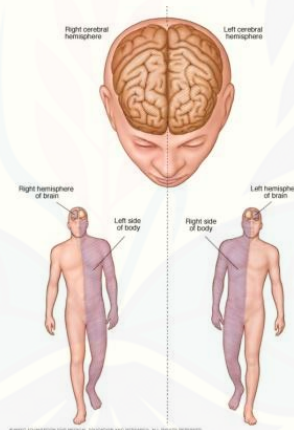
Kelemahan wajah, lengan, dan kaki pada sisi yang sama. Paralisis wajah (karena lesi pada hemisfer yang berlawanan).

2. Ataksia

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

3. Disfagia

Kesulitan dalam menelan.



C. Defisit verbal

1. Afasia ekspresif

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

2. Afasia reseptif

Tidak mampu memahami kata yang dibicarakan, mampu bicara tapi tidak masuk akal.

3. Afasia global

Kombinasi baik afasia reseptif dan ekspresif.

4. Disartria

Kesulitan dalam membentuk kata.

D. Defisit kognitif

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

E. Defisit emosional

Penderita akan mengalami kontrol diri, labilitas emosional, penurunan toleransi pada situasi yang menimbulkan stres, depresi, menarik diri, rasa takut, bermusuhan dan marah, serta perasaan isolasi (April, 2012).



6. Pemeriksaan penunjang

- 1 Pemeriksaan darah: darah lengkap, LED, GDA, kolesterol
- 2 Elektrokardiografi: untuk melihat ada tidaknya miokard infark, aritmia, atrial fibrilasi yang dapat menjadi faktor peredisposisi pada stroke.
- 3 CT-scan atau MRI: untuk membedakan apakah stroke disebabkan oleh infark ataupun perdarahan
- 5 Echocardiografi: untuk melihat ada tidaknya kelainan jantung yang dapat menyebabkan stroke emboli (Munir, 2015).

7. Penatalaksanaan

1 Terapi non farmakologi

- a. Kendalikan tekanan darah tinggi
- b. Mengurangi asupan kolesterol dan lemak jenuh
- c. Tidak merokok
- d. Kontrol diabetes dan berat badan
- e. Olahraga teratur dan mengurangi stress
- f. Konsumsi makanan kaya serat

2 Terapi farmakologi

- a. Terapi antikoagulan. Kontraindikasi pemberian terapi anti koagulan pada klien dengan riwayat *ulkus, uremia dan kegagalan hepar*
- b. *Obat- obatan golongan tissue plasminogen activator (TPA) sebagai trombolitik dalam waktu 3 jam setelah terjadi stroke*
- c. Obat-obatan golongan aspirin dan heparin untuk mencegah terbentuknya kembali trombus.
- d. Untuk menjaga sel-sel otak di daerah penumbra tetap hidup. Diguakan obat-obatan yang berfungsi meningkatkan daya tahan otak dari stroke. Obat-obatan ini disebut *neuroprotektif* seperti golongan barbiturate, obat penyekat saluran kalsium, obat naloxone, dan antagonis opioid (Wahyu, 2009).

ROM (*Range of Motion*)

1. Pengertian

ROM (*Range of Motion*) adalah jumlah maksimum gerakan yang mungkin dilakukan sendi pada salah satu dari tiga potongan tubuh, yaitu sagital, transversal, dan frontal. Potongan sagital adalah garis yang melewati tubuh dari depan ke belakang, membagi tubuh menjadi bagian kiri dan kanan. Potongan frontal melewati tubuh dari sisi ke sisi dan membagi tubuh menjadi bagian depan ke belakang. Potongan transversal adalah garis horizontal yang membagi tubuh menjadi bagian atas dan bawah. Mobilisasi sendi disetiap potongan dibatasi oleh ligamen, otot, dan konstruksi sendi. Beberapa gerakan sendi adalah spesifik untuk setiap potongan. Pada potongan sagital, gerakannya adalah fleksi dan ekstensi (jari-jari tangan dan siku) dan hiperekstensi (pinggul) (Potter & Perry, 2007)

2. Manfaat ROM (*Range Of Motion*)

Adapun manfaat dari ROM (*Range Of Motion*), yaitu:

- 1 Menentukan nilai kemampuan sendi tulang dan otot dalam melakukan pergerakan
- 2 Mengkaji tulang, sendi, dan otot
- 3 Mencegah terjadinya kekakuan sendi
- 4 Memperlancar sirkulasi darah
- 5 Memperbaiki tonus otot
- 6 Meningkatkan mobilisasi sendi
- 7 Memperbaiki toleransi otot untuk
- 8 Meningkatkan kekuatan otot usia lanjut (Mubarak, 2015)

3. Prinsip dasar latihan ROM

- 1 Prinsip dasar latihan ROM yaitu:
- 2 ROM harus diulang sekitar 5 kali dan dikerjakan minimal 3 kali sehari.
- 3 ROM dilakukan perlahan dan hati-hati sehingga tidak melelahkan

- 4 Dalam merencanakan program latihan ROM, perhatikan umur pasien, diagnosis, tanda vital, dan lamanya tirah baring
- 5 Bagian-bagian tubuh yang dapat dilakukan latihan ROM adalah leher, jari, lengan, siku, bahu, tumit, kaki, dan pergelangan kaki
- 6 ROM dapat dilakukan pada semua persendian atau hanya pada bagian-bagian yang dicurigai mengalami proses penyakit
- 7 Melakukan ROM harus sesuai waktunya, misalnya setelah mandi

4. Gerakan-Gerakan ROM

a. Fleksi dan Ekstensi Pergelangan Tangan

Cara :

- 1 Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- 2 Atur posisi lengan pasien dengan menjauhi sisi tubuh dan siku menekuk dengan lengan.
- 3 Pegang tangan pasien dengan satu tang dan tangan yang lain memegang pergelangan tangan pasien.
- 4 Tekuk tangan pasien ke depan sejauh mungkin.
- 5 Catat perubahan yang terjadi.



b. Fleksi dan Ekstensi Siku

Cara :

- 1 Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.
- 2 4Atur posisi lengan pasien dengan menjauhi sisi tubuh dengan telapak mengarah ke tubuhnya.
- 3 Letakkan tangan di atas siku pasien dan pegang tangannya mendekat bahu.

- 4 Lakukan dan kembalikan ke posisi sebelumnya.
- 5 Catat perubahan yang terjadi.



c. Pronasi dan Supinasi Lengan Bawah

Cara :

- 1 Jelaskan Prosedur yang akan dilakukan.
- 2 Atur posisi lengan bawah menjauhi tubuh pasien dengan siku menekuk.
- 3 Letakkan satu tangan perawat pada pergelangan pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.
- 4 Putar lengan bawah pasien sehingga telapaknya menjauhinya.
- 5 Kembalikan ke posisi semula.
- 6 Putar lengan bawah pasien sehingga telapak tangannya menghadap ke arahnya.
- 7 Kembalikan ke posisi semula.
- 8 Catat perubahan yang terjadi.

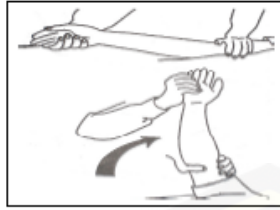


d. Pronasi Fleksi Bahu

Cara :

- 1 Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.
- 2 Atur posisi tangan pasien disisi tubuhnya.
- 3 Letakkan satu tangan perawat di atas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.
- 4 Angkat lengan pasien pada posisi semula.

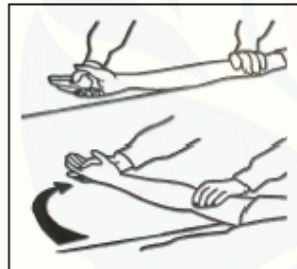
- 5 Catat perubahan yang terjadi.



e. Abduksi dan Adduksi Bahu

Cara :

- 1 Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.
- 2 Atur posisi lengan pasien di samping badannya.
- 3 Letakkan satu tangan perawat di atas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.
- 4 Gerakkan lengan pasien menjauh dari tubuhnya kearah perawat (Abduksi).
- 5 Gerakkan lengan pasien mendekati tubuhnya (Adduksi)
- 6 Kembalikan ke posisi semula.
- 7 Catat perubahan yang terjadi.

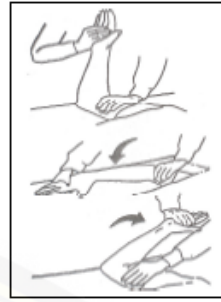


f. Rotasi Bahu

Cara :

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

6. Kembalikan lengan ke posisi semula.
7. Catat perubahan yang terjadi.



g. Fleksi dan Ekstensi Jari-jari

Cara :

1. Jelaskan prosedur yang akan di lakukan.
2. Pegang jari-jari kaki pasien dengan satu tangan, sementara yang lain memegang kaki.
3. Bengkokkan (tekuk) jari-jari kaki ke bawah
4. Luruskan jari-jari kemudian dorong ke belakang.
5. Kembalikan ke posisi semula.
6. Catat perubahan yang terjadi.

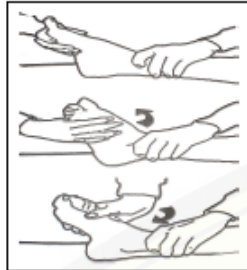


h. Infersi dan efersi kaki

Cara :

1. Jelaskan prosedur yang akan di lakukan.
2. Pegang separuh bagian atas kaki pasien dengan satu jari dan pegang pergelangan kaki dengan tangan satunya.
3. Putar kaki ke dalam sehingga telapak kaki menghadap ke kaki lainnya.
4. Kembalikan ke posisi semula
5. Putar kaki keluar sehingga bagian telapak kaki menjauhi kaki yang lain.

6. Kembalikan ke posisi semula.
7. Catat perubahan yang terjadi.



i. Fleksi dan ekstensi pergelangan Kaki

Cara ;

1. Jelaskan prosedur yang akan di lakukan.
2. Letakkan satu tangan perawat pada telapak kaki pasien dan satu tangan yang lain di atas pergelangan kaki. Jaga kaki lurus dan rilek.
3. Tekuk pergelangan kaki, arahkan jari-jari kaki ke arah dada pasien.
4. Kembalikan ke posisi semula.
5. Tekuk pergelangan kaki menjauhi dada pasien.
6. Catat perubahan yang terjadi.

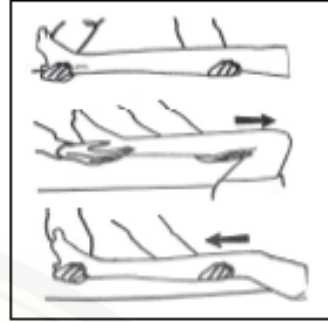


j. Fleksi dan Ekstensi lutut.

Cara :

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

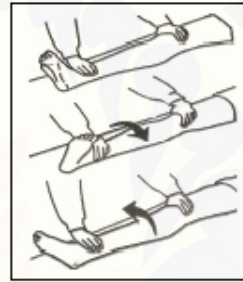
- 6 Kembali ke posisi semula.
- 7 Catat perubahan yang terjadi.



k. Rotasi pangkal paha

Cara :

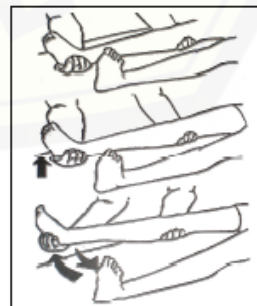
- 1 Jelaskan prosedur yang akan di lakukan.
- 2 Letakkan satu tangan perawat pada pergelangan kaki dan satu tangan yang lain di atas lutut. Putar kaki menjauhi perawat.
- 3 Putar kaki ke arah perawat.
- 4 Kembalikan ke posisi semula.
- 5 Catat perubahan yang terjadi.



l. Abduksi dan Adduksi pangkal paha.

Cara :

- 1 Jelaskan prosedur yang akan di lakukan.
- 2 Letakkan satu tangan perawat di bawah lutut pasien dan satu tangan pada tumit.
- 3 Jaga posisi kaki pasien lurus, angkat kaki kurang lebih 8 cm dari tempat tidur, gerakkan kaki menjauhi badan pasien.
- 4 Gerakkan kaki mendekati badan pasien.
- 5 Kembalikan ke posisi semula.
- 6 Catat perubahan yang terjadi.



Terapi Musik Klasik Pada Pasien Stroke Yang Menjalani Latihan ROM (*Range of Motion*)

Program rehabilitasi pasca-stroke dapat dilakukan dengan terapi komplementer seperti teknik relaksasi. Penggunaan teknik relaksasi seperti musik juga dapat diterapkan pada pasien stroke yang akan memberikan efek emosional positif dan terlihat lebih kooperatif dalam menjalankan program rehabilitasi. Pemberian terapi musik juga dapat memperbaiki mood, emosi, interaksi sosial, dan pemulihan yang lebih cepat pada pasien stroke. rangsangan musik juga mengaktifasi jalur spesifik di dalam otak, seperti sistem limbik yang berhubungan langsung dengan perilaku emosional, saat sistem limbik ini teraktivasi, pasien akan menjadi rileks.

Saat kondisi seseorang dalam keadaan rileks, maka otot-otot pada tubuh akan terstimulus menjadi relaksasi yang mengakibatkan ketegangan pada otot dapat menurun. Terjadinya penurunan ketegangan otot diharapkan mampu membuat pasien stroke menjalani rehabilitasi lebih optimal. Musik mengurangi ketegangan otot dan memperbaiki gerak serta koordinasi tubuh, dimana melalau saraf otonom, saraf pendengaran yang menghubungkan telinga dalam dengan semua otot dalam tubuh. Oleh karena itu musik dapat mempengaruhi kelenturan, kekuatan, dan ketegangan otot. Musik juga mengaktifasi pelepasan hormon-hormon yang ada didalam tubuh. Salah satunya adalah hormon endorphine yang berfungsi membuat seseorang menjadi rileks dan dalam kondisi nyaman yang akan membuat fungsi kerja otak seseorang dapat maksimal.

Dan pada penelitian ini derajat kekuatan otot pada responden sebelum diberikan latihan ROM pasif berada pada rentang 0 sampai 3. Derajat kekuatan otot tertinggi pada responden setelah diberikan latihan ROM pasif yang dikombinasikan dengan terapi musik klasik adalah 5, sedangkan pada responden yang hanya diberikan latihan ROM pasif saja adalah 4 (Wijanarko, 2014)

Daftar pustaka

- April, T. (2012). *Sistem Neurobehavior*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mubarak. (2015). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar*. Jakarta: Salemba Medika.
- Munir, B. (2015). *Neurologi Dasar*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Potter. (2007). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan 4*. Jakarta: EGC.
- Tumewah, R. (2013). Gambaran Faktor Risiko Pada Penderita Stroke Iskemik yang dirawat Inap Neurologi RSUP PROF. Dr. R. D. Kandou Manado.
- Wahyu, G. (2009). *Stroke Hanya Menyerang Orang Tua?* Yogyakarta: B First.
- Wijanarko. (2014). Pengaruh Terapi Musik Klasik Terhadap Pasien Stroke Yng Menjalani Latihan Range Of Motion (ROM) Pasif.
- Yasmara, D. (2016). *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.



Stroke Iskemik

Oleh :

Fandi Ahmad K.S.B

Universitas Jember

Program Studi D3 Keperawatan

2018

Pengertian

Stroke iskemik adalah kerusakan jaringan otak yang disebabkan kurangnya aliran darah ke otak sehingga mengganggu kebutuhan darah dan oksigen di otak (Tumewah, 2013)

Faktor Resiko

1. Faktor yang tidak dapat diubah: usia, jenis kelamin, ras, genetik
2. Faktor yang dapat diubah: hipertensi, diabetes mellitus, merokok, dislipidemia, obesitas

Tanda Gejala

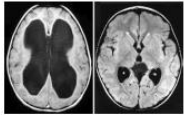
- 1 Kelumpuhan satu atau seluruh bagian tubuh
- 2 Sulit mengucapkan kata-kata mata rabun, penglihatan ganda
- 3 Kehilangan kesadaran
- 4 Kehilangan memori jangka pendek
- 5 Sulit berkonsentrasi



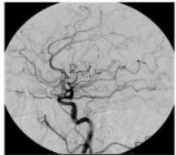
PEMERIKSAAN PENUNJANG



Laboratorium: darah lengkap, LED, GDA, kolesterol



MRI atau CT scan: menentukan jenis stroke



Cerebral Angiografi: menentukan letak lesi



EKG: melihat irama jantung yang tidak normal

Pengobatan

➔ Non Farmakologi/tanpa obat-obatan

Berhenti merokok



Kontrol berat badan



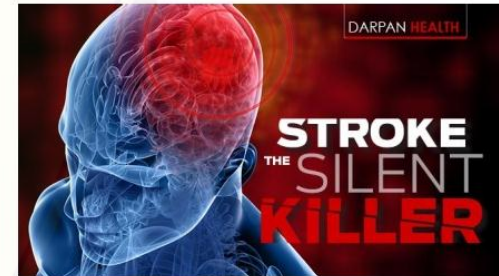
Makan makanan bergizi, rendah lemak dan garam



Rutin berolahraga dan hindari stress

➔ Farmakologi/dengan obat-obatan

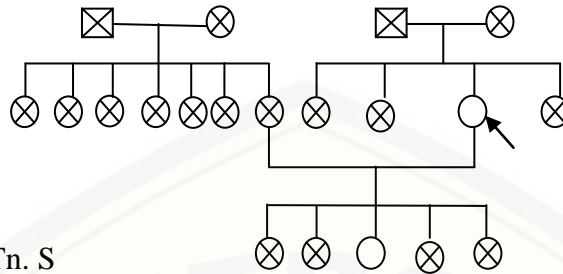
- ⦿ Terapi antikoagulan
- ⦿ Obat-obatan golongan *tissue plasminogen activator (TPA)*
- ⦿ Obat-obatan golongan aspirin dan heparin
- ⦿ *Obat-obatan neuroprotektif* seperti golongan barbiturate, obat penyekat saluran kalsium, obat naloxone, dan antagonis opioid



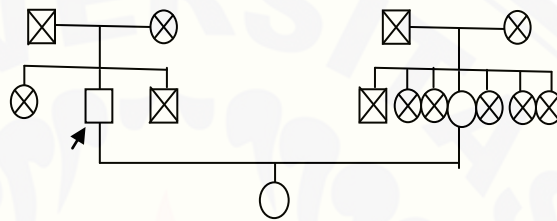
Lampiran Pengkajian Tambahan

1. Riwayat Keluarga

a. Genogram Ny. M



b. Genogram Tn. S



Keterangan :

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

— : Garis pernikahan

↑ : Klien

X : Meninggal

Dari genogram Ny. M dan Tn.S didapatkan 3 generasi. Dari riwayat penyakit keluarga Ny. M tidak terdapat orang tua ataupun saudara kandungnya yang menderita penyakit stroke seperti Ny, M dan Tn. S. Penyakit seperti ini baru pertama kali terjadi dalam lingkungan keluarga klien.

2. Riwayat Rekreasi

Tabel Riwayat Rekreasi Ny.M dan Tn.s di UPT PSTW Jember Tahun 2018

Riwayat Rekreasi	Ny. M	Tn. S
1. Hobby/minat	Makan, menonton TV	Mencari rumput untuk ternaknya
2. Keanggotaan dalam organisasi	Ketua arisan saat berdagang di pasar	Klien tidak mengikuti organisasi apapun dilingkungannya
3. Liburan/perjalanan	Klien tidak suka berlibur	Klien tidak suka berlibur

Ny. M dan Tn. S sama-sama tidak suka berlibur, klien mengaku walaupun mereka suka itu tidak akan bisa karena kondisi fisik klien yang sudah lemah. Ny. M suka makan dan menonton tv, dulu saat berdagang dipasar Ny. M menjadi ketua arisan dipasar tersebut. Berbeda dengan Tn. S yang dulu suka mencari rumput saat waktu luang, Tn, S tidak pernah mengikuti organisasi apapun dilingkungannya.

3. Sistem Pendukung

Tabel Sistem Pendukung Ny.M dan Tn.s di UPT PSTW Tahun 2018

No	Sistem Pendukung	Ny. M	Tn. S
1	Perawat/bidan/dokter/fisioterapi	Perawat	Perawat
2	Rumah sakit	Ada, jarak \pm 10 km	Ada, jarak \pm 10 km
3	Puskesmas	Ada, jarak \pm 500 meter	Ada, jarak \pm 500 meter
4	Pelayanan kesehatan di rumah	Tidak ada	Tidak ada
5	Makanan yang dihantarkan sehari-hari	Makanan sehari-hari	Makanan sehari-hari
6	Perawatan sehari-hari yang dilakukan keluarga	Tidak ada	Tidak ada

Di UPT PSTW Jember terdapat 2 klinik kesehatan yang bertempat di wisma seroja dan wisma mawar. Dan yang menjadi induk dari klinik tersebut adalah yang berada di wisma seroja. Terdapat 3 perawat di UPT PSTW Jember yang bertempat di klinik wisma mawar, klinik wisma seroja, dan di wisma teratai. Terdiri dari 2 orang perempuan dan 1 orang laki-laki.

4. Deskripsi Kekhusuan

Tabel Deskripsi Kekhusuan Ny.M dan Tn.s di UPT PSTW Jember Tahun 2018

No	Deskripsi kekhususan	Klien 1	Klien
1	Kebiasaan ritual	Klien rajin shalat 5 waktu setiap harinya	Klien tidak pernah shalat ataupun melakukan kegiatan keagamaan lainnya
2	Yang lainnya	Tidak ada	Tidak ada

Ny. M dengan keadaannya yang lemah masih melakukan salat 5 waktu di tempat tidrnya. Klien biasa berwudlu di tong air yang berada di sebelah tempat tidurnya. Klien mengatakn banyak mengetahui tentang agama karena klien sudah berhaji. Kien juga senang lagu-lagu shalawat dan lantunan al-quran. Sedang Tn. S megaku tidak pernah salat sejak dulu, klien tidak bisa membaca dan kesulitan menghafal al-quran maupun bacaan-bacaan salat. Klien tidak mau jika diajari membaca bacaan salat, klien merasa malas.

5. Obat-obatan

Tabel Obat-obatan Ny.M dan Tn.s di UPT PSTW Jember Tahun 2018

No	Ny. M	Tn. S
1	Antalgin 500 mg 3x1	Linu-linu, Captopril 25 mg 3x1
2	Bufacaril 3x1 (dexamethason 0,5 mg+dexchlorphenamine malaet 2 mg)	gatal-gatal B kompleks 3x1 (Vitamin B1 2 mg, Vitamin B2 2 mg, vitamin B6 2 mg, nicotinamide 20 mg, ca pantothenate 10 mg)
3	Diapet	Diare

Selama di wisma Ny. M tidak pernah mendapat obat-obatan terkait stroke. Klien hanya mengonsumsi obat sehari-hari jika merasa tidak sehat. Tn, S juga tidak pernah mendapat obat stroke di wisma karena keterbatasan obat, saat awal masuk wisma klien hanya diberikan obat penurun tekanan darah karena saat itu tekanan darah klien mencapai 140/80 mmHg.

6. Riwayat Alergi

Tabel Riwayat Alergi Ny.M dan Tn.s di UPT PSTW Jember Tahun 2018

No		Ny. M	Tn. S
	Alergi (catatan agen dan reaksi spesifik)		
1	Obat-obatan	Tidak ada	Tidak ada
2	Makanan	Udang, telur (gatal-gatal)	Tidak ada
3	Faktor lingkungan	Tidak ada	Tidak ada
4	Penyakit yang diderita	Stroke iskemik	Stroke iskemik

Ny.M mengatakan alergi terhadap ikan-ikan laut dan telur. Setelah makan makanan tersebut biasanya NY. M gatal-gatal. Walaupun alergi makanan saat diwisma mendapat lauk ikan atau telur Ny. M tetap memakannya karena terpaksa dan tidak ada lagi lauk yang lain. Saat gatal-gatal biasanya Ny. M meminta obat pada perawat yang ada klinik mawar. Ny. M mengalami serangan stroke saat berusia 42 tahun dan Ny. M tidak pernah mengalami serangan stroke sebelumnya. Sedangkan Tn. S tidak memiliki alergi makanan ataupun obat. Dari riwayat penyakit dahulu klien tidak pernah menderita stroke, klien mengalami serangan stroke saat berusia 47 tahun.

7. Riwayat Lingkungan Hidup

Tabel Riwayat Lingkungan Hidup Ny.M dan Tn.s di UPT PSTW Jember Tahun 2018

No	Riwayat Lingkungan Hidup	Ny. M	Tn. S
1	Pemukiman		
	Luas bangunan	7x10 meter	5x20 meter
	Bentuk	Petak	Petak
	Jenis bangunan	Permanent	Permanent
	Atap rumah	Genteng	Genteng
	Dinding	Tembok	Tembok
	Lantai	Keramik	Keramik
	Ventilasi	Cahaya cukup	Cahaya cukup
	Kebersihan	Kurang	Kurang
2	Sanitasi		
	Air bersih	Sumur	Sumur
	Jarak jamban dg sumur	< 10 meter	< 10 meter
	Sampah	Diambil petugas, dibakar	Diambil petugas, dibakar
	Binatang pengerat	Kucing	Kucing
3	Fasilitas		
	Peternakan	Tidak ada	Tidak ada
	Pekerangan	Ada	Ada

Sarana OLRA	Ada	Ada
Taman	Ada	Ada
Ruang pertemuan	Tidak ada	Tidak ada
Sarana hiburan	Ada	Ada
Kondisi jalan	Rata	Rata

Dari riwayat lingkungan hidup Ny. M dan Tn. S didapatkan hasil yang hampir sama, ini dikarenakan walaupun berbeda atau tetapi tempat Ny. M dan Tn. S tinggal masih dalam satu lingkungan atau wisma yang bersebelahan. Di wisma sedap malam Ny. M terdapat 11 orang teman yang tinggal dalam wisma tersebut terdiri dari laki-laki dan perempuan dan hampir semuanya total *care*. Dalam wisma tersebut terdapat 1 tong berisi air yang digunakan Ny. M untuk mandi, buang air kecil, buang air besar dan berwudlu. Di wisma mawar Tn. S terdapat 11 orang laki-laki dan 9 orang perempuan. Tn. S tinggal satu kamar bersama 2 orang temannya. Toilet wisma mawar terletak dibelakang wisma, walaupun dekat Tn.S mengaku sering terpeleset dan jatuh saat ke kamar mandi. Terdapat 3 orang pengasuh wisma yang biasanya membersihkan ruangan, mengantarkan makanan, dan memandikan lansia yang ada di wisma sedap malam dan mawar.

8. *The Geriatric Deperesion Scale*

Tabel *The Geriatric Deperesion Scale* Ny.M dan Tn.s di UPT PSTW Jember Tahun 2018

No	Pertanyaan	Jawaban	Ny. M	Tn. S
1	Apakah pada dasarnya anda puas dengan kehidupan anda ?	TIDAK	TIDAK	TIDAK
2	Apakah anda sudah meninggalkan banyak aktivitas dan hal-hal yang menarik minat anda ?	YA	YA	YA
3	Apakah anda merasa bahwa hidup anda hampa ?	YA	YA	YA
4	Apakah anda sering merasa bosan ?	YA	YA	YA
5	Apakah anda biasanya bersemangat/gembira?	TIDAK	TIDAK	YA
6	Apakah anda takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda ?	YA	TIDAK	TIDAK
7	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian hidup anda?	TIDAK	TIDAK	TIDAK
8	Apakah anda merasa jenuh /tidak berdaya?	YA	YA	YA
9	Apakah anda lebih suka tinggal dirumah , daripada pergi keluar dan melakukan sesuatu yang baru ?	YA	YA	YA
10	Apakah anda merasa bahwa anda lebih banyak mengalami masalah dengan ingatan anda daripada yang lainnya ?	YA	TIDAK	TIDAK

11	Apakah anda pikir bahwa hidup anda sekarang ini sangat menyenangkan?	TIDAK	TIDAK	TIDAK
12	Apakah anda merasa tidak berguna/tidak berharga saat ini ?	YA	YA	YA
13	Apakah anda merasa penuh semangat saat ini ?	YA	TIDAK	YA
14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda sudah tidak ada harapan?	YA	YA	YA

9. Masalah Kesehatan Kronis

Tabel Masalah Kesehatan Kronis Ny.M dan Tn.s di UPT PSTW Jember Tahun 2018

No.	Keluhan kesehatan/ gejala yang di rasakan klien dalam waktu 3 bulan terakhir berkaitan dengan fungsi-fungsi	Selalu (3)		Sering (2)		Jarang (1)		Tidak pernah (0)	
		1	2	1	2	1	2	1	2
	Klien								
A.	Fungsi Penglihatan								
	1. Penglihatan kabur	V	V						
	2. Mata berair	V							V
B.	Fungsi Pendengaran								
	3. Pendengaran berkurang							V	V
	4. Telinga berdenging							V	V
C.	Fungsi Paru-paru								
	5. Batuk lama disertai keringat malam							V	V
	6. Sesak nafas							V	V
	7. Berdahak/sputum							V	V
D.	Fungsi Jantung								
	8. Jantung berdebar-debar							V	V
	9. Cepat lelah							V	V
	10. Nyeri dada							V	V
E.	Fungsi Pencernaan								
	11. Mual/ muntah							V	V
	12. Nyeri ulu hati							V	V
	13. Makan & minum banyak (berlebihan)					V	V		
	14. Perubahan kebiasaan BAB (mencret/sembelit)			V					V
F.	Fungsi Pergerakan								
	15. Nyeri kaki saat jalan	V	V						
	16. Nyeri pinggang dan tulang belakang			V			V		
	17. Nyeri persendian dan bengkak			V			V		
G.	Fungsi Persyarafan								
	18. Lumpuh/kelemahan pada kaki atau tangan	V	V						
	19. Kehilangan rasa							V	V
	20. Gemetar/tremor							V	V
	21. Nyeri pegal pada daerah tengkuk	V							V
H.	Fungsi Saluran Perkemihan								
	22. BAK banyak			V			V		

23. Sering BAK pada malam hari					V	V		
24. Tidak mampu mengontrol pengeluaran air kemih (ngompol)							V	V
Jumlah	15	9	8	0	2	5	0	0

10. MMSE (*Mini Mental State Examination*)Tabel MMSE (*Mini Mental State Examination*) Ny.M dan Tn.s di UPT PSTW Jember Tahun 2018

No	TES	Nilai Max	Ny. M	Tn. S
ORIENTASI				
1	Sebutkan Tgl, hari, bulan, musim, tahun	5	3	3
2	Kita berada dimana? desa, kecamatan, kabupaten, nama kamar/wisma, nama panti	5	5	5
REGISTRASI				
3	Sebutkan 3 buah nama benda dan disuruh mengulangi nama benda yang telah disebutkan	3	3	3
ATENSI DAN KALKULASI				
4	Kurangi 100 dengan 7 secara menurun, nilai 1 tiap jawaban dan hentikan setelah 5 jawaban	5	5	1
RECALL				
5	Pasien disuruh menyebutkan kembali, benda yang ditunjukkan (3 benda di atas)	3	3	3
BAHASA				
6	Mengulangi kata-kata "namun", "tanpa", "bila"	3	3	3
7	Pasien disuruh menyebutkan nama benda yang ditunjukkan petugas (pensil, buku)	2	2	2
8	Pasien disuruh mengambil kertas dan melipat menjadi 2	1	1	1
9	Pasien disuruh "pejamkan mata anda"	1	1	1
10	Pasien disuruh menulis namanya di kertas	1	0	1
11	Pasien disuruh menggambar	1	0	1
Total		30	26	24

11. Apgar Keluarga

Tabel Apgar Keluarga Ny.M dan Tn.s di UPT PSTW Jember Tahun 2018

No.	Uraian	Fungsi	Ny. M	Tn. S
1	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya.	<i>Adaption</i> (Adaptasi)	2	1
2	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya.	<i>Partnership</i> (Hubungan)	2	1
3	Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas atau arah baru.	<i>Growth</i> (Pertumbuhan)	2	1
4	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespons terhadap emosi-emosi saya, seperti marah, sedih atau mencintai.	<i>Affection</i> (Afeksi)	2	1
5	Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama.	<i>Resolve</i> (Pemecahan)	2	0


12. Indeks Katz

Tabel Indeks Katz Ny.M dan Tn.s di UPT PSTW Jember Tahun 2018

Ny. M	Tn. S	Kriteria
<u>A</u>	A	Kemandirian dalam hal makan, kontinen, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi.
B	<u>B</u>	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali satu dari fungsi tersebut.
C	C	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan.
D	D	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan.
E	E	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan.
F	F	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan.
G	G	Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut.
Lain-lain	Lain-lain	Tergantung pada sedikitnya dua fungsi, tetapi tidak dapat diklasifikasikan sebagai, C, D, E atau F.

13. *Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)*Tabel *Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)* Ny.M dan Tn.s di UPT PSTW Jember Tahun 2018

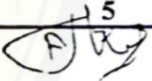

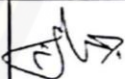

No	Pertanyaan	Ny. M	Tn. S
1	Tanggal berapa hari ini?	Tanggal: 30 Bulan: Januari Tahun: 2018	Tanggal: 2 Bulan: Februari Tahun: 2018
2	Hari apa sekarang ini?	Sabtu	Senin
3	Apa nama tempat ini?	Panti jompo	Wisma Lansia
4	Berapa nomor telepon anda? Dimana alamat anda? (Tanyakan bila tidak memiliki telepon)	Talangsari-jember	Kaliwungu- Lumajang
5	Berapa umur anda?	Hanya ingat tanggal lahir	60 tahun
6	Kapan anda lahir?	6 April 1952	20 oktober 1958
7	Siapa presiden Indonesia sekarang?	Jokowi	Jokowi
8	Siapa presiden sebelumnya?	SBY	Susilo
9	Siapa nama kecil Ibu anda?	Suratma	Aminah
10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun?	20-3=17, 17-3=14, 14-3=11, dst.	20-3=17, 17-3=14, 14-3=11, dst.
	Jumlah kesalahan total	1	1

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

LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL KTI MAHASISWA D3 KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER











NAMA MAHASISWA : Fandi Ahmad Kurniawan Setia Budi
N I M : 152303101081
PROGRAM STUDI : D3 Keperawatan Universitas Jember
JUDUL KARYA TULIS ILMIAH : Asuhan Keperawatan Stroke Iskemik Pada Lansia Dengan Masalah Keperawatan ambatan Mobilitas Fisik di UPT PSTW Jember

TAHAP PENULISAN PROPOSAL

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
1.	20/2 ^{'17}	Konsul judul	- Judul acc. - Latar belakang revisi		
2.	1/3 ^{'17}	Konsul bab 1.	- Latar belakang - Buat MSK - Pastikan variabel ada di ter biting.		

3	3/3 ²⁰¹⁷	Konsul bab 1	Revisi bab 1: - Referensi tidak usah diberi judul buku - Tujuan khusus revisi		fi
4	7/3 ²⁰¹⁷	Konsul bab 1	Revisi bab 1: - Cari prevalensi stroke iskemik & hemoragik - Cari 4 PTM yg terbesar		fi
5	10/3 ²⁰¹⁷	Konsul bab 1.	Cari konsep mobilisasi & ROM.		fi
6	18/3 ¹⁷	Konsul Bab 1.	- urutkan latar belakang, inses - Menambahkan skala gangguaran		fi
7	25/3 ¹⁷	Konsul Bab 1.	- Kronologis → stroke iskemik → hambatan mobilitas - Pencegahan dini agar hambatan mobilitas fisik - Tujuan khusus dihapus		fi
8	15/3 ¹⁷	Konsul Bab 1 & 2	- PSLU ganti PSLW - literatur diganti - Stroke iskemik lalu konsep lansia - sumber pathway ditulis - B.d neurovascular/neuromuskuler		fi





9	18/11	7 Konsul. bab 2.2.3	<ul style="list-style-type: none"> 1. Tambahkan nomor halaman 2. Lampiran format pengantar 3. Daftar pustaka, daftar isi, dan daftar 		
10	21/11	8 Konsul. bab 1.2.3	<ul style="list-style-type: none"> 1. Font disesuaikan 2. penulisan tabel dan gambar 3. bb dihapus 4. halaman ada di bawah tengah (p. 17) lain di bagian kanan atas 5. Penulisan dr, dan lainnya 6. Bunyi dr, dan lain dipisah 7. Font pengantar dan isi 8. disamakan dg FNR 9. Jadwal: kuantitas dipisah 		
11	22/11	Konsul kelengkapan majlis sidang prosedural	<ul style="list-style-type: none"> 1. Daftar isi 2. Daftar tabel / gambar 3. Daftar lampiran 4. kata pengantar 5. lembar-pengantar dan pengesahan 		






12.	16/12	Konsumi Kelengkapan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. ASKEP STROFA ISREMIK. Pd lansia dg masalah PEPERAWATAN hambatan mobilitas fisik di UPT PSTW Jember Tahun 2017 2. NIM mahasiswa. 3. Tabel bidan usaha ditampakan. 4. Penguji II: P. Mashuri 		
13.	2/18	Konsumi Kelengkapan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lembar pengesahan diganti desember 2017. 2. Lampiran sidang diganti januari 2018. 		
14.	3/18	Lampiran.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Konsumi kelengkapan. 2. Lunjangan di infer n ronsen diganti di Jember. 		
15.	3/18	Z - G	Ag siapkan maju sidang proposal		
16.	12/18	Konsumi Pasca Sidang.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kertas ditambah kopi 2. Kertas ditengrapi. 		



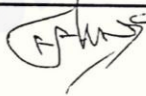







17.	15/1 ⁸	Konsul pasca sidang. (B.Prima).	- AK diperawakan. ditambahkan faktor yg berhubungan - intervensi dimasukkan semua.		
18.	15/1 ⁸	Konsul pasca sidang (P.Moshuri)	- Teori yg sejalan dg ROM.		
19.	16/1 ⁸	Konsul pasca sidang (P.Moshuri)	- Tidak ada, tapi jika ada tambahan terapi herbal - ACC		
20.	18/1 ⁸	Konsul pasca sidang (B.Prima)	Ace.		
21.	5/1 ⁸	Konsul askep	- ASKEP direvisi. - kembali hari Kamis, Rabu cross check data di PSTW.		
22.	8/1 ⁸		Masih proses revisi & pengesahan askep. sampai Senin		





23	12/2 ¹⁸	revisi bab. 4.	<ul style="list-style-type: none"> - Cari referensi lagi, susunan bab 2. 		
24	14/2 ¹⁸	revisi bab. 4.	<ul style="list-style-type: none"> - Coba lengkapi data. - Maranan tinggi, gambar dimafusikan dipemulasan - Cari format gerencic, rating - Dosis obat / sedianya diturukan. 		
			<ul style="list-style-type: none"> - Karles di gigi mana? 		
25	15/2 ¹⁸	revisi bab. 4.	<ul style="list-style-type: none"> - proses revisi 		
26	26/2 ¹⁸	revisi bab. 4.	<ul style="list-style-type: none"> - revisi tgl 26/2¹⁸ - Tampilan disesatkan. - Rapihan pengecilan. - Tabel obat dilihat dosis. - Tambahkan refer trisek. 		
27	13/3 ¹⁸	revisi bab. 4.	<ul style="list-style-type: none"> - Tabel dr lab mungkin dm 1. halaman, lebih baik diturunkan. - Butacaryl 3X1 (dexta 0.5 mg tcm) - Ekof Mirk dilengkapi - Tuli san. dirapihan - Catatan perkembangan 3 hari - penelusuran ditulis semua. - ditambahi bab 5. 		

28	22/3 ¹⁸	konsep bab 9 ds	<ul style="list-style-type: none"> - B complex ditengrapi - garis tabel dgn. miring - Indeks, Katz & ds di dibatas. - bab. 5 <p>kegiatan intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesimpulan: merecapkan hasil dr kedua nya. 2. Hasilnya diambil dr kedua PR bisa ser umum. 		
29	27/3 ¹⁵	konsep bab 9 ds	<ol style="list-style-type: none"> 1. Opini lebih diperkain. 		
30	30/3 ¹⁸	konsep bab 9 ds	<ul style="list-style-type: none"> - Substansi di hantar - Paragraf teori → opini - Penulisan mengacu format UNEJ. - Saran ditambah - tenses evaluasi KPI lama 		
31	3/4 ¹⁸	konsep bab 9 ds	<ul style="list-style-type: none"> - Kertas x serop. - ditambahkan usia. - Alamat ditengrapi - Kemungkinan dislipidemia. - Opini dijadikan 1. Simpel mungkin 		
			<ul style="list-style-type: none"> - geogram dgn ditabeli, dibuat gambar saja. - Cari teori refren pada ke normal? - Opini MKK apa? 		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
32	4/9 ¹⁰	konsep bab 4 & 5	<ul style="list-style-type: none"> - visus di cek lagi - penulisan rekomendasi dicantumkan - Fase pd rekons Patologi usua 		
			<ul style="list-style-type: none"> - fase apa? - KKP refleks paku & fisiologi - apa bila kembali normal. - di pembahasan dx KKP - KKP masih agambih 		
			<ul style="list-style-type: none"> - bagaimana mobilitas pisk? - pd h refleks paku & fisiologi - cd h normal? → ketuban - alat menurun, atropi, dll. 		
			<ul style="list-style-type: none"> - cari jurnal ROM dg frekuensi - sampai frekuensi alat meningkat? - cari JK ROM meningkatkan 		
			tingkat koordinasi, di atak didapatkan.		
33	20/5 ¹⁰	konsep bab 4 & 5	<ul style="list-style-type: none"> = Pertabel dibahas. - bab 1, 2, 3, di print 		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
23	22/5 ¹⁸	Konsep bab 4 IS	<ul style="list-style-type: none"> - lengkapi dftar isi, dll. - APGAR keluarga. - judul tabel di cetp - tabel & urutan ada gresi - Tabel difasih nomor. 		
			<ul style="list-style-type: none"> - P&A tabel dibahas walaupun ada ceori - pembahasan intervensi jangan loncat? 		
			- Implementasi pembahasannya dilengkap		
35	24/5 ¹⁸	konsep kelengkapan.	<ul style="list-style-type: none"> - Ringkasan dicer ada kampus (umajang/tidak). - Nursing ada. 2. - Kata kunci di ringkasan? - Prarata misal dr rektor. 		
			<ul style="list-style-type: none"> - Definisi di cek - Tugas cece dicer. - format ditampikan (tidak) .. 		
	24/5 ¹⁸	I - V	Ace, siapkan maju sidang !!!		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
36.	8/10 /6	Konsul revisi P. Achlis.	1. Ringkasan ditambah & dirangkai, spasi 1 2. Ditambah usia (usia yg resto secure di bab 1. 3. Manfaat penulisan diperbaiki 4. Cronology kurang spesifik.		
37.	9/10 /6	Konsul revisi B. Prima.	1. Judul tabel dirangkai 2. Penulisan terakhir diperbaiki 3. Data tambahan dimasukkan di lampiran.		
38.	26/10 /6	Konsul revisi B. Prima.	1. Judul tabel diperbaiki 2.		
39.	26/10 /6	Konsul revisi P. Achlis.	1. Bawa buku ttg "Spinger Pupil" 2. Spesifikkan ttg opini		
40.	28/10 /6	Konsul revisi B. Prima.	REFER Pado & Pisto. <i>Ace</i>		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
41	2/7 ¹⁶	Koncur revisi P. Archis.	2. Setelah diadakan "serose. beberapa tahun".		
42	3/7 ¹⁶	Koncur revisi P. Archis.	See Joes Nur Foy		

SURAT PERMOHONAN IJIN PENGAMBILAN DATA

Lumajang, 24 Januari 2018

Yth. Koordinator Prodi D3 Keperawatan
Unej Kampus Lumajang
di
LumajangYang bertanda tangan di bawah ini, saya, mahasiswa D3 Keperawatan Universitas Jember
Kampus Lumajang :



Nama : Fandi Ahmad Kurniawan Setia Budi
NIM : 152303101081
Prodi : D3 Keperawatan
Tempat/ Tgl lahir : Jember, 31 Maret 1997
Alamat : Desa Tutul RT/RW 004/014 – Kecamatan Balung – Kabupaten
Jember

Telah mendapatkan ijin menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul :
"Asuhan Keperawatan Stroke Iskemik Pada Lansia Dengan Masalah Keperawatan
Hambatan Mobilitas Fisik Di UPT PSTW Jember Tahun 2018"Guna menyelesaikan tugas tersebut, saya perlu melakukan pengambilan data ke Institusi/
Lembaga dan waktu penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) sbb :

Nama Instansi/ : Unit Pelaksanaan Teknis Panti Sosial Tresna Werdha Kasiyan –
Lembaga tujuan : Jember
Alamat : Jalan Moch Seruji No. 06 Kasiyan Timur - Kecamatan Puger –
Kabupaten Jember
Waktu penelitian : Januari 2018 - April 2018

Sehubungan dengan hal tersebut kami mohon perkenan Koordinator Prodi memberikan surat
pengantar dan permohonan ijin untuk melakukan penelitian di institusi tersebut. Terlampir
berkas persyaratan yakni Proposal KTI.

Atas terpenuhinya permohonan ini, saya haturkan terima kasih

Mengetahui :
Pembimbing KTI
Mashuri, S.Kep., Ners., M.Kep
NIP. 19770207 200801 1 019Hormat kami,
Pemohon,
Fandi Ahmad Kurniawan Setia Budi
NIM 152303101081



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jalan Letjen S Parman No. 89 ■ 337853 Jember

Kepada

Yth. Sdr. Kepala UPT Panti Sosial Tresna
 Werdha Kasiyan Jember
 di -

J E M B E R

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/237/415/2018

Tentang

PENGAMBILAN DATA

- Dasar :
1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi penelitian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 7 Tahun 2014 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011;
 2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.
- Memperhatikan :
- Surat Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang tanggal 24 Januari 2018 Nomor : 36/UN25.1.14.2/LT/2018 perihal Ijin Pengambilan Data

MEREKOMENDASIKAN

- Nama / NIK. : Fandi Ahmad Kurniawan Setia Budi / 152303101081
 Instansi : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang
 Alamat : Desa Tutul RT/RW 004/014 Kec. Balung Kab. Jember
 Keperluan : Mengadakan pengambilan data untuk Karya Tulis Ilmiah yang berjudul :
 "Asuhan Keperawatan Stroke Iskemik Pada Lansia Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di UPT PSTW Jember Tahun 2018".
 Lokasi : UPT Panti Sosial Tresna Werdha Kasiyan Jember
 Waktu Kegiatan : Januari s/d April 2018

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan data diperlukan untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember

Tanggal : 29-01-2018

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK

KABUPATEN JEMBER

Kabid. Bidang Sosregis dan Politis



Tembusan :

- Yth. Sdr. :
1. Koord. Prodi D3 Keperawatan Unej;
 2. Yang Bersangkutan.



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
DINAS SOSIAL
UPT PELAYANAN SOSIAL TRESNA WERDHA JEMBER
Jln Moch. Seruji No. 06 Telp. (0336) 721130
JEMBER - 68164
Email : pslujember@gmail.com

Jember, 3 April 2018

Nomor : 070/ 072 /107.6.11/2018
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Telah Melaksanakan Penelitian.

Kepada
Yth. Koordinator Prodi D 3 Keperawatan
Univ. Jember Kampus Lumajang
di - Lumajang


Menindaklanjuti Surat Saudara tanggal 24 Januari 2018
Nomor: 36/UN25.1.14.2/LT/2018 perihal ijin melaksanakan penelitian, dengan ini kami menerangkan bahwa :

Nama : Fandi Ahmad Kurniawan Setia Budi
N I M : 152303101081
Judul Penelitian : "Asuhan Keperawatan Stroke Iskemik Pada Lansia Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di UPT PSTW Jember tahun 2018"

Telah melaksanakan penelitian di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember mulai tanggal 30 Januari s/d 3 Februari 2018, selanjutnya setelah selesai penelitian wajib menyerahkan hasil penelitian ke Dinas Sosial Propinsi Jawa Timur (Hard Cover) dan UPT PSTW Jember (bendel)

Demikian surat keterangan di buat, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kepala Unit Pelaksana Teknis
Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember


MUHAMMAD TABRANT, S.H. MH
Kembina
0209 199103 1 007

Tembusan:
1. Mahasiswa ybs
2. Arsip