



**ASUHAN KEPERAWATAN STROKE ISKEMIK PADA
Ny. Ry DAN Ny. Rh DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
HAMBATAN MOBILITAS FISIK DI RUANG MELATI
RSUD dr. HARYOTO LUMAJANG
TAHUN 2019**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh:

Amarnia Rahmawati

NIM 162303101009

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



**ASUHAN KEPERAWATAN STROKE ISKEMIK PADA
Ny. Ry DAN Ny. Rh DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
HAMBATAN MOBILITAS FISIK DI RUANG MELATI
RSUD dr. HARYOTO LUMAJANG
TAHUN 2019**

LAPORAN TUGAS AKHIR

*Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
Untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan (D3)
Dan mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan*

Oleh:

**Amarnia Rahmawati
NIM 162303101009**

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

PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan syukur kehadiran Allah SWT, Laporan Tugas Akhir ini saya persembahkan untuk:

1. Ayahanda Agus Siswanto dan Ibunda tercinta, Ibu Siti Amariyah Ma'rufiati, yang telah membesarkan, mendidik, dan memberi motivasi tiada henti
2. Bapak Ibu Guru-guru sejak taman kanak-kanak hingga perguruan tinggi yang tak pernah lelah mencurahkan ilmu dan bimbingan hingga saya menyelesaikan pendidikan tinggi
3. Sahabat-sahabat saya yang selalu memberi semangat;
4. Dzulfikar Ramadhani yang selalu mendukung dan menemani saya menyelesaikan Tugas Akhir ini
5. Almamater tercinta, Universitas Jember.

MOTO

“Sesungguhnya beserta kesulitan itu ada kemudahan. Maka apabila engkau telah selesai (dari sesuatu urusan), tetaplah bekerja keras (untuk urusan yang lain). Dan

Hanya kepada Tuhan-Mulah engkau berharap”

(AL-Insyirah : 6-8)

“Sebaik-baik manusia adalah yang paling bermanfaat bagi manusia”

(HR. Ahmad, At-Thabrani)

*)Departemen Agama Republik Indonesia, 2002. *Al-Qur'an dan Terjemahnya*.
Surabaya: MekarSurabaya

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Amarnia Rahmawati

NIM : 162303101009

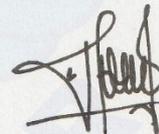
Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul:

“Asuhan Keperawatan Stroke Iskemik pada Ny. Ry dan Ny. Rh dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi manapun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa tekanan dari siapapun. Jika di kemudian hari terbukti adanya pelanggaran atas pernyataan tersebut di atas, maka saya bersedia mendapatkan sanksi akademis.

Lumajang, 25 November 2019

Yang menyatakan,



Amarnia Rahmawati

NIM 162303101009

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN STROKE ISKEMIK PADA
Ny. Ry DAN Ny. Rh DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
HAMBATAN MOBILITAS FISIK DI RUANG MELATI
RSUD DR. HARYOTO LUMAJANG
TAHUN 2019**

Oleh :

Amarnia Rahmawati

NIM 162303101009

Dosen Pembimbing: **Syaifuddin K,S.Kep., Ners., M.Kep**

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan Tugas Akhir berjudul “Asuhan Keperawatan Stroke Iskemik pada Ny. Ry dan Ny. Rh dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019” telah disetujui pada:

Hari, tanggal : Senin, 25 November 2019

Tempat : Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Dosen Pembimbing,



Syaifuddin Kurnianto S.Kep., Ners., M.Kep.

NRP 760017253

PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. Rh dan Ny. Rs Dengan Stroke Iskemik Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD DR. Haryoto Lumajang Tahun 2019” ini telah diuji dan disahkan oleh Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember pada:

Hari, tanggal : Jum'at, 3 Januari 2020

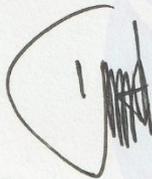
Tempat : Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember

Ketua Penguji,



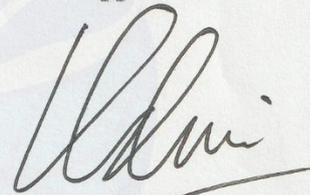
Arista Maisyaroh, S.Kep., Ners., M.Kep.
NIP 197702072008011019

Anggota I,



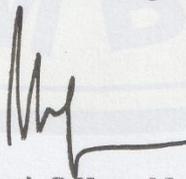
Eko Prasetya W., S.Kep., Ners., M.Kep.
NIP 760017255

Anggota II,



Syaifuddin K, S.Kep., Ners., M.Kep.
NIP 760017253

Mengesahkan,
Koordinator Program Studi D3 Keperawatan
Universitas Jember Kampus Lumajang



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

RINGKASAN

Asuhan Keperawatan Stroke Iskemik pada Ny. Ry dan Ny. Rh dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang 2019; Amarnia Rahmawati. 162020101009; 108 Halaman; Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Stroke iskemik diakibatkan karena penyumbatan akibat gumpalan aliran darah baik itu sumbatan karena trombosis atau trombus, sebanyak 87% stroke yang terjadi disebabkan karena stroke iskemik atau sumbatan trombotik atau tromboembolik pada arteri. Stroke dapat mengakibatkan kelemahan dan kelumpuhan pada salah satu atau bahkan kedua sisi tubuh penderita yang mengakibatkan terjadinya kesulitan dalam beraktivitas. Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan penulis di ruang melati RSUD dr. Haryoto Lumajang, jumlah pasien stroke iskemik mencapai 347 pasien dan mengalami hambatan pada pergerakan atau aktivitas. Tujuan penulisan ini untuk mengeksplorasi masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik yang terjadi pada pasien stroke iskemik.

Penulisan laporan tugas akhir ini menggunakan desain laporan kasus yang menggunakan teknik pengumpulan data dengan cara wawancara, pemeriksaan fisik, dan observasi terhadap pasien stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik yang berjumlah 2 pasien yang telah memenuhi 4 dari 11 batasan karakteristik hambatan mobilitas fisik dan dilakukan pengambilan data selama minimal 3 hari sampai pasien pulang.

Hasil intervensi dan implementasi yang dilakukan ada terapi latihan fisik dan manajemen sendi seperti ROM. Kriteria hasil yang belum tercapai yaitu memperlihatkan penggunaan gerakan tubuh, baik aktif maupun pasif pada bagian tubuh yang terganggu. Saran bagi penulis selanjutnya, perawatan pada pasien stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik harus dilakukan lebih dari 3 hari untuk mencapai hasil yang maksimal dalam penyembuhan.

Kata Kunci: Stroke Iskemik, Hambatan Mobilitas Fisik, ROM

SUMMARY

Nursing Care Ischemic Stroke for Mrs. Ry and Ny. Rh with Nursing Problems Physical Mobility Obstacles in Melati Room Dr. Haryoto Lumajang 2019; Amarnia Rahmawati. 162020101009; 108 pages; Faculty of Nursing, University of Jember.

Ischemic stroke is caused due to a blockage due to a clot of blood flow either blockage due to thrombosis or thrombus, as many as 87% of strokes occur due to ischemic stroke or thrombotic or thromboembolic blockage in the arteries. Stroke can cause weakness and paralysis on one or even both sides of the patient's body which results in difficulty in doing activities. Based on the results of a preliminary study conducted by the author in the Melati room of RSUD dr. Haryoto Lumajang, the number of ischemic stroke patients reached 347 patients and experienced obstacles in movement or activity. The purpose of this paper is to explore the nursing problem of physical mobility barriers that occur in ischemic stroke patients.

The writing of this final project report uses a case report design that uses data collection techniques by means of interviews, physical examinations, and observations of ischemic stroke patients with nursing problems of physical mobility barriers, amounting to 2 patients who have met 4 of the 11 limitations of the characteristics of physical mobility barriers and carried out data collection for at least 3 days until the patient returns.

The results of the intervention and implementation carried out there are physical exercise therapy and joint management such as ROM. Criteria for results that have not yet been achieved is that it shows the use of body movements, both active and passive on the affected body part. Suggestions for further authors, treatment in ischemic stroke patients with nursing problems physical mobility barriers must be done more than 3 days to achieve maximum results in healing.

Keywords: Ischemic Stroke, Physical Mobility Obstacles, ROM

PRAKATA

Puji syukur ke hadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Iskemik dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik”. Tugas akhir ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan diploma tiga (D3) pada jurusan Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Penyusunan tugas akhir ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Bapak Drs. Moh. Hasan, M.Sc, Ph.D selaku Rektor Universitas Jember.
2. Ibu Lantin Sulistyorini, S.Kep., Ners., M.Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember.
3. Ibu Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM, selaku Koordinator Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang yang telah memberikan izin kepada penulis dalam melakukan Laporan Kasus ini dengan lancar.
4. Ibu Arista Maisyaroh, S.Kep., Ners., M.Kep. dan Bapak Eko Prasetyo Widiyanto, S.Kep.,Ners., M.Kep. yang telah bersedia menjadi penguji pada siding tugas akhir;
5. Bapak Syaifuddin Kurnianto,S.Kep., Ners., M.Kep Selaku pembimbing yang telah meluangkan waktu, pikiran, dan perhatian dalam penulisan tugas akhir ini;
6. Ibu Sri Wahyuningsih, S.ST., M.Keb. selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah imbing dan memotivasi selama penulis menjadi mahasiswa;
7. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu.

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

Lumajang, 25 November 2019

Penulis

DAFTAR ISI

PERSEMBAHAN.....	iii
MOTO	iv
SURAT PERNYATAAN	v
PERSETUJUAN PEMBIMBING	Error! Bookmark not defined.
PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
RINGKASAN	ix
SUMMARY	x
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xv
LAMPIRAN.....	xvi
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penulisan	3
1.4 Manfaat Penulisan	3
1.4.1 Bagi Perawat Rumah Sakit	3
1.4.2 Bagi Penulis Selanjutnya	3
1.4.3 Bagi Penulis	3
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	4
2.1 Konsep Stroke Iskemik.....	4
2.1.1 Definisi	4
2.1.2 Klasifikasi	4
2.1.3 Etiologi.....	4
2.1.4 Manifestasi Klinis	5
2.1.5 Patofisiologi	6
2.1.6 Komplikasi	7
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	9
2.2.1 Pengkajian	9
2.2.2 Definisi.....	16
2.2.3 Intervensi.....	17
2.2.4 Implementasi	19
2.2.5 Evaluasi	25
BAB 3. METODE PENULISAN.....	27
3.1 Desain Penelitian	27
3.2 Batasan Istilah	27
3.3 Partisipan	28
3.4 Lokasi dan Waktu.....	28
3.4.1 Lokasi	28
3.4.2 Waktu	28
3.5 Pengumpulan Data.....	28
3.5.1 Proses Pengumpulan Data.....	28

3.5.2 Teknik Pengumpulan Data.....	29
3.6 Etika Penulisan.....	29
3.6.1 Informed Consent.....	30
3.6.2 Tanpa Nama (Anonymity)	30
3.6.3 Kerahasiaan (Confidentiality)	30
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	31
4.1 Gambaran Lokasi Penulisan.....	31
4.2 Pengkajian	32
4.2.1 Identitas pasien.....	32
4.2.2 Riwayat penyakit.....	33
4.2.3 Perubahan pola kesehatan	37
4.2.4 Pola nutrisi dan metabolik.....	38
4.2.5 Pola eliminasi	39
4.2.6 Pola tidur dan aktivitas/istirahat.....	40
4.2.7 Pola sensori dan pengetahuan	41
4.2.8 Pola hubungan interpersonal dan peran, persepsi dan konsep diri, reproduksi dan seksual, penanggulangan stress dan tata nilai dan kepercayaan	42
4.3 Pemeriksaan fisik	44
4.3.1 Pemeriksaan fisik sampai leher	44
4.3.1 Pemeriksaan fisik sistem integumen	46
4.3.2 Pemeriksaan fisik sistem pernapasan	47
4.3.3 Pemeriksaan fisik sistem kardiovaskuler	48
4.3.4 Pemeriksaan fisik sistem pencernaan.....	49
4.3.5 Pemeriksaan fisik sistem musculoskeletal	50
4.3.6 Pemeriksaan fisik sistem endokrin dan genitourinari	52
4.3.7 Pemeriksaan diagnostik.....	53
4.3.8 Pemeriksaan Penunjang	54
4.3.9 Terapi	55
4.4 Analisis data.....	55
4.4.1 Batasan karakteristik	57
4.5 Diagnosa keperawatan.....	58
4.6 Intervensi Keperawatan	59
4.7 Implementasi Keperawatan	63
4.8 Evaluasi Keperawatan	73
5.1 Kesimpulan	77
5.1.1 Pengkajian Keperawatan.....	77
5.1.2 Diagnosa Keperawatan	77
5.1.3 Intervensi Keperawatan.....	77
5.1.4 Implementasi Keperawatan.....	78
5.1.5 Evaluasi Keperawatan	78
5.2 Saran.....	78
5.2.1 Bagi Klien dan Keluarga.....	78
5.2.2 Bagi Penulis Selanjutnya	78
5.2.3 Bagi Perawat	79
DAFTAR PUSTAKA	80

DAFTAR TABEL

4.1 Data Identitas Pasien	29
4.2 Data Riwayat Penyakit Pasien	30
4.3 Data Pola Persepsi dan Tata Laksana Kesehatan	33
4.4 Data Pola Nutrisi dan Metabolik.....	34
4.5 Data Pola Eliminasi.....	35
4.6 Data Pola Tidur	36
4.7 Data Pola Sensori dan Pengetahuan	38
4.8 Data Pola Hubungan Interpersonal dan peran.....	39
4.9 Data Pemeriksaan Fisik Leher	41
4.10 Data Pemeriksaan Fisik Sistem Integumen.....	41
4.11 Data Pemeriksaan Fisik Sistem Pernapasan.....	42
4.12 Data pemeriksaan Fisik Sistem Kardiovaskuler	43
4.13 Data Pemeriksaan Fisik Sistem Pencernaan	44
4.14 Data Pemeriksaan Fisik Sisdtem Muskuloskeletal	45
4.15 Data Pemeriksaan Fisik Genitourinari	46
4.16 Data Pemeriksaan Laboratorium.....	49
4.17Data Pemeriksaan Penunjang.....	50
4.18 Data Terapi Obat	51
4.19 Analisa Data	51
4.20 Batasan Karakteristik	52
4.22 Diagnosa Keperawatan.....	54
4.23 Intervensi Keperawatan.....	55
4.24 Implementasi Keperawatan Ny. Ry	59
4.25 Implementasi Keperatan Ny. Rh.....	62
4.26 Evaluasi Keperawatan Ny. Ry	66
4.27 Evaluasi Keperawatan Ny. Rh	68

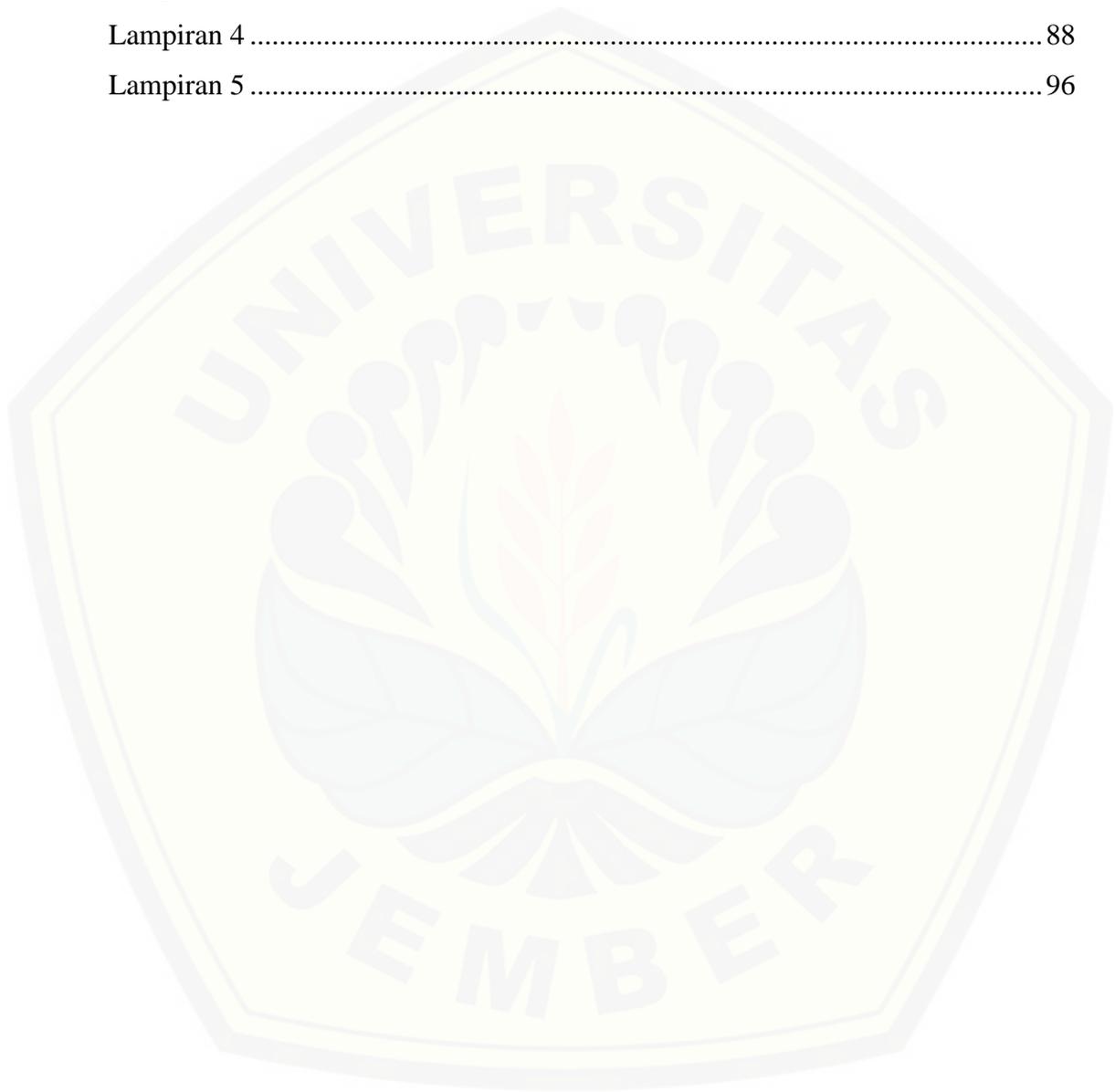
DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pathway 8



LAMPIRAN

Lampiran 1	76
Lampiran 2	77
Lampiran 3	81
Lampiran 4	88
Lampiran 5	96



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke merupakan penyebab kecacatan nomor satu di dunia dan penyebab kematian nomor tiga di dunia (Dewanto, J, Riyanto, & Turana, 2009). Sebanyak 87% stroke yang terjadi disebabkan karena stroke iskemik atau sumbatan trombotik atau tromboembolik pada arteri (Roger, *et al.*, 2012 dalam Lie, *et al.*, 2016; Hanum *et al.*, 2018). Gangguan vaskularisasi otak ini memunculkan berbagai manifestasi klinis yang salah satunya hilangnya kontrol terhadap gerakan motorik yang secara umum dapat dimanifestasikan dengan disfungsi motorik seperti hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi tubuh) atau hemiparesis (kelemahan yang terjadi pada satu sisi tubuh). Disfungsi motorik yang terjadi akibat stroke dapat meningkatkan risiko terjadinya komplikasi. Komplikasi akibat disfungsi motorik pada pasien stroke iskemik akan menyebabkan 51% kematian pada 30 hari pertama setelah terjadinya serangan stroke iskemik. Disfungsi motorik tersebut juga dapat menyebabkan kekakuan sendi (kontraktur), komplikasi ortopedik, atrofi otot, dan kelumpuhan saraf akibat penekanan yang lama (nerve pressure palsies) (Summers, *et. al*, 2009 dalam Sari, *et al.*, 2015).

Prevalensi stroke di dunia adalah 30.7 juta (World Health Organization, 2011 dalam Lie., *et.al.*, 2016). Setiap tahun, hampir 700.000 orang Amerika mengalami stroke, dan stroke mengakibatkan hampir 150.000 kematian. Di Amerika Serikat tercatat hampir setiap 45 detik terjadi kasus stroke, dan setiap 4 detik terjadi kematian akibat stroke. Menurut Yayasan Stroke Indonesia, terdapat kecenderungan meningkatnya jumlah penyandang stroke di Indonesia dalam dasawarsa terakhir (Medicastore, 2011 dalam Hanum,*et.al*, 2018). Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) (2013), Prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 7 per mil dan yang terdiagnosis tenaga kesehatan atau gejala sebesar 12,1 per mil. Prevalensi Stroke berdasarkan diagnosis nakes di Jawa Timur sebesar 16 penderita per mil. Berdasarkan data yang diperoleh dari studi pendahuluan di Ruang Melati RSUD dr. Hartoto Lumajang, jumlah pasien stroke pada Bulan Januari hingga Desember Tahun

2017 mencapai 236 pasien. Pada bulan Januari hingga Desember Tahun 2018, jumlah pasien stroke mencapai 347 pasien.

Stroke dapat dibagi menjadi dua macam, yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik. Stroke iskemik adalah sumbatan atau infark yang terdapat pada otak yang biasanya terjadi setelah beraktifitas, atau dapat juga terjadi akibat psikologis (Fransisca, 2008). Seluruh arteri dan pembuluh darah di otak dapat beresiko terjadi sumbatan termasuk Sistem Saraf Pusat (SSP) juga dapat mengalami sumbatan (Ginsberg, 2008). Jika infark terjadi pada bagian otak cortex frontalis yang menjadi pusat kontrol gerakan dan pusat pengendalian motorik, pusat berpikir dan bicara, penderita akan mengalami kelemahan bahkan kelumpuhan mengalami hemiparesis atau kelemahan pada salah satu atau bahkan kedua sisi tubuh, bicara menjadi pelo dan tidak jelas, keseimbangan terganggu, dan kesulitan berjalan (Wijaya & Putri, 2013) Kelemahan tersebut tentu akan mengakibatkan hambatan pada pergerakan fisik yang mana akan menghambat produktifitas seseorang (Olviani, Mahdalena, & Rahmawati, 2017).

Salah satu cara untuk mencegah komplikasi akibat stroke dapat dilakukan dengan cara latihan mobilisasi. Latihan mobilisasi dapat dilakukan dengan latihan Range of Motion (ROM) yang mana latihan ROM merupakan salah satu cara yang cukup efektif dalam proses rehabilitasi guna mencegah kecacatan pada pasien stroke (Yudha & Amatiria, 2014). Range of Motion (ROM) dapat meningkatkan kekuatan otot responden, yang mana peningkatan otot akan terjadi secara signifikan pada hari pertama dan hari ke 28. Selisih yang terjadi dari hari ke-1 hingga hari ke 28 rata-rata 0,45 (Yudha & Amatiria, 2014).

Melihat kompleksnya masalah yang terjadi pada kasus stroke iskemik, maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan dalam karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Iskemik dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik”.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan Stroke Iskemik pada Ny. Ry dan Ny. Rh Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019?

1.3 Tujuan Penulisan

Mengeksplorasi Asuhan Keperawatan Stroke Iskemik pada Ny. Ry dan Ny. Rh Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Bagi Perawat Rumah Sakit

Menjadi referensi dan masukan bagi petugas kesehatan khususnya perawat di rumah sakit guna meningkatkan pelayanan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien stroke iskemik yang mengalami hambatan mobilitas fisik.

1.4.2 Bagi Penulis Selanjutnya

Sebagai bahan rujukan atau sumber referensi bagi penulisan, serta menjadi bahan perbandingan untuk membuat karya tulis dan penelitian selanjutnya mengenai asuhan keperawatan pada pasien stroke iskemik yang mengalami hambatan pada mobilitas fisik.

1.4.3 Bagi Penulis

Menjadi acuan penulis untuk semakin meningkatkan pelayanan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik di dunia kerja nantinya.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Stroke Iskemik

Pada konsep ini dijelaskan mengenai stroke iskemik secara keseluruhan yang terdiri dari definisi, etiologi, manifestasi klinis, patofisiologi, komplikasi, dan tata laksana pada pasien stroke iskemik.

2.1.1 Definisi

Stroke merupakan kerusakan fungsi syaraf akibat kelainan vaskuler yang berlangsung lebih dari 24 jam yang diakibatkan karena berhentinya suplai darah ke otak (Black, 2005 dalam Marlina et al., 2013)

Stroke merupakan penyakit penurunan fungsi neurologis secara akut yang diakibatkan karena adanya gangguan pada pembuluh darah otak yang mengakibatkan kematian dan kecacatan (Purnomo, et al., 2017).

Stroke adalah suatu gangguan fungsi syaraf pada otak yang terjadi secara mendadak, dan cepat (Bakara & Warsito, 2016).

2.1.2 Klasifikasi

Stroke dapat diklasifikasikan menjadi 2 jenis:

a. Stroke Iskemik

Stroke iskemik biasa disebut dengan stroke infark, yang mana diakibatkan karena adanya sumbatan atau gumpalan pada arteri yang ada di dalam otak yang sebelumnya telah menjadi *arterosklerosis* sehingga aliran darah ke otak terganggu (Arifianto, Sarosa, & Setyawati, 2014).

b. Stroke Haemoragik

Stroke haemoragik adalah salah satu jenis stroke akibat pecahnya pembuluh darah di otak yang diakibatkan karena tingginya tekanan darah dan *aneurisma* otak (Arifianto, Sarosa, & Setyawati, 2014).

2.1.3 Etiologi

Menurut Adam & Victor's (2009) , penyebab kelainan pembuluh darah otak yang dapat mengakibatkan stroke, antara lain :

a. *Trombosis aterosklerosis*

b. *Transient iskemik*

- c. Emboli
 - d. Perdarahan hipertensi
 - f. Arteritis
 - g. *Trombophlebitis serebral* : infeksi sekunder telinga, sinus paranasal, dan wajah.
 - h. Kelaianan hematologi : antikoagulan dan thrombolitik, kelainan faktor pembekuan darah, polisitemia, sickle cell disease, trombotik trombositopenia purpura, trombositosis, *limpoma intravaskular*.
 - i. Trauma atau kerusakan karotis dan arteri basilar
 - j. *Angiopati amiloid*
 - k. Kerusakan aneurisma aorta
- l Komplikasi angiografi (Adam & Victor's, 2009)

2.1.4 Manifestasi Klinis

Gejala stroke yang timbul akibat gangguan peredaran darah di otak bergantung pada berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasi tempat gangguan peredaran darah.

- a. Arteri cerebri anterior meliputi: hemiparesis kontralateral dengan kelumpuhan tungkai lebih menonjol, Gangguan mental, Gangguan sensibilitas pada tungkai yang lumpuh, Ketidakmampuan dalam mengendalikan buang air bisa terjadi kejang kejang.
- b. Arteri cerebri media meliputi: bila sumbatan di pangkal arteri, terjadi kelumpuhan yang lebih ringan, Bila tidak dipangkal maka lengan lebih menonjol, Gangguan saraf perasa pada satu sisi tubuh, Hilangnya kemampuan dalam berbahasa (aphasia).
- c. Arteri karotis interna meliputi: Buta mendadak, Ketidakmampuan untuk berbicara atau mengerti bahasa lisan bila gangguan terletak pada sisi dominan, Kelumpuhan pada sisi yang berlawanan.
- d. Arteri Cerebri posterior meliputi: Koma, Hemiparesis kontra lateral, Ketidakmampuan membaca, Kelumpuhan saraf cranial ketiga.
- e. Sistem vetreobasiler meliputi: Kelumpuhan disatu samapai keempat ekstremitas, Meningkatnya reflek tendon, Gangguan dalam koordinasi gerakan tubuh, Gejala gejala sereblum seperti gemetar pada tangan (tremor), kepala

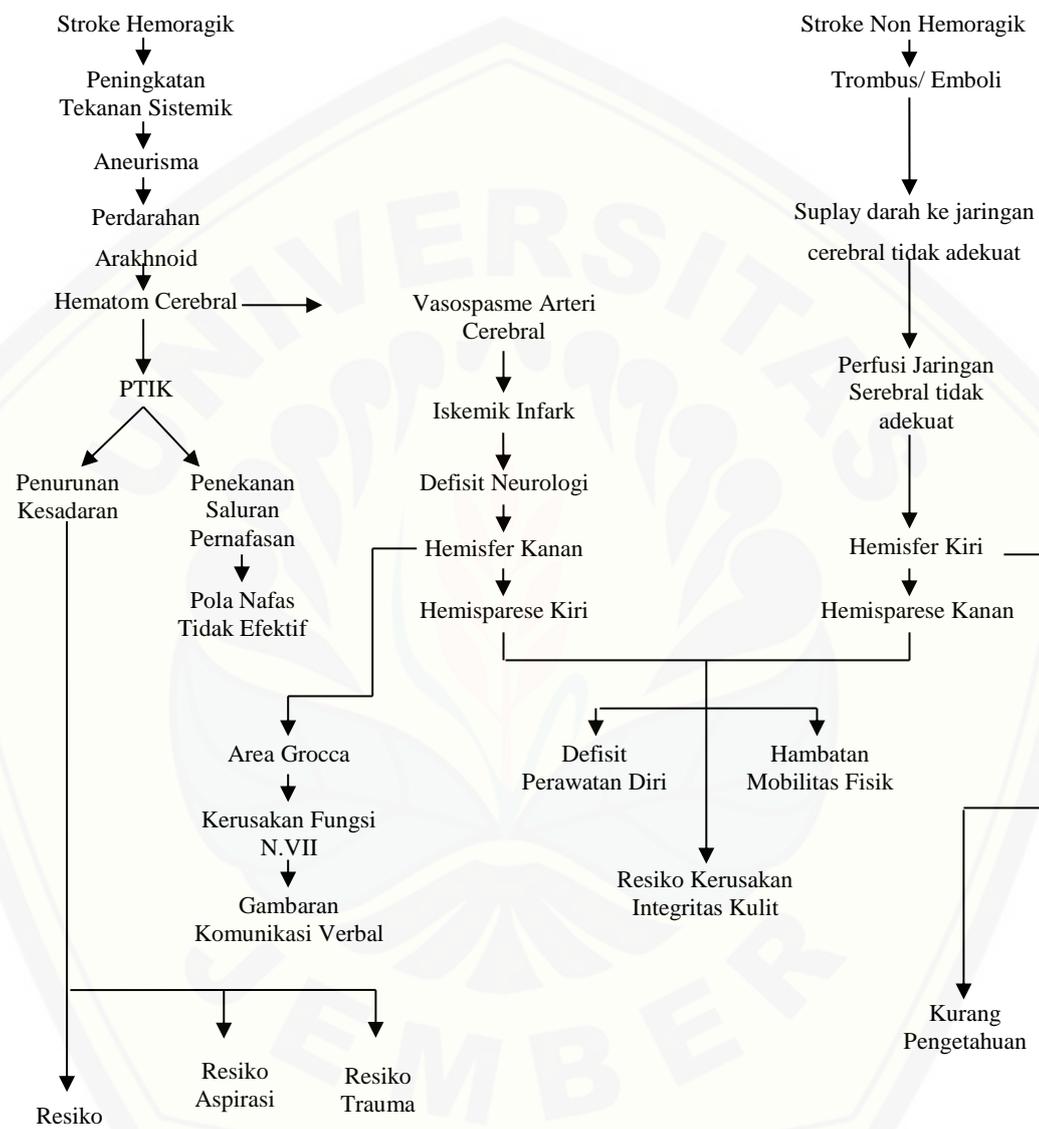
berputar (vertigo), Ketidakmampuan menelan (disfagia), Kehilangan kesadaran sepintas, penurunan kesadaran secara lengkap, koma, pusing, gangguan daya ingat, kehilangan daya ingat terhadap lingkungan, Gangguan penglihatan seperti penglihatan ganda, gerakan bola mata yang tidak dikehendaki, penurunan kelopak mata, kurangnya daya gerak mata, kebutaan setengah lapang pandang pada belahan kanan atau kiri kedua mata, Gangguan pendengaran, Rasa kaku diwajah, mulut atau lidah. (Munir B. , 2015)

2.1.5 Patofisiologi

Adanya thrombus atau sumbatan pada otak akan mengakibatkan menurunnya aliran darah pada sebagian atau keseluruhan otak, sehingga oksigen dalam otak juga menurun. Akibatnya, terjadi deprivasi neuron dari oksigen dan glukosa. Keadaan kekurangan oksigen dalam otak apabila tidak segera ditangani akan mengakibatkan gangguan pada proses seluler yang akibatnya terjadi kematian sel pada otak. Kematian sel pada otak disebut sebagai infark. Bagian otak yang mengalami infark tentu akan mengalami gangguan pada proses neuron, akibatnya, neuron akan berhenti berfungsi sehingga pasien akan mengalami gangguan pada fungsi tubuhnya sesuai dengan lokasi otak yang mengalami infark (MD & John Walden Cole, 2009). Menurut Young (2008), apabila bagian yang terkena adalah capsulla interna, maka pasien akan mengalami kelumpuhan atau kelemahan pada salah satu atau kedua sisi tubuh. Letak capsulla interna berada di serebrum. Letaknya diantara nukleus lentiformis dengan nukleus kaudatus dan thalamus. Terdapat percabangan arteri karotis interna yaitu arteri serebri media dan arteri serebri anterior. Jika terjadi sumbatan pada percabangan arteri tersebut, maka akan beakibat pada terhambatnya aliran darah yang mengakibatkan terjadinya berbagai gejala seperti stroke. Bila lesinya kecil misal suatu infark lakunar dapat timbul suatu pure motor hemiplegi. Bila lesinya cukup besar maka akan timbul gejala hemiplegi dan hemianestesi. Bila lesinya luas dapat timbul gejala trias kapsula interna yaitu hemiplegi, hemianestesi dan hemianopsi secara lengkap. Penurunan fungsi motorik pada pasien stroke ini tentu akan mengakibatkan keterbatasan pada rentang gerak dan mobilisasi. Yang mana

mobilitas ini meliputi kemampuan untuk mobilisasi diri di atas tempat tidur, berjalan, dan berpindah tempat. (sari, et al. 2015)

PATHWAY



Gambar 2.1 (Nursalam, 2013)

2.1.6 Komplikasi

Menurut (Munir B. , 2015) Komplikasi yang mungkin terjadi pada pasien stroke adalah:

- Edema serebri dan peningkatan tekanan intrakranial yang dapat menyebabkan herniasi atau kompresi batang otak

- b. Kejang
- c. Transformasi hemoragik
- d. Infeksi: Pneumonia, ISK
- e. Trombosis vena
- f. Gangguan daily life activity (Munir B. , 2015)

2.1.7 Tata Laksana

a. Penatalaksanaan Umum

1. Pada Fase Akut

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

2. Fase Rehabilitasi

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

b. Pembedahan

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

c. Terapi Obat-Obatan

Terapi pengobatan tergantung dari jenis stroke

1. Stroke iskemik

- a) Pemberian trombolisis dengan rt-PA (recombinant tissue-plasminogen)
- b) Pemberian obat-obatan jantung seperti digoksin pada aritmia jantung atau alfa beta, kaptopril, antagonis kalsium pada pasien dengan hipertensi

2. Stroke Haemoragik

- a) Antihipertensi: Katropil, antagonis kalsium
- b) Diuretik: Manitol 20%
- c) Antikonvulsan: Fenitoin (Tarwoto, Wartona, & S., 2007)

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

Pada konsep ini merupakan konsep asuhan keperawatan hambatan mobilitas fisik, yang terdiri dari definisi hambatan mobilitas fisik, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

2.2.1 Pengkajian

a. Anamnesa

1) Riwayat Hipertensi, Diabetes Mellitus, Penyakit Kardio Vaskuler, TIA

Hipertensi yang terlalu tinggi dapat berakibat pecahnya pembuluh darah dan juga dapat mempersempit ukuran pembuluh darah. Pembuluh darah yang menyempit akan menghambat aliran darah ke otak, sehingga sel-sel otak akan mengalami kematian (Ariani T. , 2012). Menurut Anwar (2012), Hipertensi merupakan penyebab terjadinya stroke sebanyak 16 orang (80%) dari 20 responden.

Peningkatan tekanan darah sistemik akan mengakibatkan kontriksi pada pembuluh darah. Besar kecilnya kontriksi yang terjadi tergantung pada nilai tekanan darah. Apabila tekanan darah cukup tinggi dan terjadi lebih dari satu bulan atau bahkan bertahun-tahun, akan mempengaruhi elastisitas pembuluh

darah, sehingga pembuluh darah yang telah lama berkonstriksi akan susah untuk kembali seperti semula dan akan menjadi permanen. Hal ini tentu sangat berbahaya apabila tidak segera ditangani. Pembuluh darah yang sudah mengalami konstriksi atau penyempitan secara permanen, apabila mengalami penurunan pada tekanan darah, akan berakibat penurunan pada perfusi jaringan pada pembuluh darah, akibatnya pembuluh darah tidak dapat menyesuaikan dengan baik dan berakibat pada terjadinya iskemik serebral (Hariyono, 2002 dalam Sofyan, et al, 2015).

Diabetes mellitus dapat mempercepat timbulnya plak pada pembuluh darah. Akibatnya, akan terjadi sumbatan dan dapat mengakibatkan stroke. Selain itu, diabetes mellitus juga dapat mengakibatkan obesitas, yang mana obesitas tersebut tentu dapat berakibat pada tingginya tekanan darah seseorang dan kadar kolesterol juga meningkat. Tingginya kolesterol dan tekanan darah merupakan faktor penyebab stroke iskemik. (Wijaya & Putri, 2013).

Adanya riwayat stroke sebelumnya juga akan meningkatkan resiko terjadinya stroke serangan berulang. Menurut Hickey (2005) dalam Marlina dan Nurrachman (2013) menjelaskan bahwa bila seseorang pernah mengalami stroke serangan yang pertama, maka beresiko mengalami serangan stroke kedua bahkan stroke selanjutnya bila penanganan stroke yang pertama tidak maksimal.

2) Merokok Sigaret

Merokok merupakan faktor resiko utama untuk terjadinya infark jantung (Ariani T. , 2012)

3) Menggunakan Kontrasepsi Oral

Pemakaian pil KB atau *Hormone Replacement Therapy* (HRT) yang mengandung estrogen dapat mengubah kemampuan penggumpalan darah yang dapat mengakibatkan stroke (Wijaya & Putri, 2013)

4) Gangguan Sensorik/ Motorik

Serangan ini dapat menyebabkan kelemahan dan kelumpuhan pada salah satu atau bahkan kedua sisi bagian tubuh pasien. Kelemahan ini bisa menimbulkan kesulitan saat berjalan dan beraktivitas. (Kozier, Berman, & Shirlee, 2010)

5) Gangguan Penglihatan

Kesulitan melihat pada malam hari, tidak menyadari objek dan kesulitan dalam menilai jarak (Ariani T. , 2012)

b. Pemeriksaan Fisik

Pada pasien stroke, perlu dilakukan beberapa pemeriksaan seperti pemeriksaan tingkat kesadaran, kekuatan otot, tonus otot, serta pemeriksaan radiologi dan laboratorium.

1) Pemeriksaan tingkat kesadaran/ GSC (Glasgow Coma Scale)

Pemeriksaan tingkat kesadaran dilakukan pemeriksaan yang dikenal sebagai Glasgow Coma Scale (GCS) untuk mengamati pembukaan kelopak mata, kemampuan bicara dan tanggap motorik

a) Membuka mata

Membuka spontan: 4

Membuka dengan perintah: 3

Membuka mata dengan rangsangan nyeri: 2

Tidak mampu membuka mata: 1

b) Kemampuan Bicara

Orientasi dan pengertian baik: 5

Pembicaraan yang kacau: 4

Pembicaraan tidak pantas dan kasar: 3

Dapat bersuara, merintih: 2

Tidak ada suara: 1

c) Tanggapan Motorik

Kerusakan sensori akibat stroke dapat ditandai dengan beberapa gejala seperti ketidakmampuan merasakan sentuhan ringan, ketidakmampuan menggerakkan bagian tubuh dan merubah posisi serta ketidakmampuan untuk

mendengarkan, berbicara, dan merasakan rangsangan-rangsangan taktil. (Sari, Agianto, & Wahid, 2015).

Menanggapi perintah: 6

Reaksi gerakan lokal terhadap rangsang: 5

Reaksi menghindar terhadap rangsangan nyeri: 4

Tanggapan fleksi abdnormal: 3

Tanggapan ekstensi abnormal: 2

Tidak ada gerakan: 1 (Ariani T. , 2012)

2) Pemeriksaan persistem

a) Muskuloskeletal

0: Tidak terdeteksi kontaksi otot dan pergerakan

1: Kontraksi otot terlihat dan terpalpasi

2: Otot mampu melawan gravitasi tapi dengan bantuan

3: Otot secara aktif hanya mampu melawan gravitasi

4: Mampu melawan gravitasi tetapi lemah bila diberi tahanan

5: Kekuatan penuh, mampu menahan gravitasi dan tahanan

(Derstine, 2001 dalam Oktraningsih 2017).

Cara mengukur kekuatan otot dengan menggunakan Manual Muscle Testing (MMT):

Saat mengukur kekuatan otot, ada beberapa hal yang harus diperhatikan, yaitu (Pudjiastuti & Utomo, 2003; Torpey, 2010 dalam Oktraningsih, 2017):

a. Posisikan klien sedemikian rupa sehingga otot mudah berkontraksi sesuai dengan kekuatannya. Posisi yang dipilih harus memungkinkan kontraksi otot dan gerakan mudah diobservasi.

b. Bagian tubuh yang akan diperiksa harus terbebas dari pakaian yang menghambat.

c. Usahakan klien dapat berkonsentrasi saat dilakukan pengukuran.

d. Berikan penjelasan dan contoh gerakan yang harus dilakukan.

e. Bagian otot yang akan diukur ditempatkan pada posisi antigravitasi. Jika otot terlalu lemah, maka sebaiknya anak ditempatkan pada posisi terlentang

- f. Bagian proksimal area yang akan diukur harus dalam keadaan stabil untuk menghindari kompensasi dari otot yang lain selama pengukuran.
- g. Selama terjadi kontraksi gerakan yang terjadi diobservasi baik palpasi pada tendon atau perut otot.
- h. Tahanan diperlukan untuk melawan otot selama pengukuran
- i. Lakukan secara hati-hati, bertahap dan tidak tiba-tiba.
- i. Catat hasil pengukuran pada lembar observasi.

b) Pemeriksaan syaraf

Menurut trucker (1998) dalam (Ariani T. , 2012), fungsi saraf kranial adalah sebagai berikut:

- (1) Saraf olfaktorius (N.I): penghidu/penciuman.
Cara memeriksa: meminta menutup mata, letakan bau-bauan yang dikenali pasien di depan hidung lalu minta pasien memeberi tahu bau tersebut.
- (2) Saraf Optikus (N.II): ketajaman penglihatan, lapang pandang
Cara memeriksa: minta pasien melihat sekitar dan menyebutkan yang dilihatnya.
- (3) Saraf okulomotorius (N.III): reflex pupil, otot ocular, eksternal termasuk gerakan ke atas, ke bawah dan medial, kerusakan akan menyebabkan otosis dilatasi pupil.
Cara memeriksa: memeriksa dengan rangsang cahaya, meminta menggerakkan bola mata ke delapan arah
- (4) Saraf troklearis (N.IV): kemampuan melihat ke bawah dan ke samping
Cara memeriksa: meminta pasien melirik ke bawah dan ke samping
- (5) Saraf Trigemini (N.V): fungsi sensori, refleks kornea, kulit wajah dan dahi, mukosa hidung dan mulut, fungsi motoric, refleks rahang
Cara memeriksa: Meminta pasien mengatupkan gigi dan menggerakkan rahang ke kanan dan ke kiri, meminta pasien menutup mata dan mengusap salah satu bagian tubuh pasien lalu meminta pasien menyebutkan daerah tubuh mana yang diusap.
- (6) Saraf Abdusen (N.VI): gerakan ocular, kerusakan akan menyebabkan ketidakmampuan ke bawah dan ke samping

Cara memeriksa: meminta pasien menggerakkan bola mata ke arah lateral

- (7) Saraf Fasialis (N.VII): fungsi motoric wajah bagian atas dan bawah, kerusakan akan menyebabkan asimetris wajah dan poresis

Cara memeriksa: meminta pasien tersenyum, menaikkan alis, meminta pasien untuk merasakan gula dan garam yang diletakkan pada lidah

- (8) Saraf Akustikus (N.VIII): tes saraf koklear, pendengaran, konduksi udara dan tulang, kerusakan akan menyebabkan tinnitus atau kurang pendengaran atau ketulian

Cara memeriksa: membisikkan beberapa kata pada pasien dan meminta pasien mengulangnya, melakukan tes dengan meletakkan garputala di damping dan dibelakang telinga

- (9) Saraf glosofaringeus (N.IX): fungsi motoric, refleks gangguan faringeal, atau menelan

Cara memeriksa: menyentuk ujung tenggorokan pasien dengan tongue spatel dan meminta pasien menelan

- (10) Saraf Vagus (N.X): bicara

Cara memeriksa: diperiksa bersamaan dengan pemeriksaan N IX, dan meminta pasien berbicara

- (11) Saraf Asesorius (N.XI): kekuatan otot trapezius dan sternocleidomastoid, kerusakan akan menyebabkan ketidakmampuan mengangkan bahu

Meminta pasien menoleh ke kanan dan ke kiri, mengangguk dan mendongakkan kepala, meminta pasien mengangkat bahu dengan tangan perawat menahan bahu tersebut

- (12) Saraf Hipoglosus (N.XII): fungsi motoric lidah, kerusakan akan menyebabkan ketidakmampuan menjulurkan dan menggerakkan lidah

Cara memeriksa: meminta pasien mengeluarkan lidah dan mendorong pipi kanan dan kiri dari dalam mulut

c) Pemeriksaan Reflek Fisiologis

1) Refleks biceps

Cara memeriksa:

Atur posisi lengan pasien lemas, letakkan jempol pemeriksa di atas tendon bicep, lalu ketuk menggunakan palu refleksi

Respon normal : pasien menekuk siku

2) Refleks triceps.

Atur posisi lengan setengah fleksi, ketuk tendon trisep

Respon normal : ekstensi siku.

3) Refleks patela.

Cara memeriksa:

Atur posisi kaki menjuntai, ketuk tendon pada patela

Respon normal : kontraksi otot-otot ekstensor tungkai bawah.

4) Refleks achilles

Cara memeriksa:

Tekuk tungkai ke dalam, ketuk tendon achilles.

Penilaian sebagai berikut :

- Tidak terdapat gerakan reflektorik apapun

+1 ada gerakan reflektorik yang lemah (kontraksi otot)

+2 gerakan reflektorik yang cukup kuat (gerakan sendi), terdapat pada orang normal

+3 gerakan reflektorik yang melebihi respon umum (area penerimaan meluas), tidak selalu patologis, bila simetris klonus negatif

+4 gerakan reflektorik yang jelas meningkat dan patologis (terdapat klonus)

d) Refleks patologis

1) Refleks babinski

a) Melakukan penggoresan telapak kaki bagian lateral dari tumit melengkung sampai pangkal ibu jari

b) Menentukan refleks babinski positif bila timbul dorsum flexi ibu jari kaki, diikuti pengembangan dan ekstensi jari-jari kaki (fanning).

2) Refleks chaddock

Melakukan penggoresan terhadap melingkari maleolus sampai kulit dorsum pedis bagian lateral atau eksterna, hasil positifnya sama dengan refleks babinski

3) Refleks oppenheim

Melakukan pengurutan dari dari proksimal ke distal secara keras dengan jari telunjuk dan ibu jari tangan terhadap kulit yang menutupi os tibia atau dengan menggunakan sendi interfalangeal jari telunjuk dan jari tengah dengan tangan mengepal, hasil positifnya sama dengan refleks babinski.

4) Refleks gordon

Melakukan pemencetan otot betis secara keras, hasil positifnya sama dengan refleks babinski

5) Refleks schaeffer

Melakukan pemencetan tendon achilles secara keras, hasil positifnya sama dengan refleks babinski

6) Refleks gonda

Melakukan penjepitan jari kaki keempat pasien, di plantar fleksikan maksimal, dilepas, hasil positifnya sama dengan babinski.

2.2.2 Definisi

Hambatan mobilitas fisik merupakan suatu Keterbatasan dalam melakukan pergerakan fisik secara mandiri dan terarah pada tubuh atau satu ekstremitas atau lebih (Wilkinson, 2016).

Tingkat 0 : Mandiri total

Tingkat 1 : Memerlukan penggunaan peralatan atau alat bantu.

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

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

Tingkat 4 : Ketergantungan: tidak berpartisipasi dalam aktivitas (Wilkinson, 2016)

Batasan Karakteristik Diagnosa Hambatan Mobilitas Fisik:

1) Objektif

- a) Penurunan Waktu Reaksi
- b) Kesulitan Membolak-balik Posisi Tubuh
- c) Asyik dengan aktivitas lain sebagai pengganti pergerakan (mis., peningkatan perhatian terhadap aktivitas orang lain, perilaku mengendalikan, berfokus pada kondisi sebelum sakit atau ketunadayaan aktivitas)
- d) Dispnea saat beraktivitas
- e) Perubahan cara berjalan (mis., penurunan aktivitas dan kecepatan berjalan, kesulitan untuk memulai berjalan, langkah kecil, berjalan dengan menyeret kaki, pada saat berjalan badan mengayun ke samping)
- f) Pergerakan menyentak
- g) Keterbatasan kemampuan melakukan keterampilan motorik halus
- h) Keterbatasan kemampuan melakukan keterampilan motorik kasar
- i) Keterbatasan rentang pergerakan sendi
- j) Tremor yang diinduksi oleh pergerakan
- k) Ketidakstabilan postur tubuh (saat melakukan rutinitas aktivitas kehidupan sehari-hari)
- l) Melambatnya pergerakan
- m) Gerakan tidak teratur atau tidak terkoordinasi (Wilkinson, 2016)

2.2.3 Intervensi

Tujuan/ kriteria evaluasi:

1. Memperhatikan penggunaan gerakan tubuh, baik aktif maupun pasif untuk meningkatkan atau memelihara kelenturan sendi.

Indikator:

- Pasien mampu melakukan aktivitas sehari-hari dengan bantuan minimal. Seperti makan dan minum diambikan oleh keluarga tetapi dapat menyuap nasi sendiri dan pasien mampu BAK dan BAB di kamar mandi dengan bantuan minimal

2. Mempertahankan atau meningkatkan kekuatan dan fungsi bagian tubuh yang terganggu.

Indikator:

- Kekuatan otot meningkat menjadi __

3. Mempertahankan posisi fungsi yang optimal sebagaimana dibuktikan dengan tidak terjadi kontraktur

Indikator:

- Reflek patologis negatif
- TTV dalam batas normal

TD: 140-90 mmHg

HR: 60-100x/mnt

S: 36,5-37,5°C

RR: 16-24 x/mnt

4. Mendemonstrasikan teknik dan perilaku yang memungkinkan pelaksanaan kembali aktivitas

Indikator:

- Mampu mempraktikkan ROM secara mandiri tanpa bantuan orang lain

Intervensi yang dilakukan :

- a. Promosi Latihan Fisik: Latihan Kekuatan

Memfasilitasi pelatihan otot resistif secara rutin untuk mempertahankan atau meningkatkan kekuatan otot

1. Menjelaskan prosedur dan manfaat *Range Of Motion*
2. Mengkaji skala fungsional otot
3. Mengukur tekanan darah

- b. Terapi Latihan Fisik: Mobilitas Sendi

Menggunakan gerakan tubuh aktif dan pasif untuk mempertahankan atau mengembalikan fleksibilitas sendi

1. Tentukan batasan pergerakan sendi dan efeknya terhadap fungsi sendi
2. Jelaskan pada pasien atau keluarga manfaat dan tujuan melakukan latihan sendi
3. Monitoring lokasi dan kecenderungan adanya nyeri dan ketidaknyamanan selama pergerakan/ aktivitas
4. Bantu pasien mendapatkan posisi tubuh yang optimal untuk pergerakan sendi pasif maupun aktif
5. Lakukan latihan ROM pasif atau ROM dengan bantuan, sesuai indikasi

6. Instruksikan pasien/keluarga cara melakukan latihan ROM pasif, ROM dengan bantuan atau ROM aktif
7. Motivasi pasien agar melakukan latihan pergerakan sendi sesuai yang telah disarankan

c. Pengaturan Posisi:

Mengatur posisi pasien atau bagian tubuh pasien secara hati-hati untuk meningkatkan kesejahteraan fisiologis dan psikologis

1. Jelaskan alasan diperlukannya perubahan posisi
2. Balikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam, sesuai dengan jadwal yang spesifik
3. Balikkan pasien sesuai dengan kondisi kulit
4. Bantu menjaga kebersihan (Wilkinson, 2016)

2.2.4 Implementasi

Implementasi adalah tindakan yang dilakukan sebagai tindak lanjut dari intervensi yang sudah disusun untuk menghasilkan tujuan. Hasil analisis menunjukkan rentang sendi pada pasien stroke dapat mengalami peningkatan setelah dilakukan ROM pasif. Yang mana pada saat dilakukan ROM pasif, akan terjadi kontraksi dan relaksasi otot. Hal ini akan meningkatkan peredaran darah pada sendi yang mengalami kelumpuhan (Bakara & Warsito, 2016)

Definisi ROM

Latihan ROM merupakan suatu rangkaian latihan pergerakan otot yang ditujukan untuk memperbaiki kemampuan pergerakan sendi secara normal dan untuk meningkatkan masa tonus otot latihan yang dilakukan untuk serta untuk mencegah terjadinya kelainan dan perubahan bentuk, kekakuan sendi, dan kontraktur pada sendi (Nurhidayah & Tarigan, 2014 dalam Ananda 2017)

Tujuan ROM

- a. Mempertahankan atau memelihara kekuatan otot
- b. Memelihara mobilitas persendian
- c. Mencegah kelainan bentuk (Suratun, 2008 dalam Ananda, 2017)

Manfaat ROM

Menurut (Nurhidayah & Tarigan, 2014 dalam Ananda 2017), menyatakan bahwa manfaat ROM adalah:

- a. Menentukan nilai kemampuan sendi tulang dan otot dalam melakukan pergerakan
- b. Mengkaji tulang, sendi, dan otot
- c. Mencegah terjadinya kekakuan sendi
- d. Memperlancar peredaran darah
- e. Memperbaiki tonus otot
- f. Meningkatkan mobilisasi sendi
- g. Memperbaiki toleransi otot untuk latihan

Klasifikasi ROM

Suratun (2008) dalam Ananda (2017), mengatakan, ROM dapat dibagi menjadi 2 jenis, yaitu:

- a. ROM pasif, merupakan bentuk latihan ROM yang dilakukan dengan menggunakan bantuan dari orang lain seperti perawat, keluarga, maupun petugas kesehatan lain.
- b. ROM aktif, merupakan suatu bentuk latihan ROM yang dilakukan secara mandiri oleh pasien tanpa bantuan orang lain.

Prinsip Dasar ROM

- a. ROM dilakukan perlahan dan hati-hati agar tidak melelahkan pasien,
- b. Dalam merencanakan program latihan ROM, perhatikan umur pasien, diagnosis, tanda vital, dan lamanya tirah baring,
- c. ROM sering diprogramkan oleh dokter dan dikerjakan oleh fisioterapi atau perawat,
- d. Bagian-bagian tubuh yang dapat dilakukan ROM adalah leher, jari, lengan, siku, bahu, tumit, kaki, dan pergelangan kaki,
- e. ROM dapat dilakukan pada semua persendian atau hanya pada bagian-bagian yang dicurigai mengalami proses penyakit,

f. Melakukan ROM harus sesuai dengan waktunya, misalnya setelah mandi atau perawatan rutin telah dilakukan. (Suratun, 2008 dalam Ananda, 2017)

Indikasi ROM

a. ROM aktif

- 1) Pada saat pasien dapat melakukan kontraksi otot secara aktif dan menggerakkan ruas sendinya baik dengan bantuan atau tidak
- 2) Pada saat pasien memiliki kelemahan otot dan tidak dapat menggerakkan persendian sepenuhnya
- 3) ROM Aktif dapat digunakan untuk program latihan aerobik
- 4) ROM Aktif digunakan untuk memelihara mobilitasi ruas di atas dan di bawah daerah yang tidak dapat bergerak

b ROM pasif

- 1) Pada daerah dimana terdapat inflamasi jaringan akut yang apabila dilakukan pergerakan aktif akan menghambat proses penyembuhan
- 2) Ketika pasien tidak dapat atau tidak diperbolehkan untuk bergerak aktif pada ruas atau seluruh tubuh, misalnya keadaan koma, kelumpuhan atau bed rest total. (Suratun, 2008 dalam Ananda, 2017)

Kontraindikasi ROM

- a. Latihan ROM tidak dianjurkan dengan gerakan-gerakan yang dapat menambah cedera pada pasien
- b. Latihan ROM tidak dianjurkan pada pasien dalam kondisi kritis (Suratun, 2008 dalam Ananda, 2017)

Durasi ROM

Pasien stroke perlu penanganan yang baik untuk mencegah kecacatan fisik dan mental. Sebesar 30% - 40% pasien stroke dapat sembuh sempurna bila ditangani dalam waktu 6 jam pertama, namun apabila dalam waktu tersebut pasien stroke tidak mendapatkan penanganan yang maksimal maka akan terjadi kecacatan atau kelemahan fisik seperti hemiparese. Pasien stroke post serangan

membutuhkan waktu yang lama untuk memulihkan dan memperoleh fungsi penyesuaian diri secara maksimal. Terapi dibutuhkan segera untuk mengurangi cedera cerebral lanjut, salah satu program rehabilitasi yang dapat diberikan pada pasien stroke yaitu mobilisasi persendian dengan latihan range of motion (Levine, 2008 dalam Bakara dan Warsito 2016).

Pelaksanaan dari latihan ROM dapat dilakukan dengan berbagai variasi. Dosis dan intensitas latihan ROM juga cukup beragam. Dari beberapa penelitian yang sudah dilakukan, latihan ROM direkomendasikan sebagai bentuk dari intervensi yang dapat dilakukan untuk menunjang penyembuhan pasien. Smeltzer & Bare (2008) mengatakan, latihan ROM dapat dilakukan selama 10 menit setiap latihan, dan dilakukan sebanyak 4 sampai 5 kali sehari. Sedangkan menurut Perry & Potter (2006) dalam Ananda (2017) menganjurkan untuk melakukan latihan ROM minimal 2 kali dalam satu hari. Pendapat lain dari Tseng, et al. (2007) dalam Susanti (2019) menyebutkan bahwa latihan ROM dapat dilakukan sebanyak 2 kali sehari selama 4 minggu dengan setiap Gerakan dilakukan sebanyak 5 hitungan untuk tiap sendi. Menurut Bandy dan Briggles (1999) dalam Murtaqib (2013) menyatakan bahwa ROM dapat dilakukan sebanyak 1 sampai 3 kali dalam sehari selama 6 minggu dengan gerakan pasif dan statik. Pada minggu pertama, latihan dapat dilakukan sebanyak 5 hitungan setiap gerakan dan meningkat menjadi 6 hitungan pada minggu kedua, lalu pada minggu ke enam dilakukan 10 hitungan untuk setiap gerakan sendi.

Prosedur ROM

Berdasarkan bagian tubuh, yaitu : (Suratun, 2008 dalam Ananda, 2017)

a. Leher

- 1) Fleksi : menggerakkan dagu menempel ke dada.
- 2) Ekstensi : mengembalikan kepala ke posisi tegak.
- 3) Hiperekstensi : menekuk kepala ke belakang sejauh mungkin.
- 4) Fleksi lateral : memiringkan kepala sejauh mungkin ke arah setiap bahu.
- 5) Rotasi : memutar kepala sejauh mungkin ke arah setiap bahu.

b. Bahu

- 1) Fleksi : menaikkan lengan dari posisi di samping tubuh ke depan ke posisi diatas kepala.
- 2) Ekstensi : mengembalikan lengan ke posisi di samping tubuh.
- 3) Hiperekstensi : menggerakkan lengan ke belakang tubuh, siku tetap lurus.
- 4) Abduksi : menaikkan lengan ke posisi samping diatas kepala dengan telapak tangan jauh dari kepala
- 5) Adduksi : menurunkan lengan ke samping dan menyilang tubuh sejauh mungkin.
- 6) Rotasi dalam : dengan siku fleksi, memutar bahu dengan menggerakkan lengan sampai ibu jari menghadap ke dalam dan ke belakang
- 7) Rotasi luar : dengan siku fleksi, menggerakkan lengan sampai ibu jari ke atas dan samping kepala.
- 8) Sirkumduksi : menggerakkan lengan dengan gerakan penuh.

c. Siku

- 1) Fleksi : menekuk siku sehingga lengan bawah bergerak ke depan sendi bahu dan tangan sejajar bahu.
- 2) Ekstensi : meluruskan siku dengan menurunkan lengan.

d. Lengan Bawah

- 1) Supinasi : memutar lengan bawah dan tangan sehingga telapak tangan menghadap ke atas
- 2) Pronasi : memutar lengan bawah sehingga telapak tangan menghadap ke bawah

e. Pergelangan Tangan

- 1) Fleksi : menggerakkan telapak tangan ke sisi bagian dalam lengan bawah

- 2) Ekstensi : menggerakkan jari-jari sehingga jari-jari, tangan dan lengan bawah berada dalam arah yang sama
- 3) Hiperekstensi : membawa permukaan tangan dorsal ke belakang sejauh .mungkin.
- 4) Abduksi : menekuk pergelangan tangan miring ke ibu jari
- 5) Adduksi : menekuk pergelangan tangan miring ke arah lima jari

f. Jari-Jari Tangan

- 1) Fleksi : membuat genggaman
- 2) Ekstensi : meluruskan jari-jari tangan
- 3) Hiperekstensi : menggerakkan jari-jari tangan ke belakang sejauh mungkin
- 4) Abduksi : meregangkan jari-jari tangan yang satu dengan yang lain
- 5) Adduksi : merapatkan kembali jari-jari tangan

g. Ibu Jari

- 1) Oposisi : menyentuhkan ibu jari ke setiap jari-jari tangan pada tangan yang sama.

h. Pinggul

- 1) Fleksi : menggerakkan tungkai ke depan dan ke atas
- 2) Ekstensi : menggerakkan kembali ke samping tungkai yang lain
- 3) Hiperekstensi : menggerakkan tungkai ke belakang tubuh
- 4) Abduksi : menggerakkan tungkai ke samping menjauhi tubuh
- 5) Adduksi : menggerakkan kembali tungkai ke posisi medial dan melebihi jika mungkin
- 6) Rotasi dalam : memutar kaki dan tungkai ke arah tungkai lain
- 7) Rotasi luar : memutar kaki dan tungkai menjauhi tungkai lain
- 8) Sirkumduksi : menggerakkan tungkai memutar

i. Kaki

- 1) Inversi : memutar telapak kaki ke samping dalam (medial)
- 2) Eversi : memutar telapak kaki ke samping luar (lateral)

j. Jari-Jari Kaki

- 1) Fleksi : melengkungkan jari-jari kaki ke bawah
- 2) Ekstensi : meluruskan jari-jari kaki
- 3) Abduksi : merenggangkan jari-jari kaki satu dengan yang lain
- 4) Adduksi : merapatkan kembali bersama-sama.

Menurut penelitian Maimurrahman (2012) yang berjudul Keefektifan Range of Motion (ROM) Terhadap kekuatan otot Ekstremitas Pada Pasien Stroke, penelitian dilakukan kepada beberapa pasien stroke, dan ditemukan adanya peningkatan derajat kekuatan otot setelah dilakukan terapi ROM. Sebelum dilakukan tindakan ROM, didapatkan hasil kekuatan otot pasien berada di derajat 1 sampai dengan derajat 3, setelah dilakukan terapi ROM, nilai derajat pada sejumlah pasien meningkat menjadi 2 sampai dengan 4 dengan perbedaan senilai $p = 0,003 < 0,05$. Terapi ROM ini terbukti cukup efektif untuk membantu meningkatkan kekuatan pada otot dan ekstremitas pasien yang mengalami kelemahan.

2.2.5 Evaluasi

Menurut Wilkinson (2016):

a. Ambulasi

Kemampuan untuk berpindah dari satu tempat menuju tempat lain yang dilakukan secara mandiri atau dengan menggunakan alat bantu

b. Keseimbangan

Kemampuan untuk mempertahankan keseimbangan tubuh

c. Performa Mekanika Tubuh

Tindakan personal untuk mempertahankan kesejajaran tubuh yang tepat dan untuk mencegah ketegangan otot skeletal

d. Kepuasan Klien: Bantuan Fungsional

Tingkat persepsi positif bantuan keperawatan untuk mencapai mobilitas dan perawatan diri

e. Pergerakan Terkoordinasi

Kemampuan otot untuk bekerja bersama secara volunter dalam menghasilkan gerakan yang bertujuan

f. Pergerakan Sendi (sebutkan sendi)

Rentang pergerakan sendi _____ (sebutkan sendi) aktif dengan gerakan atas inisiatif sendiri

g. Pergerakan Sendi: Pasif

Gerakan sendi dengan bantuan

h. Mobilitas

Kemampuan untuk bergerak secara bertujuan dalam lingkungan sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu

i. Status Neurologis: Pengendalian Pusat Motorik

Kemampuan sistem saraf pusat untuk mengoordinasikan aktivitas otot skeletal untuk gerakan tubuh

j. Fungsi Skeletal

Kemampuan tulang untuk menyokong tubuh dan memfasilitasi pergerakan

k. Performa Berpindah

Kemampuan untuk mengubah letak tubuh secara mandiri dengan ataupun alat bantu

BAB 3. METODE PENULISAN

Pada bab ini diuraikan tentang metode yang digunakan dalam pengambilan data meliputi: desain penelitian, batasan istilah, partisipan, lokasi dan waktu, pengumpulan data, uji keabsahan data, analisa data, dan etika penulisan.

3.1 Desain Penelitian

Penyusunan Laporan tugas akhir yang bertujuan untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan hambatan mobilitas fisik pada Ny. Ry dan Ny. Rh dengan diagnosa stroke iskemik di ruang melati RSUD dr. Haryoto lumajang.

3.2 Batasan Istilah

Dalam batasan istilah penulis menjelaskan tentang istilah kunci yang menjadi fokus dalam penulisan laporan kasus. Adapun istilah-istilah yang digunakan dalam laporan kasus ini meliputi:

- a. Asuhan Keperawatan pada studi ini merupakan serangkaian kegiatan mulai dari pengkajian pada pasien sampai evaluasi guna memebrikan tindakan keperawatan secara maksimal.
- b. Pasien Stroke Iskemik pada studi ini merupakan pasien yang menjalani rawat inap di RSUD dr. Haryoto Lumajang dan didiagnosa stroke iskemik dalam rekam medis.
- c. Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik pada studi ini merupakan suatu keadaan dimana seseorang mengalami penurunan kemampuan untuk menggerakkan tubuhnya secara fisik, dan telah memenuhi 2 atau lebih batasan karakteristik dari batasan karakteristik hambatan mobilitas fisik sebagai berikut: kesulitan membolak-balik posisi tubuh, dispnea saat beraktivitas, perubahan cara berjalan, pergerakan menyentak, keterbatasan kemampuan untuk melakukan keterampilan motorik halus, keterbatasan kemampuan untuk melakukan keterampilan motorik kasar, keterbatasan rentang pergerakan sendi, ketidakstabilan postur tubuh, melambatnya pergerakan, gerakan tidak teratur atau tidak terkondisi.

3.3 Partisipan

Partisipan yang dimaksud dalam studi kasus ini adalah Ny. Ry dan Ny. Rh yang merupakan pasien dengan diagnosa stroke iskemik pada rekam medik dan mengalami masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik, kedua pasien kesulitan membolak balik tubuh dengan kekuatan otot 1-3, kesadaran compos mentis dan telah menandatangani *informed concent*

3.4 Lokasi dan Waktu

3.4.1 Lokasi

Pengambilan data untuk menyusun laporan tugas akhir telah dilakukan di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang.

3.4.2 Waktu

Waktu pengambilan data pada kedua pasien dilakukan selama 3 hari. Pada Ny. Ry dilakukan sejak tanggal 6 – 8 September 2019 dan pada Ny. Rh dilakukan sejak tanggal 9-11 September 2019.

3.5 Pengumpulan Data

3.5.1 Proses Pengumpulan Data

Proses pengumpulan data diawali dengan meminta izin dan persetujuan akan melakukan pengambilan data laporan tugas akhir dari Kepala Program Studi (Kaprodi) kemudian surat dibawa ke Badan Kesatuan Bangsa dan Politik (Bakesbangpol) dengan menyerahkan bukti tugas proposal untuk mendapatkan izin penelitian. Setelah mendapatkan izin dari Bakesbangpol dengan menyerahkan surat tembusan ke Dinas Kesehatan, Polres, Bappeda, dan Bupati dengan nomor surat 072/1903/427.75/2019, kemudian meminta izin ke direktur RSUD dr. Haryoto Lumajang dan diserahkan ke ruang melati RSUD dr. Haryoto lumajang. Setelah itu penulis mencari 2 partisipan sesuai dengan kriteria pasrtisipan yang telah ditulisa dalam proposal tugas akhir, dan 2 pasien tersebut merupakan Ny. Ry dan Ny. Rh, kemudian penulis melakukan penjelasan mengenai tujuan pengambilan data serta meminta persetujuan menjadi partisipan yang dibuktikan dengan Ny. Ry dan Ny. Rh menandatangani lembar *informed concent*.

3.5.2 Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Pada pasien 1 dan 2 dilakukan wawancara dengan menanyakan identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, dan pola-pola kesehatan pasien. Didapatkan data, pasien 1, Ny. Ry seorang buruh tani yang berusia 63 tahun, memiliki riwayat hipertensi, mengalami kelumpuhan pada salah satu sisi tubuhnya pada pagi hari setelah shalat subuh. Pasien 2, Ny. Rh, seorang ibu rumah tangga yang berusia 60 tahun, memiliki riwayat hipertensi dan stroke sebelumnya, dan kali ini merupakan stroke serangan kedua.

b. Observasi

Kedua pasien diobservasi selama 3 hari dengan dilakukan beberapa pemeriksaan, yaitu pemeriksaan kesadaran, tanda-tanda vital, pemeriksaan kekuatan otot, dan pemeriksaan fisik pada pasien secara head to toe dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Observasi pada Ny. Ry dilakukan sejak tanggal 6-8 September 2019, dengan kesadaran daat pengkajian composmentis, tekanan darah 160/90 mmHg dan pada Ny. Rh dilakukan sejak tanggal 9-11 September 2019 dengan kesadaran composmentis, tekanan darah saat pengkajian awal 160/90 mmHg.

c. Studi Dokumentasi

Penulisan data pada pasien 1 dan 2 yang telah didapatkan dari metode wawancara dan observasi diperkuat studi dokumentasi dengan melihat catatan pemeriksaan pasien yaitu pemeriksaan laboratorium, CT-Scan, dan catatan rekam medik pasien. Data yang diperoleh dari Ct-Scan kedua pasien didapatkan adanya infark pada capsulla interna.

3.6 Etika Penulisan

Masalah etika penulisan keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian keperawatan berhubungan dengan manusia, akan segi etika penelitian harus diperhatikan. Masalah etika yang harus diperhatikan antara lain sebagai berikut:

3.6.1 *Informed Consent*

Informed consent diberikan kepada Ny. Ry dan Ny. Rh sebelum penelitian dan dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya.

3.6.2 Tanpa Nama (Anonymity)

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

3.6.3 Kerahasiaan (Confidentiality)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.

BAB 5. PENUTUP

Pada bab 5 ini penulis akan memaparkan kesimpulan dan saran dari laporan tugas akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. Rh dan Ny. Rs Dengan Stroke Iskemik Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Kenanga RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019”

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Pengkajian Keperawatan

Dari hasil pengkajian pada kedua pasien didapatkan pasien pertama (Ny. Ry) berjenis kelamin perempuan, berusia 63 tahun, sedangkan pasien dua (Ny. Rh) berjenis kelamin perempuan, berusia 60 tahun, yang merupakan karakteristik umum penderita stroke iskemik. Kedua pasien yang sama yaitu kelemahan pada salah satu sisi tubuh. Pada pasien pertama terserang stroke saat shalat shubuh, dan pada pasien kedua mengalami serangan stroke ketika bangun tidur. Pada riwayat penyakit sekarang pasien 1 pertama kali mengalami stroke sedangkan pasien 2 mengalami stroke serangan ke 2. Pada sistem musculoskeletal terdapat rentang gerak terbatas dan pada pemeriksaan CT-Scan, terdapat infark cerebri pada capsulla interna.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan pada kedua pasien, didapatkan diagnose keperawatan prioritas yaitu Hambatan Mobilitas Fisik. Batasan karakteristik yang terdapat pada kedua pasien telah memenuhi jumlah miimum batasan karakteristik yaitu 4 dari 11 batasan karakteristik hambatan mobilitas fisik.

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada pasien stoke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik sesuai dengan NIC menurut Bulechek *et al*, (2016) diantara terapi latihan: mobilisasi (pergerakan) sendi yang terdiri 5 intervensi dimana ROM (*Range Of Motion*) pasif masuk aktivitas terapi latihan:

mobilitas (pergerakan) sendi. Selain itu, intervensi yang lain juga tetap dijalankan sesuai kondisi klinis klien.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada kedua pasien sama, yaitu selama 3 hari. Tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul dan sesuai dengan intervensi yang disusun oleh peneliti sebelumnya. Pada dasarnya tindakan keperawatan yang penting dan harus dilakukan oleh peneliti yaitu mengajarkan latihan rentang gerak atau ROM (*Range Of Motion*) yang diimplementasikan oleh peneliti selama tiga hari.

5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Pada tahap ini merupakan suatu tahapan untuk mengetahui tingkat keberhasilan dari tindakan yang telah dilakukan. Dalam melakukan evaluasi pada kedua klien ditetapkan berdasarkan kriteria hasil yang telah disusun pada intervensi oleh peneliti. Kriteria hasil yang tercapai adalah 2 dari 4 kriteria hasil. Pada kedua pasien sama-sama mengalami peningkatan kekuatan otot namun belum signifikan.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Klien dan Keluarga

Stroke iskemik adalah suatu kondisi dimana terjadi penyumbatan pada aliran darah akibat adanya trombus pada pembuluh darah. Dalam hal ini, pasien dan keluarga pasien diharapkan dapat menerapkan latihan rentang gerak di rumah setelah pulang dari rumah sakit secara rutin dan mandiri sehingga pasien tidak mengalami komplikasi seperti kontraktur sendi. Penulis juga menyarankan agar pemberian nutrisi yang baik bagi pasien yang mana juga dapat diterapkan di rumah oleh keluarga supaya kekuatan otot pasien kembali normal.

5.2.2 Bagi Penulis Selanjutnya

Dapat dijadikan sebagai data dasar atau referensi untuk perbaikan penelitian di masa yang akan datang. Agar hasil penelitian memuaskan, untuk intervensi pada diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik dapat ditambahkan dengan menambahkan frekuensi dan durasi latihan rentang gerak atau ROM sehingga

pencapaian tujuan menjadi lebih optimal lagi. Bisa juga ditambahkan dengan intervensi yang dimodifikasi atau intervensi keperawatan terbaru dan inovasi sesuai dengan hasil penelitian-penelitian yang dapat menghasilkan hal yang positif dan lebih baik lagi.

5.2.3 Bagi Perawat

Diharapkan kepada perawat agar memberikan pelayanan terbaik kepada semua pasien terutama stroke iskemik yang mengalami hambatan pada mobilitas fisik. Lakukan ROM sesuai dengan teori yang ada untuk menghasilkan peningkatan kekuatan otot yang maksimal. Beri edukasi secara langsung dengan bahasa yang sesuai sehingga keluarga dapat memahami dan menerapkan apa yang sudah diajarkan. Ajarkan dan libatkan keluarga secara langsung dalam tindakan ROM sehingga keluarga dapat membantu pasien melakukan latihan ROM di rumah.

DAFTAR PUSTAKA

- Adam, & Victor's. 2009. *Principles of Neurology 9th Edition*. Boston: The McGraw-Hill Companies.
- Ananda, Irma P. 2017. Pengaruh Range Of Motion (ROM) Terhadap Kekuatan Otot Pada Lansia Bedrest di PSTW Budhi Mulia 3 Margaguna Jakarta Selatan. *Skripsi*. Jakarta: Program Studi Ilmu Kesehatan UIN Syarif Hidayatullah
- Anwar, H. 2012. Hubungan riwayat hipertensi dengan kejadian stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo. *Jurnal Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan UIN Alaudin*.
- Ariani, T. 2012. *Sistem Neurobehaviour*. Jakarta: Salemba Medika.
- Arifianto, A. S., Sarosa, M., & Setyawati, O. 2014. Klasifikasi Stroke Berdasarkan Kelainan Patologis dengan Learning Vektor Quantization. *Jurnal EECCIS*.
- Alway, David., Cole, John. 2012. *Esensial Stroke Untuk Layanan Primer*. Jakarta: EGC.
- Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013*.
- Bakara, D. M., & Warsito, S. 2016. Latihan Range of Motion (ROM) Pasif Terhadap Rentang Sendi Pasien Pasca Stroke. *Idea Nursing Jurnal, VII*.
- Black, J., & Hawks, J. 2014. *Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan*. Jakarta: Salemba Emban Patria.
- Cahyati, Y., Nurachmah, E., & Hastono, S. P. 2013. Perbandingan Peningkatan Kekuatan Otot Pasien Hemiparese Melalui Latihan Range Of Motion Unilateral dan Bilateral. *Jurnal Keperawatan Indonesia Volume 16 No 1*, 40-46.
- Dewanto, G., J. W. S., Riyanto, B., & Turana, Y. 2009. *Panduan Praktis Diagnosis dan Tata Laksana Penyakit Syaraf*. Jakarta: EGC.
- Fauziah, T. 2015. Hubungan Antara Jumlah Leukosit dengan Prognostik Stroke Iskemik di RSUD DR. Moewadi Surakarta. *Skripsi*. Surakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Surakarta

- Feigin, V. 2007. *Panduan Bergambar Tentang Pencegahan dan Pemulihan Stroke*. Jakarta: PT Bhuana Ilmu Popular.
- Fransisca, C. 2008. *Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Gangguan Sistem Persyarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ghani, Lannywati, Miharja, L., Delima. 2016. Faktor Risiko Dominan Penderita Stroke di Indonesia. *Buletin Penelitian Kesehatan Vol. 44*, 49-58.
- Ginsberg. 2008. *Lecture Notes Neurologi*. Jakarta: Erlangga.
- Hanum, P., Lubis, R., & Rasmaliah. 2018. Hubungan Karakteristik Dan Dukungan Keluarga Lansia Dengan Kejadian Stroke Pada Lansia Hipertensi Di Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan. *Jurnal Jumantik Vol. 3 No. 1*, 72-88
- Ismail, A., Handayany, G., Mukmin, A. 2017. Pengaruh Penggunaan Obat Piracetam dan Citicoline Terhadap Stroke Iskemik di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Haji Makassar. *Jurnal FIK UINAM Vol. 5*, 1-8
- Kementrian Kesehatan RI. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2013. Jakarta: Kemenkes RI
- Khairatunnisa, & Sari, D. M. 2017. Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian Stroke pada Pasien di RSUD H. Sahudin Kutacane Kabupaten Aceh Tenggara. *Jurnal Jumantik*, 60-70.
- Kozier, B., Berman, A., & Shirlee, J. 2010. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep Proses dan Praktik Edisi VII Volume I*. Jakarta: EGC.
- Kurniawan, M. 2014. Dukungan Nutrisi Enteral Pada Pasien Stroke dengan Disfagia. *Laporan Kasus*. Jakarta: Program Studi Ilmu Gizi Klinik Universitas Indonesia
- Lidia, C. 2015. Hubungan Kualitas Tidur dan Kejadian Stroke Iskemik di Bangsal dan Poliklinik Saraf RSUD Dokter Abdul Aziz Singkawang. *Skripsi*. Pontianak: Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Tanjungpurwa
- Lie, Z. Y., Tandiono, M., Pricillia, L., Lukito, A. N., & Gasmara, C. P. 2015. Regenerasi Neuron Otak Sebagai Terapi Rehabilitasi Pasca Stroke Dengan Menggunakan Ekstrak Kulit Dan Biji Anggur (Vitis Vinifera) Dalam Menginduksi. *MNJ Vol, 02*, 18-22.

- Maimurrahman, H., Fitria, C. .2012. Keefektifan Range Of Motion (ROM) Terhadap Kekuatan Otot Ekstremitas Pada Pasien Stroke. *Jurnal Akper Surakarta Vol 1, 1-7*
- Marlina, & Nurachmah, E. 2013. Fungsi Kemandirian Pasien Stroke dengan Metode Latihan "Gait". *Jurnal Ners Vol 8 No 1, 56-63.*
- Maulidiyah. 2015. Faktor Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Stroke Iskemik pada Pasien Rawat Inap di RSUD Soedarso Pontianak. *Jurnal Universitas Muhammadiyah Vol. 1, 1-9*
- Muttaqqin, Arif. 2009. Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan. Jakarta: Salemba Medika.
- MD, D. A., & John Walden Cole, M. M. 2009. *Esensial Stroke untuk layanan primer* . Jakarta: EGC.
- Mubarak, W., I, L., & Joko, S. 2015. *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar Buku 1*. Jakarta: Salemba Medika.
- Munir, B. 2015. *Neurologi Dasar*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Murtaqib. 2013. Perbedaan Latihan Range Of Motion (Rom) Pasif Dan Aktif Selama 1 - 2 Minggu Terhadap Peningkatan Rentang Gerak Sendi Pada Penderita Stroke Di Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember. *urnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing)*.
- Nababan, T., Giawa, E. 2019. Pengaruh ROM Pada Pasien Stroke Iskemik Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot di RSU Royal Prima Medan Tahun 2018. *Jurnal Keperawatan Priority Vol. 2, 1-9*
- Nurbaeni, J., Suidiana, I. K., & Harmayetty. 2010. Latihan ROM Lengan Meningkatkan Kekuatan Otot pada Pasien Pasca-Stroke. *Jurnal Ners Vol 5 No 1, 15-20.*
- Nursalam. 2013. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan :Pendekatan Praktis Edisi 3*. Jakarta: Salemba Medika.
- Oktraningsih, I. 2017. Gambaran Kekuatan Otot Pasien Stroke yang Immobilisasi di RSUP H. Adam Malik Medan. *Skripsi*. Medan: Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara.
- Olviani, Y., Mahdalena, & Rahmawati, I. 2017. Pengaruh Latihan Range of Motion (ROM) Aktif-Asistif (Spherical Grip) Terhadap Peningkatan

- Kekuatan Otot Ekstremitas Atas Pada Pasien Stroke di Ruang Rawat Inap Penyakit Syaraf (Seruni)RSUD Ulin Banjarmasin. *Dinamika Kesehatan*, Vol. 8, 1-8
- Pajri, R. N., Safri, & Dewi, Y. I. 2018. Gambaran Faktor Faktor Penyebab Terjadinya Stroke. *Jurnal Universitas Riau*, 436-443
- Purnomo, H., Dalhar, M., Noersyahdu, H., Rianawati, S. B., Rahayu, M., Arisetyono, E., . . . Damayanti, R. 2017. *Buku Ajar Neurologi*. Jakarta: CV. Sagung Seto
- Kementrian Kesehatan RI. 2014. Riset Kesehatan Indonesia Tahun 2013. Jakarta: Kementrian Republik Indonesia
- Ramdani, M. 2018. Karakteristik dan Periode Kekambuhan Stroke Pada Pasien dengan Stroke Berulang di Rumah Sakit Margono Soekardjo Purwokerto Kabupaten Banyumas. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah* 3, 1-15.
- Rukmana, J., Komalasari, R., Hasibuan S. 2017. Kajian Literatur: Penggunaan Virgin Coconut Oil dalam Pencegahan Luka Dekubitus Pada Pasien Imobilitas. *Nursing Current Vol 5*, 62-73.
- Sari, S. h., Agianto, & Wahid, A. 2015. Batasan Karakteristik Dan Faktor Yang Berhubungan (Etiologi) Dan Diagnosis Keperawatan: Hambatan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke. *Jurnal DK Vol.3 No. 1*, 12-21
- Smeltzer, S. C. 2008. *Brunner & Suddarth: Textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins.
- Sofyan, A., Sihombing, I., & Yusuf, H. 2015. Hubungan Umur, Jenis Kelamin dan Hipertensi dengan kejadian stroke. *Jurnal Medula (p-ISSN: 2339-1006; e-ISSN: 2443-0218) Vol.1*, 24-30
- Summers, D., Leonard, A., & Wentworth, D. 2009. Comprehensive Overview of nursing ad interdisciplinary care of the acute ischemic stroke patient: a scientific statement from the American Heart Association.
- Susanti., Bistara D. 2019. Pengaruh Rang Of Motion Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke. *Jurnal Kesehatan Vokasional Vol. 4*, 112-117.
- Tarwoto, Wartona, & S., S. E. 2007. *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Persyarafan*. Jakarta: IKAPI.

- Wahyunah, & Saefulloh, M. 2016. Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Stroke di RSUD Indramayu. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*, 65-76.
- Wardhani, N., Martini, S. 2014. Faktor yang Berhubungan dengan Pengetahuan Tentang Stroke pada Pekerja Institusi Pendidikan Tinggi. *Jurnal Berkala Epidemiologi Vol. 2*, 13-23.
- Widagdo, W. T. 2008. *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Wijaya, A. S., & Putri, Y. M. 2013. *KMB 2 Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Wilkinson, J. M. 2016. *Diagnosis Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Yanti. 2011. Perbandingan Latihan Rom Unilateral Dan Latihan Rom Bilateral Terhadap Kekuatan Otot Pasien Hemiparese Akibat Stroke Iskemik Di RSUD Kota Tasikmalaya Dan RSUD Kab. Ciamis. *Tesis*. Jakarta: FIK UI.
- Young, P. A. 2008. *Basic Clinical Neuroscience*. USA: Lippincott.
- Yudha, F., & Amatiria, G. 2014. Pengaruh Range of Motion (ROM) Terhadap Kekuatan Otot Pasien Pasca Perawatan Stroke. *Jurnal Keperawatan Vol. X*, 203-208

Lampiran 1 Jadwal Penyelenggaraan KTI

JADWAL PENYELENGGARAAN KARYA TULIS ILMIAH: LAPORAN KASUS

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

Lampiran 2

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

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian
Yang bertanda tangan di bawah ini:

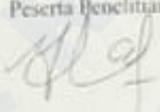
Nama : XXXXXXXXXX
Umur : 62 th
Jenis kelamin : perempuan
Alamat : Desa Selok awar 2
Pekerjaan : Buruh

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan risiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul:
"Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke Iskemik Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019"

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

Lumajang, 7 Agustus 2019

Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian

Yang Menyetujui,
Peserta Penelitian

(Rosiya)

Amarnia Rahmawati
NIM. 162303101009

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

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : R.....
Umur : 60.....
Jenis kelamin : PEREMPUAN.....
Alamat : TEMPURSARI KELAKA.....
Pekerjaan : ...RUMAH TANGGA.....

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

"Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke Iskemik Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019"

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

Lumajang,

Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian

Yang Menyetujui,
Peserta Penelitian

Amarnia Rahmawati
NIM. 162303101009

(.....
ROMATI.....)



PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. HARYOTO
JALAN BASUKI RAHMAT NO. 5 TELP (0334) 881666 FAX (0334) 887383
Email : rsdharyoto@yahoo.co.id
LUMAJANG – 67311

Lumajang, 3 September 2019

Nomor : 445/1020/427.77/2019
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Pengambilan data

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

Sehubungan dengan surat Koordinator Prodi D3 Keperawatan Unej Kampus Lumajang tanggal 26 Agustus 2019 Nomor : 884/UN25.1.14.2/LT/2019 dan Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik tanggal 29 Agustus 2019 Nomor : 072/1903/427.75/2019 perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat, maka bersama ini kami sampaikan bahwa kami menyetujui kepada mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Unej Kampus Lumajang untuk melakukan pengambilan data di ruang Saudara dan kami mohon bimbingannya kepada mahasiswa dimaksud, yaitu:

Nama : AMARNIA RAHMAWATI
NIM : 162303101009
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Iskemik Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

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

RUDIAH ANGGRAENI
NIP. 19671203198203 2 004

Lumajang, 26 Agustus 2019

Yth. Koordinator Prodi D3 Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang
di -
LUMAJANG

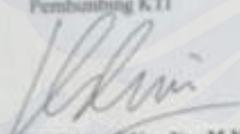
Yang bertanda tangan di bawah ini, saya mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember
Kampus Lumajang
Nama : Amarnia Rahmawati
NIM : 162303101009

Telah mendapatkan ijin dari Pembimbing Tugas Akhir saya untuk menyusun Tugas Akhir dengan
judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Iskemik dengan Masalah Keperawatan Hambatan
Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Pada Tahun 2019".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon perkenan Koordinator Prodi D3
Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang untuk memberikan
surat pengantar dan permohonan ijin untuk melakukan penelitian di institusi tersebut dibawah ini

Nama Instansi : RSUD dr. Haryoto Lumajang
Alamat : Jl. Pisang Agung no 59, Desa Sumberejo, Kecamatan Sukodono,
Kabupaten Lumajang, Jawa Timur, 67312
Waktu penelitian : September 2019 - Desember 2019

Demikian atas perkenannya diucapkan terima kasih

Mengetahui :
Pembimbing KTI

Syaifuddin Nurrianto, S.Kep.Ns., M.Kep
NRP. 760017253

Hormat kami,
Pemohon,

Amarnia Rahmawati
NIM 162303101009

Lampiran 3

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Judul : Latihan ROM
Sasaran : Ny. Ry dan Ny. Rh
Penyuluh : Amarnia Rahmawati
Waktu : 15 menit

I. Analisa Situasi**1.1 Peserta Penyuluhan**

- a. Jumlah : Ny. Ry dan Ny. Rh dan keluarga
- b. Dihadiri oleh pasien stroke yang mengalami penurunan kekuatan otot
- c. Pendidikan : SD
- d. Pekerjaan : Swasta, wiraswasta, TNI/POLRI, ibu rumah tangga

1.2 Penyuluh

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

1.3 Ruangan

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

II. Tujuan Instruksional Umum

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

III. Tujuan Instruksional Khusus

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

- a. Menyebutkan definisi ROM

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

IV. Pokok Materi

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

V. Metode

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

VI. Media

- a. Leaflet

VII. Kegiatan Belajar Mengajar

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

VIII. Materi

a. Definisi ROM

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

b. Manfaat ROM

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

c. Indikasi ROM

1) ROM aktif

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

2) ROM pasif

- a) Pada daerah dimana terdapat inflamasi jaringan akut yang apabila dilakukan pergerakan aktif akan menghambat proses penyembuhan
- b) Ketika pasien tidak dapat atau tidak diperbolehkan untuk bergerak aktif pada ruas atau seluruh tubuh, misalnya keadaan koma, kelumpuhan atau bed rest total.

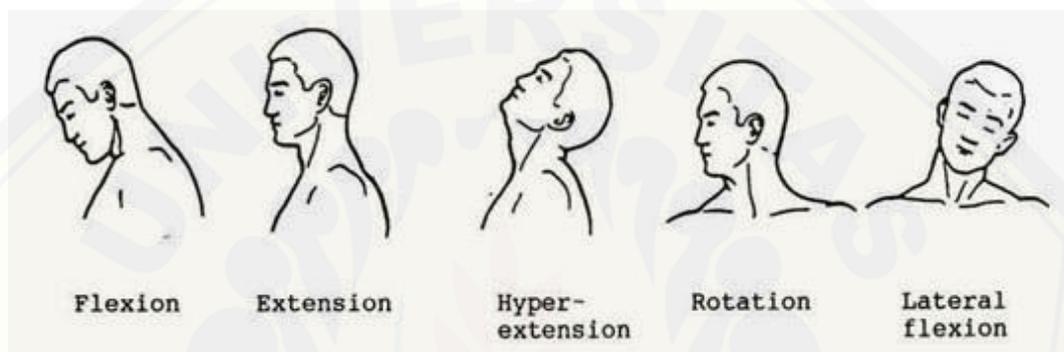
d. Kontraindikasi ROM

- 1) Latihan ROM tidak boleh diberikan apabila gerakan dapat mengganggu proses penyembuhan cedera
- 2) ROM tidak boleh dilakukan bila respon pasien atau kondisinya membahayakan

e. Prosedur ROM

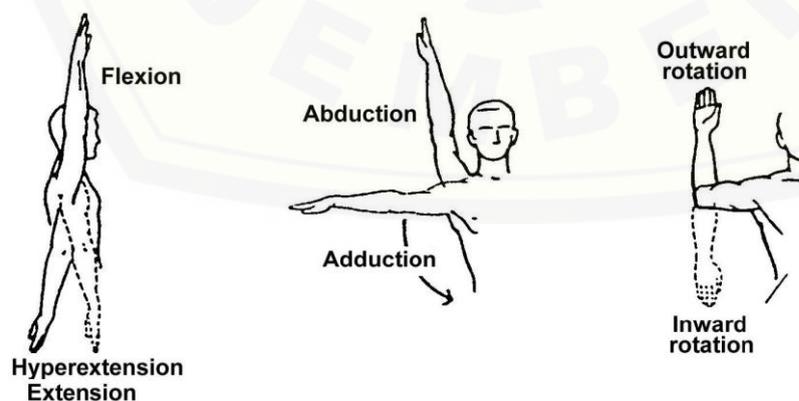
Berdasarkan bagian tubuh, yaitu :

1) Leher



- a) Fleksi : menggerakkan dagu menempel ke dada.
- b) Ekstensi : mengembalikan kepala ke posisi tegak.
- c) Hiperekstensi : menekuk kepala ke belakang sejauh mungkin.
- d) Fleksi lateral : memiringkan kepala sejauh mungkin ke arah setiap bahu.
- e) Rotasi : memutar kepala sejauh mungkin ke arah setiap bahu.

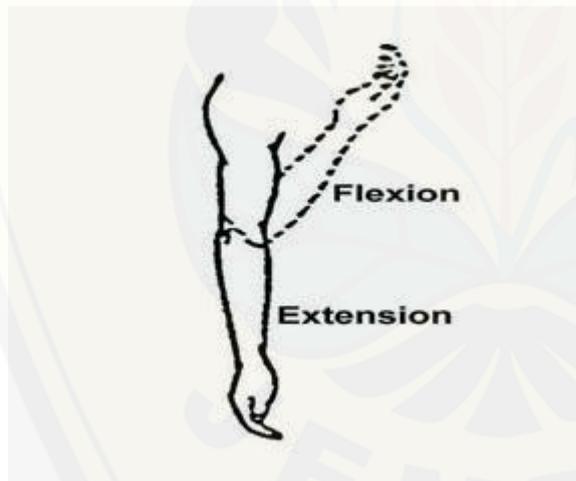
2) Bahu



- a) Fleksi : menaikkan lengan dari posisi di samping tubuh ke depan ke posisi diatas kepala.

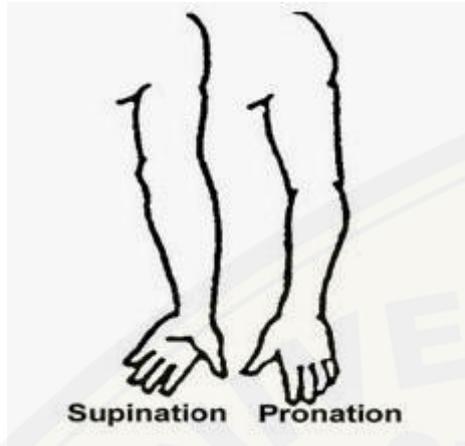
- b) Ekstensi : mengembalikan lengan ke posisi di samping tubuh.
- c) Hiperekstensi : menggerakkan lengan ke belakang tubuh, siku tetap lurus.
- d) Abduksi : menaikkan lengan ke posisi samping diatas kepala dengan telapak tangan jauh dari kepala
- e) Adduksi : menurunkan lengan ke samping dan menyilang tubuh sejauh mungkin.
- f) Rotasi dalam : dengan siku fleksi, memutar bahu dengan menggerakkan lengan sampai ibu jari menghadap ke dalam dan ke belakang
- g) Rotasi luar : dengan siku fleksi, menggerakkan lengan sampai ibu jari ke atas dan samping kepala.
- h) Sirkumduksi : menggerakkan lengan dengan gerakan penuh.

3) Siku



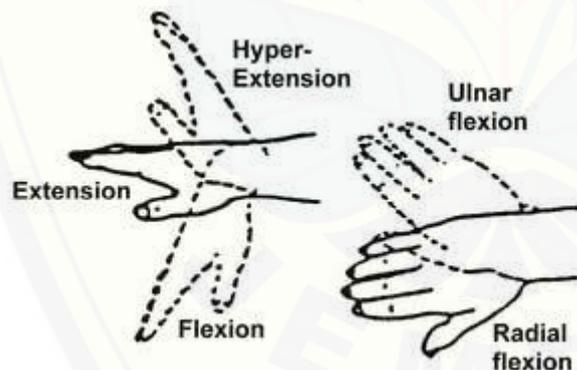
- a) Fleksi : menekuk siku sehingga lengan bawah bergerak ke depan sendi bahu dan tangan sejajar bahu.
- b) Ekstensi : meluruskan siku dengan menurunkan lengan.

4) Lengan Bawah



- a) Supinasi : memutar lengan bawah dan tangan sehingga telapak tangan menghadap ke atas
- b) Pronasi : memutar lengan bawah sehingga telapak tangan menghadap ke bawah

5) Pergelangan Tangan



- a) Fleksi : menggerakkan telapak tangan ke sisi bagian dalam lengan bawah
- b) Ekstensi : menggerakkan jari-jari sehingga jari-jari, tangan dan lengan bawah berada dalam arah yang sama
- c) Hiperekstensi : membawa permukaan tangan dorsal ke belakang sejauh mungkin.
- d) Abduksi : menekuk pergelangan tangan miring ke ibu jari

e) Adduksi : menekuk pergelangan tangan miring ke arah lima jari

6) Jari-Jari Tangan



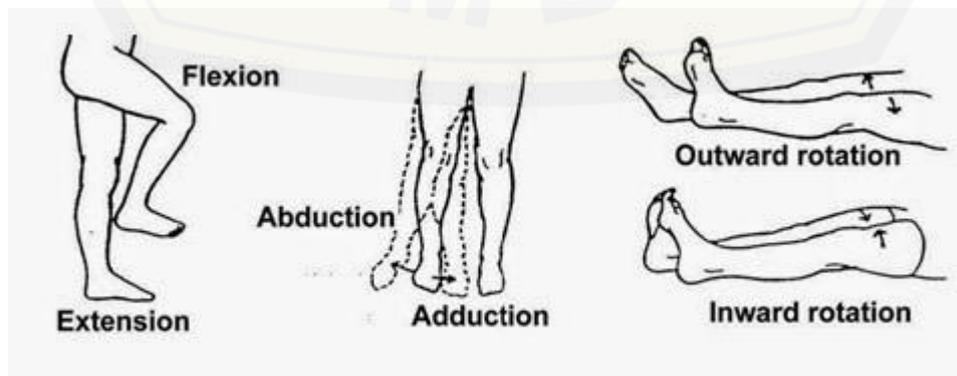
Abduction	Opposition	Extension
Adduction	to little	Flexion
Extension	Flexion	
	finger	

- a) Fleksi : membuat gengaman
- b) Ekstensi : meluruskan jari-jari tangan
- c) Hiperekstensi : menggerakkan jari-jari tangan ke belakang sejauh mungkin
- d) Abduksi : meregangkan jari-jari tangan yang satu dengan yang lain
- e) Adduksi : merapatkan kembali jari-jari tangan

7) Ibu Jari

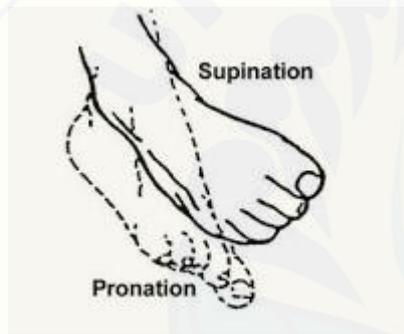
- a) Oposisi : menyentuhkan ibu jari ke setiap jari-jari tangan pada tangan yang sama.

8) Pinggul



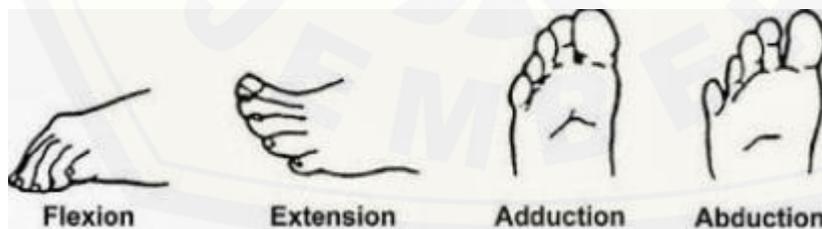
- a) Fleksi : menggerakkan tungkai ke depan dan ke atas
- b) Ekstensi : menggerakkan kembali ke samping tungkai yang lain
- c) Hiperekstensi : menggerakkan tungkai ke belakang tubuh
- d) Abduksi : menggerakkan tungkai ke samping menjauhi tubuh
- e) Adduksi : menggerakkan kembali tungkai ke posisi medial dan melebihi jika mungkin
- f) Rotasi dalam : memutar kaki dan tungkai ke arah tungkai lain
- g) Rotasi luar : memutar kaki dan tungkai menjauhi tungkai lain
- h) Sirkumduksi : menggerakkan tungkai memutar

9) Kaki



- a) Inversi : memutar telapak kaki ke samping dalam (medial)
- b) Eversi : memutar telapak kaki ke samping luar (lateral)

10) Jari-Jari Kaki



- a) Fleksi : melengkungkan jari-jari kaki ke bawah
- b) Ekstensi : meluruskan jari-jari kaki
- c) Abduksi : merenggangkan jari-jari kaki satu dengan yang lain
- d) Adduksi : merapatkan kembali bersama-sama.

IX. Evaluasi

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

X. Literatur

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

Dewanto, G., Suwono, W. J., Riyanto, B., & Turana, Y. (2009). *Panduan Praktis Diagnosis & Tata Laksana Penyakit Saraf*. (N. Suryana, Penyunt.) Jakarta: EGC.

Lampiran 4

 <p>PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER 2019</p>	PEMERIKSAAN KEKUATAN OTOT		
	No. Dokumen	No. Revisi R.00	Halaman 1/1
<p style="text-align: center;">SOP</p>	<p style="text-align: center;">Tanggal Terbit</p>	Ditetapkan	

Pengertian : Pemeriksaan pada otot untuk mengetahui tonus ototsaat pasien istirahat atau bergerak dengan membandingkan kekuatan otot anggota gerak kanan dan anggota gerak kiri

Tujuan : Mengetahui adanya kelemahan (flasditas) dan kontraksi otot yang tiba tiba secara involunter (spastisitas)

Indikasi : Pasien gangguan sistem syaraf dan muskuloskeletal

Persiapan : -

Alat

Persiapan : 1. Atur posisi penderita

Penderita 2. Cek program terapi.

- Prosedur :
1. Mencuci tangan
 2. Memberikan salam kepada pasien dan sapa nama pasien
 3. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada pasien/keluarga
 4. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien sebelum kegiatan dilakukan
 5. Minta pasien mendorong dan menarik tangan tangan penderita secara bergantian
 6. Ukur kekuatan otot setiap ekstremitas

Skala	Kekuatan (%)	Ciri - ciri
0	0	Otot sama sekali tidak mampu bergerak, berkontraksi pun tidak, bila dilepaskan lengan dan tungkai akan jatuh, 100% pasif
1	10%	Kontraksi otot terlihat dan terpalpasi
2	25%	Otot mampu melawan gravitasi tapi dengan bantuan
3	50%	Otot secara aktif hanya mampu melawan gravitasi
4	75%	Mampu melawan gravitasi tetapi lemah bila diberi tahanan
5	100%	Kekuatan penuh, mampu menahan gravitasi dan tahanan

7. Mengevaluasi hasil tindakan yang baru dilakukan
8. Berpamitan dengan pasien
9. Mencuci tangan
 1. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan

Refensi:

- Ariani, T. A., 2012. *Sistem Neurobehaviour*. Jakarta: Salemba Medika
- Oktraningsih, I. 2017. *Gambaran Kekuatan Otot Pasien Stroke yang Immobilisasi di RSUP H. Adam Malik Medan. Skripsi*. Medan: Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara.

 <p>PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER 2017</p>	PEMERIKSAAN NEUROLOGI		
	No. Dokumen	No. Revisi R.00	Halaman 1/1
SOP	Tanggal Terbit	Ditetapkan	

Persiapan : Atur posisi penderita

Penderita : Cek program terapi.

a. Pemeriksaan dua belas saraf kranialis

1) N. I : Olfaktorius

a) Termasuk saraf sensorik

b) Berfungsi untuk mengenali bau-bauan

c) Cara memeriksa : meminta menutup mata, letakkan bau-bauan yang dikenali pasien di depan hidung lalu minta pasien memberi tahu bau tersebut (misalnya : minyak kayu putih)

2) N. II : optikus

a) Termasuk saraf sensoris

b) Bekerja indra penglihatan : lapang pandang, kemampuan melihat, reaksi pupil terhadap cahaya, kemampuan akomodasi mata.

- c) Cara memeriksa : cara yang sama saat memeriksa dengan status snellen dan saat pemeriksaan fisik mata
- 3) N. III : okulomotorius
- a) Termasuk saraf motorik
 - b) Berfungsi sebagai penggerak kelopak mata, ukuran pupil, dan reaktivitas terhadap cahaya
 - c) Cara memeriksa :
 - a) Dengan cara pemeriksaan rangsang cahaya,
 - b) Dengan cara pemeriksaan gerak bola mata pada delapan arah.
- 4) N. IV : Troklearis.
- a) Termasuk saraf motorik
 - b) Kemampuan bola mata bergerak ke bawah dan lateral
 - c) Cara memeriksa : minta pasien menoleh ke arah bawah dan lateral
- 5) N. V : trigeminal
- a) Berfungsi sebagai saraf motorik dan sensorik
 - b) Berfungsi dalam proses mengunyah dan merasakan makanan : refleks kornea
 - c) Cara memeriksa
 - (1) Minta pasien untuk membuka mulut sementara pemeriksa mencoba menutup, dan minta pasien menggerakkan rahang ke kiri dan kanan, kemudian perintahkan untuk mengatupkan gigi
 - (2) Minta pasien menutup mata, usap daerah pada wajah dan minta pasien menyebutkan daerah mana yang diusap. Pada pasien koma, usap kornea dengan kapas halus, jika masih ada respon, pasien akan menutup kelopak mata.
- 6) N. VI : abduksen
- a) Berfungsi sebagai saraf motorik
 - b) Menggerakkan bola mata ke arah lateral
 - c) Cara memeriksa :
 - (1) Minta pasien menggerakkan bola mata ke arah lateral

7) N. VII : fasialis

- a) Berfungsi sebagai saraf motorik dan sensorik
 - b) Memberi ekspresi wajah, perasa, refleks kornea, pentupan kelopak mata dan bibir.
 - c) Cara memeriksa :
 - (1) Minta pasien tersenyum, menaikkan alis, serta berusaha menutup mata dan bibir sementara pemeriksa mencoba membukanya;
 - (2) Minta pasien untuk merasakan gula dan garam yang diletakkan pada lidah. Normalnya pasien akan merasakan rasa yang berbeda
- 8) N. VIII : akustius
- a) Berfungsi sebagai saraf sensoris.
 - b) Mengendalikan pendengaran dan keseimbangan tubuh.
 - c) Cara memeriksa :
 - (1) Memeriksa tajam pendengaran seperti pada pengkajian telinga,
 - (2) Gangguan pendengaran dapat menyebabkan gangguan pada keseimbangan.
- 9) N. IX : glossofaringeal.
- a) Berfungsi sebagai saraf sensoris dan motorik
 - b) Mengendalikan proses menelan dan muntah, merasakan rasa pada lidah.
 - c) Cara memeriksa :
 - (1) Sentuh ujung tenggorokan dengan spatel lidah steril,
 - (2) Minta pasien untuk emnelan
- 10) N. X : vagus
- a) Berfungsi sebagai saraf motorik dan sensorik
 - b) Mengendalikan proses menelan (motorik), bicara (fonasi), dan refleks muntah.
 - c) Cara memeriksa :
 - (1) Diperiksa bersamaan dengan memeriksa N.IX.
 - (2) Kaji kejelasan pasien saat berbicara.

11) N. XI : spinal aksesorius.

- a) Berfungsi sebagai saraf motorik.
- b) Mengendalikan gerakan bahu dan rotasi kepala.
- c) Cara memeriksa :
 - (1) Minta pasien untuk menoleh ke arah kiri dan kanan, menganggukkan dan mendongakkan kepala.
 - (2) Minta pasien untuk menaikkan bahu sementara pemeriksa memberi tahanan pada bahu.
 - (3) Pemeriksaan ini tidak selalu dilakukan.

12) N. XII : hipoglossus

- a) Termasuk saraf motorik.
- b) Berfungsi untuk menggerakkan lidah, membantu proses artikulasi saat berbicara.
- c) Cara memeriksa :
 - (1) Minta pasien mengeluarkan lidah, mendorong pipi kiri dan kanan pada bagian dalam dengan lidah;
 - (2) Kaji artikulasi pasien saat berbicara.

b. Pemeriksaan refleks fisiologis

Berikut adalah penjelasan dari refleks-refleks anggota gerak.

1) Refleks biseps

- a) Pusat : segmen medula spinalis C5 dan C6.
- b) Pada pemeriksaan lengan kanan pasien diletakkan dalam posisi lemas.
- c) Refleks pada lengan kiri pemeriksaan lengan kanan pasien diletakkan posisi lemas.
- d) Refleks pada lengan kiri pemeriksa sedemikian rupa sehingga jempol pemeriksa ditempatkan pada tendon biseps dan kemudian jempol ditebuk dengan palu refleks.
- e) Respon normal : pasien menekuk siku

2) Refleks triseps.

- a) Pusat : di segmen C7 dan C8.

- b) Cara : lengan diletakkan setengah fleksi di sendi siku.
 - c) Repon normal : ekstensi siku.
- 3) Refleks patela.
- a) Pusat : medula spinalis setinggi 1,2,3 dan 4.
 - b) Tungkai ditekuk pada sendi lutut.
 - c) Palu refleks mengetuk tendon yang berada dekat tepi bawah patela.
 - d) Respons normal : kontraksi otot-otot ekstensor tungkai bawah.
- 4) Refleks *achilles*
- a) Pusat : medula spinalis setinggi S1.
 - b) Cara : tungkai pasien ditekuk pada sendi lutut, kaki didorsofleksikan secara maksimal dan tendon *achilles* ditekuk.

Penilaian sebagai berikut :

- Tidak terdapat gerakan reflektorik apapun

+1 ada gerakan reflektorik yang lemah (kontraksi otot)

+2 gerakan reflektorik yang cukup kuat (gerakan sendi), terdapat pada orang normal

+3 gerakan reflektorik yang melebihi respon umum (area penerimaan meluas), tidak selalu patologis, bila simetris klonus negatif

+4 gerakan reflektorik yang jelas meningkat dan patologis (terdapat klonus)

c. Refleks patologis

1) Refleks babinski

- a) Melakukan penggoresan telapak kaki bagian lateral dari tumit melengkung sampai pangkal ibu jari
- b) Menentukan refleks babinski positif bila timbul dorsum flexi ibu jari kaki, diikuti pengembangan dan ekstensi jari-jari kaki (fanning).

2) Refleks chaddock

Melakukan penggoresan terhadap melingkari maleolus sampai kulit dorsum pedis bagian lateral atau eksterna, hasil positifnya sama dengan refleks babinski

3) Refleks oppenheim

Melakukan pengurutan dari dari proksimal ke distal secara keras dengan jari telunjuk dan ibu jari tangan terhadap kulit yang menutupi

os tibia atau dengan menggunakan sendi interfalangeal jari telunjuk dan jari tengah dengan tangan mengepal, hasil positifnya sama dengan refleks babinski.

4) Refleks gordon

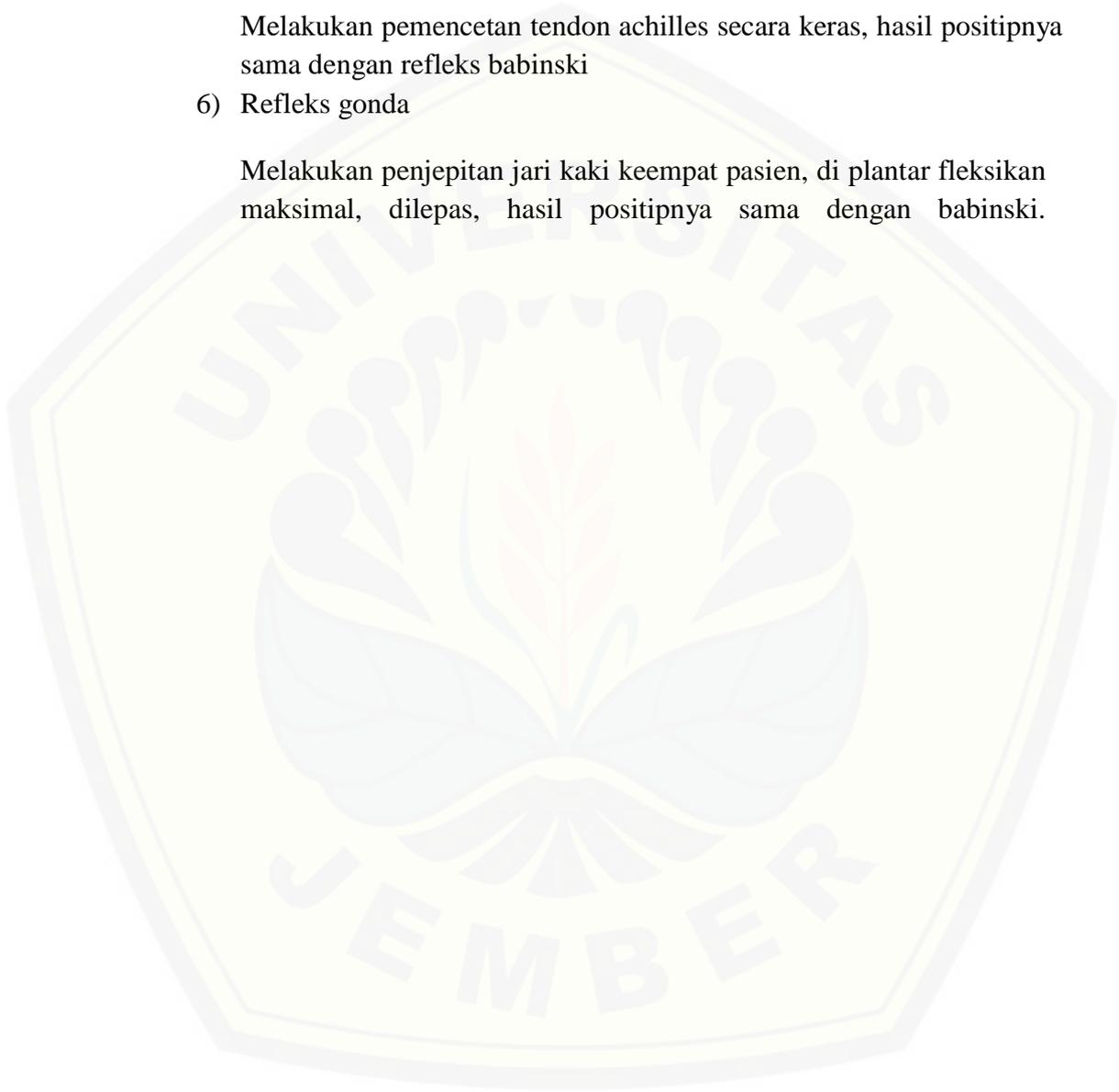
Melakukan pemencetan otot betis secara keras, hasil positifnya sama dengan refleks babinski

5) Refleks schaeffer

Melakukan pemencetan tendon achilles secara keras, hasil positifnya sama dengan refleks babinski

6) Refleks gonda

Melakukan penjepitan jari kaki keempat pasien, di plantar fleksikan maksimal, dilepas, hasil positifnya sama dengan babinski.



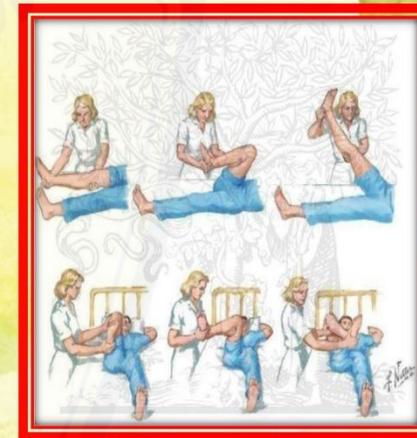
LATIHAN ROM PASIF :

- a. Gerakan menekuk dan meluruskan sendi bahu :
 - ✓ Tangan satu penolong memegang siku, tangan lainnya memegang lengan.
 - ✓ Luruskan siku naikan dan turunkan lengan dengan siku tetap lurus
- b. Gerakan menekuk dan meluruskan siku :
 - ✓ Pegang lengan atas dengan tangan satu, tangan lainnya menekuk dan meluruskan siku
- c. Gerakan memutar pergelangan tangan :
 - ✓ Pegang lengan bawah dengan tangan satu, tangan yang lainnya menggenggam telapak tangan pasien

- d. Gerakan menekuk dan meluruskan pergelangan tangan:
 - ✓ Pegang lengan bawah dengan tangan satu, tangan lainnya memegang pergelangan tangan pasien
 - ✓ Tekuk pergelangan tangan ke atas dan ke bawah
- e. Gerakan memutar ibu jari:
 - ✓ Pegang telapak tangan dan keempat jari dengan tangan satu, tangan lainnya memutar ibu jari tangan
- f. Gerakan menekuk dan meluruskan jari-jari tangan :
 - ✓ Pegang pergelangan tangan dengan tangan satu, tangan yang lainnya menekuk & meluruskan jari-jari tangan
- g. Gerakan menekuk dan meluruskan pangkal paha:
 - ✓ Pegang lutut dengan tangan satu, tangan lainnya memegang tungkai
 - ✓ Naikkan dan turunkan kaki dengan lutut yang lurus



RANGE OF MOTION (ROM) PADA PASIEN STROKE



AMARNIA RAHMAWATI
162303101009

PROGRAM STUDI
D3 KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER

Range Of Motion (ROM)

ROM pada pasien stroke adalah sejumlah pergerakan yang mungkin dilakukan pada bagian-bagian tubuh pada pasien stroke untuk menghindari adanya kekakuan

Tujuan ROM :

1. Meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot
2. Mempertahankan fungsi jantung dan pernapasan
3. Mencegah kontraktur dan kekakuan pada sendi
4. Melancarkan peredaran darah

Macam-macam ROM:

ROM pasif: Latihan yang dilakukan dengan bantuan orana lain.

ROM Aktif : Pasien menggunakan ototnya untuk melakukan gerakan secara mandiri.

Waktu dan Frekuensi Melakukan ROM:

1. Idealnya latihan ini dilakukan sekali sehari.
2. Lakukan masing-masing gerakan sebanyak 10 hitungan, latihan dilakukan dalam waktu 30 menit.
3. Mulai latihan secara perlahan, dan lakukan latihan secara bertahap.
4. Usahakan sampai mencapai gerakan penuh , tetapi jangan memaksakan gerakan.
5. Jangan memaksakan suatu gerakan pada pasien, gerakan hanya sampai pada batas yang ditoleransi pasien.
6. Jaga supaya tungkai dan lengan, anggota badan menyokong seluruh gerakan.
7. Hentikan latihan apabila pasien merasa nyeri, dan segera konsultasikan ke tenaga kesehatan.
8. Dilakukan dengan pelan-pelan dan hati-hati dengan melihat respon/keadaan pasien.