



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. A PASIEN STROKE
ISKEMIK DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI RUANG
MELATI RSUD Dr. HARYOTO
LUMAJANG TAHUN 2023**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh

Luluk Mauliddiyah

NIM 202303101113

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

2023



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. A PASIEN STROKE
ISKEMIK DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI RUANG
MELATI RSUD Dr. HARYOTO
LUMAJANG TAHUN 2023**

LAPORAN TUGAS AKHIR

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

Oleh

Luluk Mauliddiyah

NIM 202303101113

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
TAHUN 2023**

PERSEMBAHAN

Laporan Tugas Akhir ini saya persembahkan untuk:

1. Orang tua, Ibunda Kholifah, Ayahanda Ashari yang tercinta;
2. Guru-guruku sejak pendidikan usia dini sampai dengan perguruan tinggi;
3. Almamater Fakultas Keperawatan Universitas Jember.



MOTO

Jaga otak, jaga hidup: Lawan Stroke dengan Pengetahuan dan Pencegahan
(Stroke: Mengenal, Mencegah, dan Mengatasi)^{*)}

Allah tidak membebani seseorang itu melainkan sesuai dengan kesanggupannya
(Al-Baqoroh, ayat 286)^{**)}



* Pustaka Sehati Indonesia. 2022. *Stroke : A nurse's guide to caring for the patient*. Kementerian Kesehatan Indonesia.

** Departemen Agama Republik Indonesia. 2023. *Al-Quran dan terjemahannya*. Jakarta : Lainah Pentashihan Mushaf Al-Quran.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Luluk Mauliddiyah

Nim : 202303101113

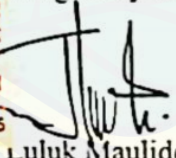
Prodi : Prodi DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas
Jember

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah saya yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada Ny. A Pasien Stroke Iskemik dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2023" adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Lumajang,

Yang menyatakan,




Luluk Mauliddiyah
NIM 202303101113

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. A PASIEN STROKE ISKEMIK
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN GANGGUAN MOBILITAS
FISIK DI RUANG MELATI RSUD
Dr. HARYOTO LUMAJANG
TAHUN 2023**

Oleh

Luluk Mauliddiyah

NIM 202303101113

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Achlish Abdillah, S.ST., Ners., M.Kes.

Dosen Pembimbing Anggota : Eko Prasetya Widiyanto, S.Kep., Ners., M.Kep.

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir ini telah diperiksa oleh pembimbing dan telah disetujui untuk mengikuti sidang hasil Tugas Akhir di Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Lumajang, 08 Juni 2023

Dosen Pembimbing Utama,

Dosen Pembimbing Anggota.

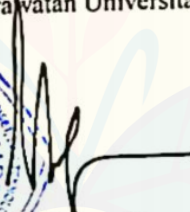


Achlish Abdillah, S.ST., Ners., M.Kes.
NIP 197203232000031003



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

Mengetahui,
Koordinator Program Studi DIII Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Jember



Nurul Hayati, S.Kep., Ners., M.M.
NIP 196506291987032008

PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada Ny.A Pasien Stroke Iskemik dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2023" Luluk Mauliddiyah telah disetujui pada:

Hari, tanggal : Senin, 26 Juni 2023

Tempat : Prodi DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Mengetahui:

Dosen Pembimbing Utama,

Dosen Pembimbing Anggota,



Achlish Abdillah, S.ST., Ners., M.Kes.
NIP 197203232000031003



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

Penguji I



Arista Maisyarah, S.Kep., Ners., M.Kep.
NIP 198205282011012013

Penguji II



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

Mengesahkan,
Koordinator Program Studi DIII Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Jember



Nurul Hayati, S.Kep., Ners., M.M.
NIP 196506291987032008

RINGKASAN

Asuhan Keperawatan pada Ny.A Pasien Stroke Iskemik dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2023; Luluk Mauliddiyah; 202303101113, 2023: 81 halaman; Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Stroke iskemik merupakan proses dimana otak kehilangan fungsinya yang disebabkan karena suplai darah ke otak berhenti karena embolus dan trombus, maka sel yang ada di otak akan mati karena suplai oksigen tidak mencukupi. Tanda yang paling menonjol pada pasien stroke iskemik adalah hemiparesis atau lumpuhnya salah satu sisi tubuh sehingga muncul masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik. Hemiparesis juga menyebabkan hilangnya mekanisme reflek postural normal seperti dalam mengontrol siku, mengontrol gerak kepala untuk keseimbangan, dan rotasi tubuh untuk gerak fungsional pada ekstremitas. Hemiparesis menyebabkan fungsi neuron di system saraf pusat menurun dan akan menghasilkan kelambanan gerak, dan berpikir, bicara tremor serta kekakuan apabila tidak ditangani dapat menyebabkan kecacatan permanen. Tujuan dari penulisan ini adalah untuk mengeksplorasi Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Iskemik dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2023.

Dalam penulisan ini yang digunakan oleh penulis adalah Laporan Kasus. Partisipan yang dipilih sesuai dengan kriteria dan batasan istilah dengan pasien di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang yang didiagnosis Stroke Iskemik dalam rekam medis pasien dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik dengan memenuhi kriteria minimal 80% tanda mayor dan bersedia menjadi partisipan. Pengambilan data dilakukan di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang dalam rentang waktu 08 April-12 April 2023. Teknik pengumpulan data melalui wawancara, observasi, studi dokumentasi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan

penunjang. Rencana keperawatan mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan (SIKI) yaitu intervensi mobilitas fisik.

Hasil pengkajian yang telah dilakukan pada Ny.A terdapat 100% tanda gejala mayor masalah keperawatan Gangguan mobilitas fisik yaitu mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun dengan nilai 3 pada ekstremitas atas bawah sebelah kanan, sendi kaku, gerakan terbatas dan fisik lemah. Intervensi yang dilakukan adalah mobilitas fisik dan pemberian obat yang salah satunya terdapat melakukan pergerakan yaitu dengan terapi cermin. Luaran yang digunakan adalah dukungan mobilisasi dengan status tujuan meningkat dengan 6 indikator. Implementasi yang dilaksanakan ada 5 observasi, 4 terapeutik, 4 edukasi, dan dari 10 intervensi tersebut terdapat 2 tindakan yang tidak bisa di implementasikan yaitu monitor frekuensi jantung sebelum memulai mobilisasi dan libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Hasil evaluasi pada Ny.A menunjukkan kriteria tercapai setelah dilakukan implementasikan keperawatan selama 5 hari di rumah sakit.

Hasil tersebut diharapkan untuk penulis selanjutnya perlu melakukan validasi dengan menambahkan waktu dan jumlah pasien untuk bisa membandingkan hasil dari beberapa pasien dan membuktikan keefektifan dari terapi cermin yang berguna untuk mengurangi masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik. Latihan ini dapat menjadi terapi untuk meningkatkan mobilitas fisik dan meningkatkan kekuatan otot saat di rumah sakit dan bagi perawat rumah sakit dapat mengimplementasikan latihan ini sebagai tindakan mandiri kepada pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik.

SUMMARY

Nursing Care for Mrs.A Ischemic Stroke Patients with Nursing Problems with Impaired Physical Mobility in the Melati Room of RSUD Dr. Haryoto Lumajang Year 2023; Luluk Mauliddiyah; 202303101113, 2023 : 81 pages; DIII Nursing Study Program Faculty of Nursing University Jember.

Ischemic stroke is a process where the brain loses its function caused by the blood supply to the brain stopping due to embolus and thrombus, then the cells in the brain will die due to insufficient oxygen supply. The most prominent sign in ischemic stroke patients is hemiparesis or paralysis of one side of the body resulting in nursing problems with impaired physical mobility. Hemiparesis also causes loss of standard postural reflex mechanisms such as controlling the elbow, controlling head movements for balance, and body rotation for functional activity of the extremities. Hemiparesis causes the function of neurons in the central nervous system to decrease. It will result in the slowness of movement, thinking, speech tremors, and stiffness if left untreated, and can cause permanent disability. This paper aims to explore Nursing Care for Ischemic Stroke Patients with nursing problems with physical mobility disorders in the Melati Room of RSUD Dr. Haryoto Lumajang Year 2023.

In this writing used by the author is the Case Report. Participants were selected according to the criteria and term limits with patients in the Melati Room at RSUD. Dr. Haryoto Lumajang was diagnosed with Ischemic Stroke in the medical record of a patient with nursing problems with impaired physical mobility fulfilling the minimum criteria of 80% of significant signs, and was willing to become a participant. Data was collected in the Melati Room at RSUD Dr. Haryoto Lumajang on 08 April-12 April 2023. Data collection techniques included interviews, observation, documentation studies, physical examinations, and supporting

analyses. The nursing plan refers to the Nursing Intervention Standards (SIKI), namely physical mobility interventions.

The results of the assessment that was carried out on Mrs. A showed 100% of the significant symptoms of nursing problems Impaired physical mobility, namely complaining of difficulty moving the extremities, decreased muscle strength with a value of 3 in the upper and lower extremities on the right, stiff joints, limited movement, and physical weakness. The interventions carried out were physical mobility and administration of drugs, one of which was movement, namely mirror therapy. The output used is mobilization support, with the goal status increasing with six indicators. Implementation carried out there were five observations, four therapeutic, four educational, and of the ten interventions, two actions could not be implemented, namely heart rate monitoring before starting mobilization and involving the family to help patients improve movement. The evaluation results on Mrs.A showed that the criteria were achieved after implementing nursing for five days at the hospital.

These results are expected for further authors to validate by adding the time and number of patients to compare the results of several patients and prove the effectiveness of mirror therapy which helps reduce nursing problems with physical mobility disorders. This exercise can be a therapy to increase physical mobility and muscle strength while in the hospital, and for hospital nurses to implement this exercise as an independent action for patients who experience impaired physical mobility.

PRAKATA

Puji syukur atas kehadiran Allah SWT, atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan tugas akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Ny.A Pasien Stroke Iskemik dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2023”. Laporan tugas akhir ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Diploma III (DIII) Prodi DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang.

Penyusunan laporan tugas akhir ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Dr. Ir. Irwan Taruna, M.Eng., IPM., selaku Rektor Universitas Jember.
2. Lantin Sulistyorini, S.Kep., Ners., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember.
3. Nurul Hayati, S.Kep., Ners., M.M., selaku Koordinator Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang.
4. Syaifuddin Kurnianto, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku dosen pembimbing akademik dan anggota penguji yang mendampingi penulis semenjadi mahasiswa.
5. Achlish Abdillah S.ST., M.Kes., selaku dosen pembimbing utama dan Bapak Eko Prasetya Widiyanto S.Kep., Ners., M.Kep., selaku dosen pembimbing anggota yang selalu sabar dalam membimbing dan memberikan arahan dalam penyusunan tugas akhir ini.
6. Arista Maisyaroh, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku ketua penguji yang telah meluangkan waktu dan pikiran dalam penulisan laporan tugas akhir ini
7. Semua pihak yang telah membantu terselesaikannya laporan tugas akhir.

Penulis juga menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan laporan tugas akhir ini.

Lumajang, 08 Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

SAMPUL	i
LAMAN JUDUL	ii
PERSEMBAHAN	iii
MOTO	iv
PERNYATAAN	v
LEMBAR PERSETUJUAN	vi
PENGESAHAN	viii
RINGKASAN	ix
SUMMARY	xi
PRAKATA	xiii
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR TABEL	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
DAFTAR ISTILAH	xvii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan	3
1.4 Manfaat	3
1.4.1 Bagi penulis.....	3
1.4.2 Bagi Perawat	3
1.4.3 Bagi Pendidikan	4
1.4.4 Bagi pasien dan keluarga.....	4
1.4.5 Bagi Instansi Rumah Sakit	4
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Konsep Stroke	5
2.1.1 Definisi Stroke.....	5
2.1.2 Etiologi Stroke Iskemik.....	5
2.1.3 Klasifikasi Stroke Iskemik	7

2.1.4 Manifestasi klinis/ Tanda Gejala Stroke Iskemik	7
2.1.5 Komplikasi Stroke Iskemik.....	8
2.1.6 Penatalaksanaan Stroke Iskemik	8
2.1.7 Pathway Stroke Iskemik.....	9
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Iskemik	10
2.2.1 Pengkajian Keperawatan	10
2.2.2 Diagnosis Keperawatan.....	19
2.2.3 Planing Keperawatan.....	20
2.2.4 Implementasi Keperawatan	22
BAB 3. METODOLOGI PENULISAN.....	27
3.1. Desain Penulisan.....	27
3.2. Batasan Istilah	27
3.2.1 Asuhan Keperawatan pada pasien Stroke iskemik.....	27
3.2.2 Pasien Stroke Iskemik	27
3.2.3 Definisi Gangguan Mobilitas Fisik	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
a. Wawancara	29
b. Observasi.....	29
3.6 Uji Keabsahan Data	30
3.6.1 Kredibilitas Data	30
3.6.2 Transferabilitas.....	30
3.6.3 Dependabilitas.....	30
3.7 Etika Penulisan	30
3.7.2 Nilai Ilmiah	30

3.7.3 Pemerataan Beban dan Manfaat.....	31
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	32
4.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	32
4.2 Pengkajian.....	32
4.2.1 Identitas Pasien.....	32
4.2.2 Riwayat Kesehatan.....	35
4.2.3 Pemeriksaan Fisik.....	44
BAB 5. PENUTUP.....	73
5.1 Kesimpulan.....	73
5.1.1 Pengkajian Keperawatan.....	73
5.1.2 Diagnosa Keperawatan.....	73
5.1.3 Intervensi Keperawatan.....	73
5.1.4 Implementasi Keperawatan.....	74
5.1.5 Evaluasi Keperawatan.....	74
5.2 Saran.....	74
5.1.2 Bagi Penulis.....	74
5.2.2 Bagi Pasien Dan Keluarga.....	74
5.2.3 Bagi Pelayanan Kesehatan.....	74
5.2.4 Bagi Penulis Selanjutnya.....	74
DAFTAR PUSTAKA.....	76

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Pathway	9
2.2 Gerakan fleksi dan ekstensi servikal	16
2.4 Gerakan fleksi dan ekstensi bahu	17
2.5 Gerakan abduksi bahu	17
2.6 Gerakan fleksi siku	17
2.7 Pengukuran panggul fleksi dan ekstensi	17
2.8 Pengukuran panggul adduksi dan abduksi	18

DAFTAR TABEL

	Halaman
2.1 <i>Glasgow Coma Scale</i>	14
2.2 Pemeriksaann Rentang Gerak Sendi	16
2.3 Tanda Gejala Mayor Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik	20
2.4 Tanda Gejala Minor Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik.....	20
2.5 Kriteria Hasil Luaran Keperawatan Mobilitas Fisik	20
4.1 Identitas Pasien Stroke Iskemik	32
4.2 Keluhan Utama Pasien Stroke.....	35
4.3 Pola Persepsi Dan Tatalaksana Kesehatan Pasien Stroke Iskemik	37
4.4 Pola Nutrisi dan Metabolik (Makan Dan Minum) Pasien Stroke Iskemik	38
4.5 Pola Eliminasi Pasien Stroke Iskemik.....	39
4.6 Pola Istirahat Tidur Pasien Stroke Iskemik.....	40
4.7 Pola Sensori dan Pengetahuan Pasien Stroke Iskemik.....	41
4.8 Pola hubungan interpersonal dan peran Pasien Stroke Iskemik.....	42
4.9 Pemeriksaan Fisik Pasien Stroke Iskemik.....	44
4.10 Pemeriksaan fisik kepala sampai leher Pasien Stroke Iskemik.....	45
4.11 Pemeriksaan Fisik Sistem Integumen Pasien Stroke Iskemik.....	46
4.12 Pemeriksaan Fisik Sistem Kardiovaskuler Pasien Stroke Iskemik	46
4.13 Pemeriksaan Fisik Sistem Pencernaan Pasien Stroke Iskemik	47
4.14 Fisik Sistem Muskuloskeletal Dan Neurologi Pasien Stroke Iskemik.....	47
4.15 Pemeriksaan Fisik Sistem Endokrin Dan Genitourinaria Stroke Iskemik	49
4.16 Pemeriksaan Laboratorium Pasien Stroke Iskemik.....	50
4.17 Terapi Pasien Stroke Iskemik	52
4.18 Analisa data Pasien Stroke Iskemik	53
4.19 Batasan Karakteristik Pasien Stroke Iskemik	54
4.20 daftar diagnosa keperawatan utama dan yang lain Pasien Stroke Iskemik...	55
4.21 Intervensi keperawatan Pasien Stroke Iskemik.....	56
4.22 Implementasi Keperawatan Pasien Stroke Iskemik	60
4.23 Evaluasi Keperawatan Pasien Stroke Iskemik	67

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
3.1 <i>Informed Consent</i>	82
3.2 Jadwal Waktu Pelaksanaan	83
3.3 WOD (Wawancara, Observasi, Dokumentasi)	84
3.4 Surat Izin Penelitian	88
3.5 Surat Pengantar dari FKEP	89
3.6 Surat Etik	90
3.7 Surat Izin Penelitian	91
3.8 Surat Izin Studi Pendahuluan	92

DAFTAR ISTILAH

AVM	: <i>Arterio Venous Malformation</i>
BRS	: <i>Brunnstorm Recovery Stage</i>
CT-Scan	: <i>Computer Tomography Scan</i>
CVA	: <i>Cerebero Vaskuler Accident</i>
EKG	: <i>Elektrokardiogram</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
IV	: <i>Intra Vena</i>
Kemenkes	: <i>Kementerian Kesehatan</i>
MAV	: <i>Malformasi Arteriovena</i>
PPNI	: <i>Persatuan Perawat Nasional Indonesia</i>
Riskesdas	: <i>Riset Kesehatan Dasar</i>
ROM	: <i>Range Of Motion</i>
SDKI	: <i>Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia</i>
SIKI	: <i>Standar Intervensi Keperawatan Indonesia</i>
SLKI	: <i>Standar Luaran Keperawatan Indonesia</i>
TIK	: <i>Tekanan Intra Kranial</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke iskemik yang juga dikenal sebagai penyakit serebrovaskular sebagai penyakit dengan manifestasi klinis yaitu hemiparesis sehingga penderita tidak mampu melakukan aktivitas atau mobilisasi. Pasien stroke mengalami kesulitan berjalan maupun menggerakkan ekstremitas atas karena mengalami gangguan pada keseimbangan, koordinasi gerak dan kekuatan otot (Rusmeni, 2022). Kelainan pada control volunter menimbulkan gejala hemiparase yang akhirnya terjadi penurunan fungsi mobilitas fisik berupa disfungsi motorik. Hemiparesis juga menyebabkan hilangnya mekanisme reflek postural normal seperti dalam mengontrol siku, mengontrol gerak kepala untuk keseimbangan, dan rotasi tubuh untuk gerak fungsional pada ekstremitas (Maisyaroh dkk., 2021). Ketika hemiparesis tidak ditangani fungsi neuron di system saraf pusat menurun dan akan menghasilkan kelambanan gerak, dan berpikir, bicara tremor serta kekakuan apabila tidak ditangani dapat menyebabkan kecacatan permanen (Maisyaroh., 2019).

Stroke merupakan penyebab kecacatan nomer satu di dunia. Secara global penderita stroke meningkat sebesar 62% (Purnamayanti dkk., 2020). Menurut Riskesdas dalam (Kemenkes RI, 2018) prevalensi stroke di Indonesia sebanyak 10,9 per mil dan prevalensi di Jawa Timur sebesar 13%. Sedangkan berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di Rumah Sakit Dr. Haryoto Lumajang pada tahun 2019 sebanyak 1412 pasien, tahun 2020 ada 708 pasien, tahun 2021 sebanyak 385 pasien, tahun 2022 sebanyak 875 pasien. Sedangkan pada bulan Januari-Maret tahun 2023 sebanyak 141 pasien.

Stroke iskemik disebabkan sumbatan lumen pada aliran pembuluh darah di otak yang menyebabkan gangguan vaskularisasi otak maupun kelemahan sehingga menyebabkan defisit neurologis yang berakibat terjadinya penurunan fungsi otak (Maisyaroh dkk., 2021). Kematian sel akan menyebabkan hilangnya kemampuan beberapa area otak yang mengontrol fungsi kognitif dan otot (Kim, 2021). Keterbatasan ini dapat menyebabkan kelemahan otot, keterbatasan gerakan sendi, spastisitas, hilangnya sensasi, dan penurunan aktivitas hidup sehari-hari (Madhoun

dkk., 2020). Stroke iskemik juga menyebabkan gangguan gerakan, cacat visual, gangguan sensorik, gangguan bicara, dan gejala sisa, seperti cacat intelektual, sehingga menurunkan kualitas hidup pasien dan keluarganya. Stroke iskemik menyebabkan sel-sel otak mulai mati karena suplai oksigen yang tidak mencukupi (Kim, 2021).

Salah satu tanda stroke iskemik adalah mengalami kelumpuhan. Secara langsung maupun tidak langsung stroke iskemik berdampak pada terjadinya hambatan bagi penderita dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari (Laus dkk., 2021). Berdasarkan tanda dan gejala diatas yang dialami oleh pasien stroke iskemik, sehingga timbul masalah keperawatan yaitu Gangguan Mobilitas Fisik (PPNI, 2018) Sehingga intervensi yang perlu dilakukan pada pasien stroke iskemik yaitu Dukungan ambulasi atau dukungan mobilitas sebagai intervensi utama, sedangkan intervensi pendukung yaitu edukasi latihan fisik dan terapi aktivitas (PPNI, 2018).

Salah satu intervensi yang dapat membantu memulihkan fungsi motorik dan memulihkan kekuatan otot pada pasien stroke iskemik adalah Terapi Cermin (*Mirror Therapy*). Terapi cermin adalah bentuk rehabilitasi yang mengandalkan pembayangan motorik, dimana cermin akan memberikan stimulasi visual pada tubuh yang mengalami gangguan pada cermin oleh bagian tubuh yang sehat (Arif dkk., 2019).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Maisyaroh dkk., 2021). mengatakan Terapi Cermin efektif pada perbaikan motorik pasien dengan hemiparesis ringan sampai sedang. Letakkan cermin diantara kedua anggota badan, lalu anggota badan yang tidak terpengaruh diposisikan di depan cermin, sementara yang terpengaruh disembunyikan. Pasien mencoba meniru gerakan anggota tubuh yang terkena tanpa melihatnya. Ini menciptakan ilusi visual gerakan normal anggota tubuh yang terkena dengan mengaktifkan neuron cermin dan memberikan pelatihan sensorimotor ke pusat kortikal yang terkena z

Latihan Terapi Cermin ini dapat membantu meningkatkan kemampuan akrobat kecacatan stroke (Maisyaroh dkk., 2021). Terapi Cermin dapat mengembalikan fungsi motorik ekstremitas atas pada pasien stroke iskemik (Chinnavan dkk., 2020).

Ada juga yang menyebutkan bahwa Terapi Cermin meningkatkan kekuatan otot dan status fungsional Pasien stroke iskemik dengan hemiparesis. Terapi cermin ini dilakukan selama 10-15 menit sebanyak 2 kali sehari (Istianah dkk., 2021).

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, penulis tertarik untuk melakukan Laporan Kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny. A Pasien Stroke Iskemik dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang” untuk menyelesaikan laporan tugas akhir Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik pada Ny.A Pasien Stroke Iskemik di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang pada tahun 2023?

1.3 Tujuan

Untuk mengeksplorasi kasus Asuhan Keperawatan pada Ny.A Pasien Stroke Iskemik dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang pada tahun 2023.

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi penulis

Hasil ini diharap menjadi sebagai tugas akhir menempuh pendidikan DIII Keperawatan dan dapat mengetahui pengaruh latihan Terapi Cermin terhadap Pasien stroke iskemik dengan masalah keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik.

1.4.2 Bagi Perawat

Diharapkan menambah wawasan, pengetahuan dan intervensi dalam Pemulihan fungsi motorik ekstremitas pada pasien stroke iskemik.

1.4.3 Bagi Pendidikan

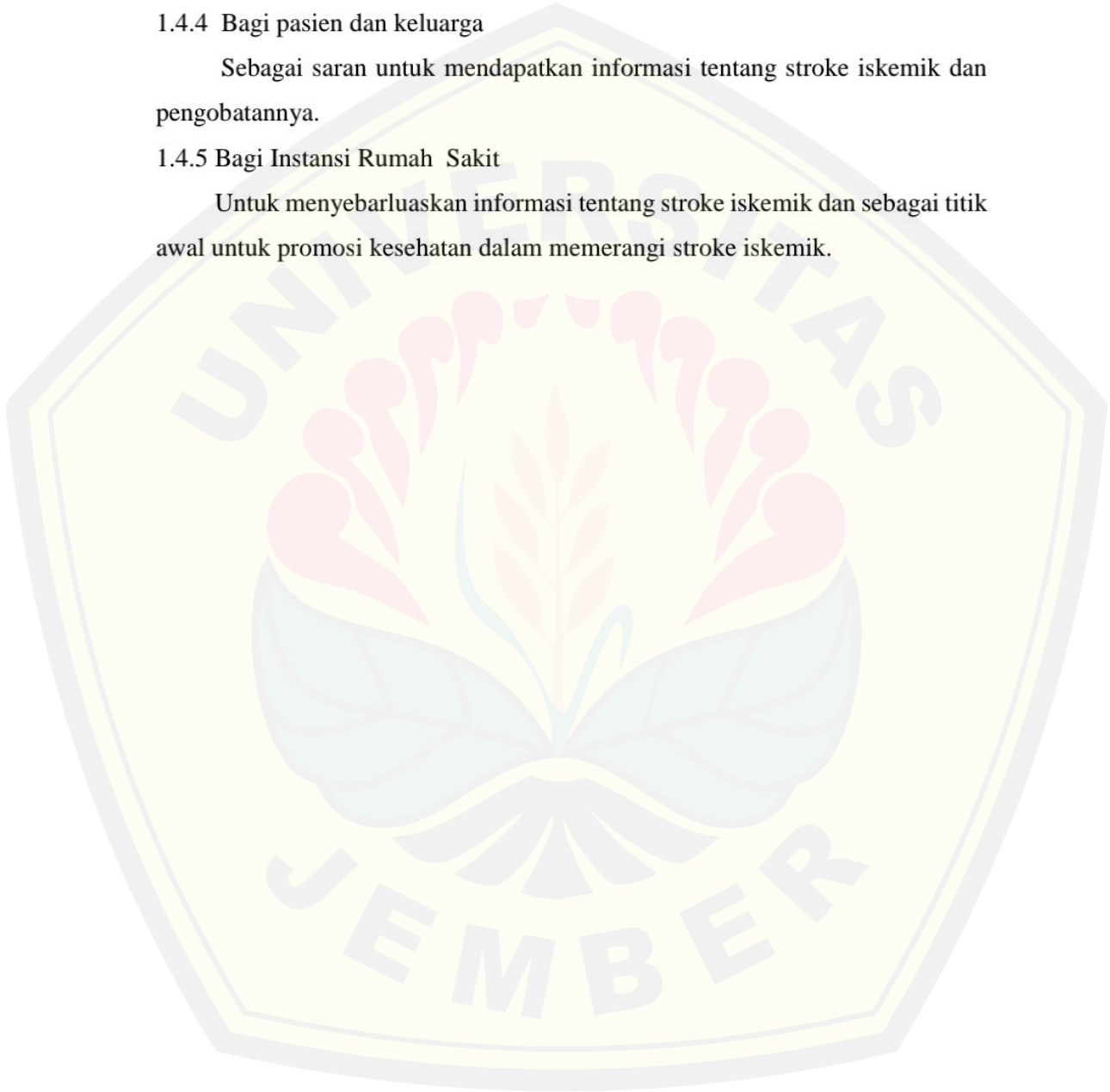
Menambah wawasan dan informasi terkait pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada Ny.A Pasien Stroke Iskemik dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik.

1.4.4 Bagi pasien dan keluarga

Sebagai saran untuk mendapatkan informasi tentang stroke iskemik dan pengobatannya.

1.4.5 Bagi Instansi Rumah Sakit

Untuk menyebarkan informasi tentang stroke iskemik dan sebagai titik awal untuk promosi kesehatan dalam memerangi stroke iskemik.



BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Stroke

2.1.1 Definisi Stroke

Menurut *World Health Organization* (WHO) dalam Anjeli (2021) stroke merupakan gejala yang didefinisikan suatu gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda dan gejala klinik baik fokal maupun global yang berlangsung 24 jam atau lebih.

Stroke adalah defisiensi neurologis yang disebabkan oleh pendarahan atau penyumbatan, gejala dan tandanya sesuai dengan bagian otak yang terkena dan dapat menyebabkan kecacatan atau kematian. Pada kondisi stroke maka terjadilah penurunan suplay oksigen ke otak yang disebabkan karena adanya gangguan pembuluh darah baik dikarenakan karena penyempitan, sumbatan pada pembuluh darah (Ditasari, 2022).

Stroke Non Hemorogik atau iskemik atau *Cerebero Vaskuler Accident* (CVA) adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak disebabkan karena adanya trombus atau embolus. Akibat dari sumbatan tersebut, terjadi sumbatan pada rongga pembuluh darah otak yang semakin menebal dan menyebabkan peredaran darah tidak merata. Melemahnya arah aliran menyebabkan iskemia, yang menyebabkan infark. Dalam 72 jam, area tersebut membengkak dan menjadi nekrotik seiring waktu (Retnaningsih, 2023).

2.1.2 Etiologi Stroke Iskemik

Menjelaskan bahwa faktor risiko stroke iskemik yang tidak dapat dimodifikasi sebagai berikut, menurut penelitian dari (Hermanto, 2021) :

a. Usia

Menjelaskan bahwa stroke dapat terjadi pada usia diatas 55 tahun, bahkan resiko terjadinya lebih besar dua kali lipat, menurut (Azzahra dan Ronoatmodjo, 2022).

b. Jenis Kelamin

Jenis kelamin juga merupakan faktor yang sering memicu terjadinya serangan stroke iskemik. Laki-laki lebih rentan terkena stroke daripada perempuan. Pada laki-laki bisa disebabkan karena kebiasaan merokok, minum alkohol, makanan berlemak dan melakukan pekerjaan yang berat sehingga kelelahan bahkan stress, dan kurangnya aktivitas yang mengakibatkan obesitas (Nurshiyam dkk., 2020).

c. Ras dan keturunan

Menurut pendapat dari Tarwoto (2013) dalam bukunya menjelaskan bahwa stroke iskemik sering ditemukan pada seseorang yang berkulit putih (Tarwoto, 2013).

d. Genetik atau keturunan

Hermanto menyebutkan biasanya keluarga pasien ada yang mengalami penyakit hipertensi dan diabetes mellitus (Hermanto, 2021).

Sedangkan ada faktor yang dapat dimodifikasi, dijelaskan sebagai berikut, menurut (Nurshiyam dkk., 2020) :

- 1) Tekanan darah tinggi (hipertensi) adalah faktor risiko yang paling dominan dan paling mudah untuk dimodifikasi.
- 2) Kebiasaan merokok : Rokok menyebabkan plak di pembuluh darah melalui aksi nikotin, yang menyebabkan aterosklerosis
- 3) Berat badan, kelebihan berat badan menjadi penyebab predisposisi kolesterol tinggi meningkatkan risiko stroke.
- 4) Diabetes Mellitus, membuat orang rentan terhadap penyakit kardiovaskular, yang bisa berakibat pada stroke.
- 5) Kurang aktivitas fisik (olahraga).
- 6) Penyakit jantung. Menurut dalam bukunya menjelaskan bahwa jantung penyebab paling kuat terjadinya stroke iskemik, karena penyakit jantung akan menyebabkan penurunan kardiak output, sehingga terjadinya gangguan perfusi serebral (Tarwoto, 2013).
- 7) Penyalahgunaan alkohol dan obat-obatan.

2.1.3 Klasifikasi Stroke Iskemik

Dan pembagian untuk stroke iskemik sendiri ada 2, menurut (Retnaningsih, 2023) yaitu:

- a. Stroke Emboli : Terjadi karena bekuan darah atau plak yang terbentuk di jantung atau pembuluh arteri besar yang menuju ke otak.
- b. Stroke Trombotik : Bekuan darah atau plak yang terbentuknya di dalam pembuluh arteri yang mensuplai darah ke otak.

2.1.4 Manifestasi klinis/ Tanda Gejala Stroke Iskemik

Tanda gejala yang dapat ditemui pada pasien stroke iskemik menurut Rahmadani dan Rustandi (2019) menyatakan sebagai berikut :

- a. Kelemahan setengah badan (Hemiparesis) yang timbul secara mendadak
- b. Disatria (bicara cadel atau pelo)
- c. Gangguan penglihatan
- d. Afasia (kesulitan dalam berbicara)
- e. Diplopia (melihat 2 bayangan dari 1 objek)
- f. Nyeri Kepala
- g. diplopia

Penjelasan tanda yang paling sering pada stroke iskemik adalah proses terjadinya lebih lambat daripada hemorogik, tekanan darahnya bisa tinggi bahkan bisa normal, dan tidak mengalami penurunan kesadaran, menurut (Oktavianus, 2014).

Sedangkan tanda dan gejala dari stroke iskemik menurut Oktavianus (2014):

- a. *Transient Ischemic Attakck (TIA)* : Terjadi hanya beberapa jam bahkan bisa hanya beberapa menit. Pada TIA serangannya dapat muncul lagi dengan ciri yang sama.
- b. *Reversible Ischemic Neurologic Defisit (RIND)* : Gejalanya bisa terjadi lebih dari 24 jam.
- c. *Progressing Stroke* atau *Stroke Inevolution* : Semakin lama gejala berlangsung, semakin parah (progresif) karena ketika aliran darah terputus, semakin lama kondisi berlangsung, semakin serius.

- d. *Completed Stroke* : Kelainan neurologis sudah menetap/permanen.

2.1.5 Komplikasi Stroke Iskemik

Jika seseorang mengalami stroke iskemik akan muncul beberapa penyakit lain, diantaranya sebagai berikut (Arif dkk., 2019) :

- a. Dekubitus
Karena terlalu lama tidur karena lumpuh, terjadi luka/patah tulang pada bagian tubuh yang bertumpu saat berbaring.
- b. Pneumonia
Korban stroke iskemik tidak dapat batuk atau menelan dengan benar, menyebabkan cairan menumpuk di paru-paru dan meningkatkan infeksi.
- c. Terjadi kekakuan otot dan sendi
Disebabkan karena pasien stroke iskemik terlalu lama berbaring.
- d. Gangguan kognitif dan kelumpuhan
Pasien yang mengalami stroke iskemik yang telat penanganan.

2.1.6 Penatalaksanaan Stroke Iskemik

Penatalaksanaan pada pasien stroke iskemik menurut (Setiawan, 2020) :

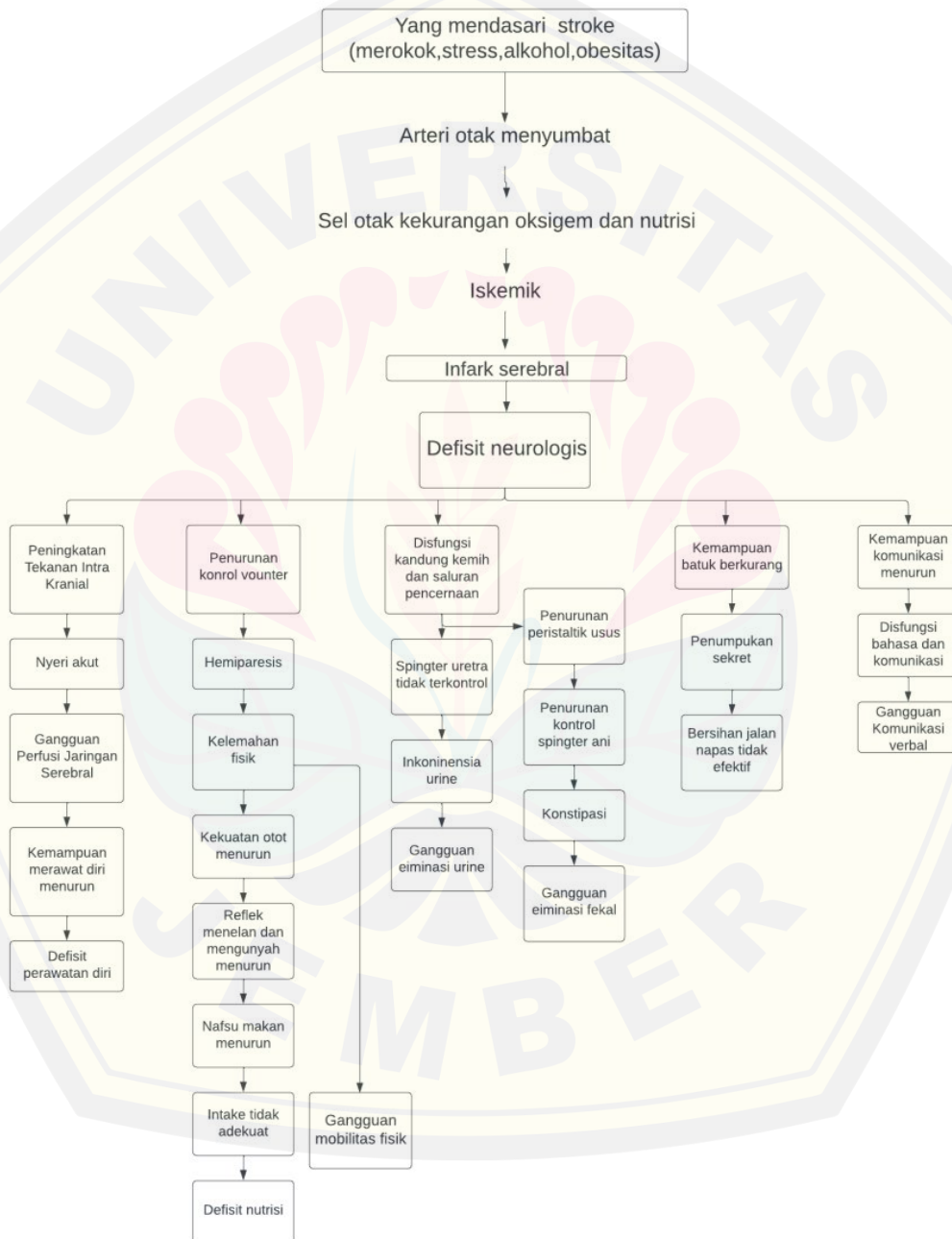
- a. Menstabilkan jalan napas dan jalan napas pasien untuk menghindari hipoksia.
- b. Jika masalah menelan terjadi saat tidak sadarkan diri, selang nasogastrik harus dipasang untuk mencegah aspirasi saat makan.
- c. Hindari pemberian obat antihipertensi yang meningkatkan tekanan intrakranial, terutama hydrazaline, nitroprusside dan nitro-gliserin.
- d. Pemantaun TIK, dan menjaga tekanan perfusi serebral bisa menggunakan kateter ventrikel atau parenkim untuk pasien dengan GCS kurang dari 8.

Ada beberapa penatalaksanaan pasien stroke iskemik menggunakan terapi pengobatan dengan berikut (Tarwoto, 2013) :

- a. Pemberian obat trombolisis dengan rt-PA (*recombinant tissue-plasminogen*) seperti injeksi Alteplas dan pemberian obat diuretik , seperti furosemid.

- b. Pemberian obat anti koagulan, berfungsi agar mencegah terjadinya pembekuan pada darah yang diakibatkan oleh trombus dan emboli, seperti aspirin dan clopidogrel.

2.1.7 Pathway Stroke Iskemik



Gambar 2.1 Pathway (Candra, 2020)

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Iskemik

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

a. Identitas

Meliputi nama pasien, umur (rentan beresiko tinggi terjadi pada orang lanjut usia/lansia), jenis kelamin (laki-laki rentan terkena stroke daripada wanita), pendidikan, agama, ras. Muttaqin 2012 dalam (Irawati, 2019).

b. Keluhan Utama

Keluhan umum pasien stroke iskemik adalah gangguan gerak, kelemahan anggota tubuh pada satu sisi tubuh, bicara cadel dan tidak mampu berkomunikasi, sakit kepala dan gangguan sensorik (Tarwoto, 2013).

c. Riwayat penyakit sekarang

Biasanya didahului dengan serangan yang didasari oleh pasien. Gejala pertama biasanya kesemutan, kelemahan anggota tubuh dan biasanya terjadi dengan aktivitas fisik (Tarwoto, 2013).

d. Riwayat penyakit dahulu

Pengkajian dapat dilakukan sampai riwayat penyakit kesehatan terdahulu, informasi didapat bisa secara langsung ke pasien atau dari keluarga pasien. Terdapat beberapa penyakit yang bisa menimbulkan perubahan neurologis salah satunya adalah gangguan vascular seperti penyakit katub jantung, fibrilasi atrial, hipertensi dan diabetes mellitus (Hermanto, 2021).

e. Riwayat penyakit keluarga

Adanya penyakit genetik yang bisa menurunkan ke anggota keluarga lainnya. Penyakit genetik yang perlu diketahui seperti hipertensi, stroke, epilepsi, diabetes mellitus dan kanker (Hermanto, 2021).

f. Pola Fungsi Kesehatan

Menurut Eviana S.Tambunan dan Deswani Kasium dalam (Bram, 2019) menjelaskan bahwa pola fungsi kesehatan ada beberapa poin, yaitu :

1) Pola persepsi dan tatalaksana kesehatan

Merokok, kurang olahraga, dan gaya hidup tidak sehat merupakan faktor risiko dari stroke iskemik (Bram, 2019).

2) Pola nutrisi dan metabolik

Pengonsumsi kopi juga akan beresiko terkena stroke karena berpengaruh kepada peningkatan tekanan darah (Bram, 2019).

3) Pola eliminasi

Pasien stroke iskemik kemungkinan terkena inkontinensia urine karena kerusakan kontrol motorik dan postural, sehingga pasien tidak mampu mengendalikan kandung kemih dan hilangnya kontrol spingter otot (Novia, 2019).

4) Pola tidur dan aktivitas

Penderita stroke iskemik akan sulit tidur karena mengalami nyeri dan pasien stroke iskemik pun akan mengurangi aktivitasnya karena mengalami hemiparesis (Bram, 2019).

5) Pola sensori dan pengetahuan

Mengalami kehilangan sensori karena pasien stroke iskemik mengalami kerusakan sentuhan dan tidak mampu merasakan gerakan (Bram, 2019).

6) Pola hubungan interpersonal

Sedangkan menurut Yunica, 2019 menjelaskan bahwa pasien stroke iskemik akan kehilangan peran diri karena pasien mengalami afasia sehingga pasien tidak mampu mengungkapkan apa yang dirasakannya (Yunica dkk., 2019)

7) Pola persepsi dan konsep diri

Pada pasien stroke iskemik pasien juga akan mengalami gangguan konsep diri karena pasien khawatir dan cemas akan penyembuhannya takut tidak berhasil (Rahmawati dkk., 2019).

8) Pola reproduksi dan seksual

Pasien stroke saat menopause kekurangan hormon estrogen, yang menyebabkan vagina kering dan nyeri saat berhubungan seksual, sehingga kurang minat untuk berhubungan dengan suaminya (Bram, 2019).

9) Pola penanggulangan stress

Jika mengalami pelo atau gangguan bicara akan kesulitan berkomunikasi dan bercerita masalahnya kepada orang lain (Bram, 2019).

10) Pola nilai dan kepercayaan

Menjelaskan bahwa pasien stroke akan kehilangan kepercayaan kepada Tuhan karena sakit yang dideritanya (Rahmawati dkk., 2019).

g. Pemeriksaan fisik

Pada pasien stroke iskemik akan dilakukan pemeriksaan fisik secara *Head to toe* :

1) Keadaan Umum

Pasien stroke iskemik umumnya tidak mengalami penurunan kesadaran. Dan juga terdapat masalah wicara, seperti sulit dimengerti, dan pasien stroke iskemik kadang tidak bisa bicara atau pelo, dan hemiparesis (Irawati, 2019).

2) Tanda-tanda vital

Adanya peningkatan tekanan darah pada pasien stroke.

3) Pemeriksaan kepala sampai leher

a) Kepala : Biasanya tidak mengalami gangguan di bentuk kepala.

b) Rambut : Tidak adanya kelainan

c) Wajah : Akan mengalami bentuk wajah yang asimetris

d) Mata : Adanya kekaburan yang disebabkan karena gangguan nervus optikus (N.II) , gangguan bergerak bola mata dari dalam ke luar karenadanya gangguan okulomotorius (N.III), gangguan menggerakkan bola mata dari mulai atas kebawah karena adanya gangguan nervus troklearis (N.IV), adanya gangguan gerakan mata kesisi lateral karena gangguan nervus abduksen(N.VI).

e) Hidung : Tidak mengalami adanya kelainan .

f) Telinga : Tidak mengalami tuli dan kelainan yang lain.

g) Leher : Tidak adanya kelainan pada leher pasien stroke iskemik.

4) Pemeriksaan integumen

Pasien kekurangan O2 sehingga kulit akan tampak pucat dan biasanya ada tanda-tanda dekubitus karena pasien sedang mengalami gangguan mobilitas fisik.

5) Pemeriksaan sistem kardiovaskuler

Denyut jantung yang tidak normal dan dibawah 30% ditemukan adanya hubungan antara gagal jantung dengan kejadian stroke iskemik (Ivan dkk., 2019).

6) Pemeriksaan sistem pencernaan

Biasanya akan mengalami penurunan peristaltik usus.

7) Pemeriksaan sistem muskuloskeletal dan sistem neurologi

Pada sistem muskuloskeletal terdapat tanda dengan pasien mengalami kelemahan, hemiparesis, gangguan tonus otot. Pada pasien stroke iskemik juga terdapat perubahan ukuran otot menjadi atrofi karena adanya gangguan gerak/hemiparesis. Dan pasien pun akan mengalami penurunan kekuatan otot bahkan bisa bernilai sampai 1.

(a) Prosedur pemeriksaan kekuatan otot menggunakan MMT (*Manual Muscle Testing*).

1. Posisikan pasien sedemikian rupa sehingga otot mudah berkontraksi sesuai dengan kekuatannya. Posisi yang dipilih harus memudahkan kontraksi otot dan gerakan mudah di observasi.
2. Bagian tubuh yang di periksa harus bebas dari pakaian yang terlalu ketat.
3. Berikan instruksi gerakan yang harus dilakukan oleh pasien.
4. Pasien yang mengontraksikan ototnya dan stabilisasi diberikan pada segmen proksimal.
5. Selama ada kontraksi, gerakan yang terjadi di observasi kemampuannya.
6. Memberikan tahanan pada otot yang dapat bergerak dengan luas gerak sendi penuh dan dengan melawan gravitasi.
7. Kemudian lakukan hasil pencatatan hasil dari pemeriksaan MMT.

(b) Cara menilai kekuatan otot sebagai berikut, menurut (Ariani, 2013) :

0 : Tidak ada kontraksi otot

1 : Terjadi kontraksi otot tanpa gerakan nyata

2 : Pasien hanya mampu menggeserkan tangan atau kaki

3 : Mampu angkat tangan dan kaki namun tidak mampu menahan gravitasi

4 : Mampu menahan tangan pemeriksa

5 : Kekuatan penuh

(c) Sedangkan pada sistem neurologi pada pasien stroke iskemik tidak akan mengalami penurunan kesadaran (*Composmentis*). Menurut penelitian dari Maisyaroh (2022) cara menilai kesadaran pasien dengan 3 aspek, yaitu:

Tabel 2. 1 *Glasgow Coma Scale*

Respon Mata (<i>Eye</i>)	4 : Spontan 3 : Dengan perintah (rangsang suara) 2 : Dengan rangsang nyeri 1 : Tidak ada respon
Respon Verbal	5 : Orientasi baik 4 : Diorientasi,berbicara kacau 3 :Mengucapkan kata perkata namun tidak jelas 2 : Bersuara (mengerang tidak ada respon) 1 : Tidak ada respon
Respon Motorik	6 : Mengikuti perintah 5 : Dapat melokalisir nyeri 4 : Menghindar/menjauh rangsang nyeri 3 : Lengan kaku diatas dada dan kaki ekstensi diberi rangsang nyeri 2 : Lengan kaku disisi tubuh dan kaki ekstensi saat diberi rangsang nyeri 1 : Tidak ada respon

(sumber : Maisyaroh, 2022)

(d) Pada sistem neurologis juga ada pemeriksaan 12 saraf kranial, adapun pemeriksaan saraf kranial pada pasien stroke iskemik sebagai berikut :

(1) N. I (Olfactorius)

Pada pasien stroke iskemik tidak ditemukan gangguan penciuman. Cara memeriksa:Minta mereka untuk menutup mata mereka, letakkan bau yang dikenali pasien di depan hidung mereka, dan kemudian minta pasien untuk memberi tahu apa baunya (Hermanto, 2021).

(2) N. II (Optikus)

Akan mengalami gangguan penglihatan karena adanya gangguan saraf sensori primer diantara mata dan korteks.

(3) N. III (Okulomotorius)

Adanya gangguan pada pasien stroke iskemik seperti diplopia. Refleks pupil, otot mata, termasuk gerakan atas ke bawah.

(4) N. IV (Troclearis)

Ketidakmampuan pasien stroke iskemik melihat ke bawah dan ke samping.

(5) N. V (Trigeminus)

Keadaan stroke iskemik menyebabkan gangguan saraf ke V sehingga adanya penurunan kemampuan mengunyah,penyimpangan rahang.

(6) N. VI (Abdusen)

Penurunan kemampuan gerakan bola mata ke sisi kanan kiri atas bawah.

(7) N. VII (Fasialis)

Pada pasien stroke iskemik akan ditemukan bentuk wajah asimetris dan adanya gangguan pengecap.

(8) N. VIII (Vestibulokoklearis)

Ditemukan kondisi pasien tuli.

(9) N. IX (Glosofaringeus)

Pasien stroke iskemik akan mengalami gangguan menelan.

(10) N. X (Vagus)

Akan ditemukan kondisi pasien mengalami gangguan bicara dan kesulitan membuka mulut.

(11) N. XI (Asesorius)

Tidak mengalami kerusakan otot trapezius dan sternocleidomastoid, sehingga pasien stroke iskemik masih mampu mengangkat bahunya.

(12) N. XII (Hipoglossus)

Kerusakan otot fasikulasi menyebabkan ketidakmampuan untuk menjulurkan dan menggerakkan lidah.

h. Pemeriksaan rentang gerak sendi

Ada patokan standar yang harus diketahui oleh terapis untuk mengetahui batas normal gerak sendi pada pasien. Rata-rata nilai lingkup gerak sendi ekstremitas atas dan bawah.

- 1) Standar prosedur pengukuran lingkup gerak sendi meliputi : penentuan instrument pengukuran, menentukan axis pemeriksaan (axis goniometer), membebaskan area pengukuran dari penghalang, melakukan pengukuran secara pasif dan aktif serta melakukan pencatatan hasil pengukuran.
- 2) Fisioterapis harus mengerti nilai normal lingkup gerak sendi.
- 3) Pengukuran lingkup gerak sendi menggunakan sistem notasi. Notasi pengukuran lingkup gerak sendi menggunakan sistem 0 – 180 ; 180 – 0 ; 0 – 360.
- 4) Pencatatan lingkup gerak sendi biasanya menggunakan notasi 0 – 180 dengan metode SFTR (Sagital – Frontal – Transversal – Rotasi).

Tabel 2. 2 Pemeriksaann Rentang Gerak Sendi

Sendi	ROM (Derajat)
Servikal	
Fleksi	45°
Ekstensi	45°
Lateral fleksi	45°
Rotasi	60°
Bahu	
Fleksi	170°
Ekstensi	60°
Abduksi	170°
Siku	
Fleksi	130°
Tangan	
Fleksi	80°
Ekstensi	70°
Pergelangan tangan	
Pronasi	80° - 90°
Supinasi	80° - 90°
Panggul	
Fleksi	120°
Ekstensi	30°
Abduksi	40°
Adduksi	35°
Lutut	
Fleksi	135°
Pergelangan kaki	
Plantar Fleksi	50°
Dorsi Fleksi	15°

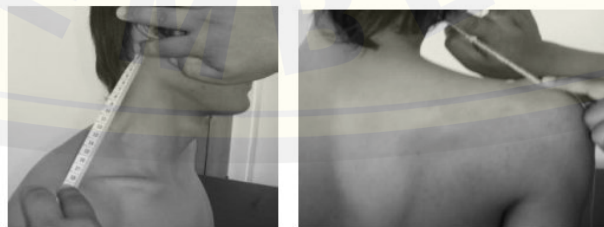
1) Pengukuran gerak sendi servikal

(a) Gerakan fleksi dan ekstensi



Gambar 2.2 Gerakan fleksi dan Ekstensi servikal (Sumber: Hermanto, 2021)

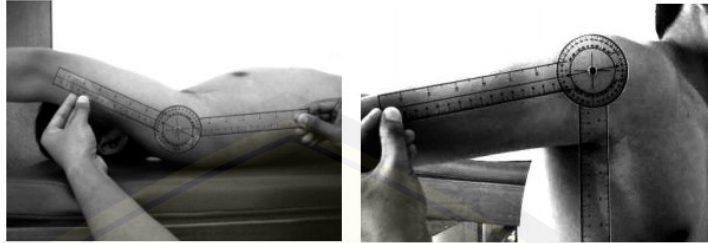
(b) Gerakan Lateral Fleksi



Gambar 2.3 Gerakan Lateral Fleksi Servikal (Sumber: Hermanto, 2021)

e. Pengukuran gerak sendi bahu

(a) Gerakan fleksi dan ekstensi



Gambar 2.4 Gerakan fleksi dan ekstensi bahu (Sumber: Hermanto, 2021)

(b) Gerakan abduksi



Gambar 2.5 Gerakan abduksi bahu (Sumber: Hermanto, 2021)

f. Pengukuran gerak sendi siku

(a) Gerakan fleksi



Gambar 2.6 Gerakan fleksi siku (Sumber: Hermanto, 2021)

4) Pengukuran gerak sendi panggul

(a) Pengukuran panggul fleksi dan ekstensi



Gambar 2.7 Pengukuran panggul fleksi dan ekstensi (Sumber: Hermanto, 2021)

(b) Pengukuran panggul adduksi dan abduksi



Gambar 2.8 Pengukuran panggul adduksi dan abduksi (Sumber: Hermanto, 2021)

i. Pemeriksaan sistem genitoria

Pasien stroke iskemik mengalami distensi kandung kemih berlebihan dan inkontinensia urine sehingga pasien akan dipasang kateter.

j. Pemeriksaan penunjang

Muttaqin (2012) dalam Irawati (2019) menguraikan pemeriksaan penunjang penting untuk menegakkan diagnosis medis stroke iskemik sebagaimana uraian berikut :

1) CT-scan (*Computer Tomography scan*)

Untuk memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia, dan adanya infark.

2) EKG (*elektrokardiogram*)

Menemukan hal-hal yang terkait dengan gelombang otak dan juga menampilkan lokasi cacat khusus.

3) Foto thorax

Pemeriksaan foto thorax pada pasien stroke iskemik yang mempunyai riwayat hipertensi untuk mengetahui adanya pembesaran jantung atau tidak (Efendi dkk., 2022).

j. Pemeriksaan laboratorium

1) Pemeriksaan darah rutin (glukosa, elektrolit, ureum, kreatinin)

Pemeriksaan kimia darah : pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia.

2) Gula darah: Dapat mencapai 250 mg dalam serum dan kemudian secara bertahap menurun lagi.

3) Pemeriksaan darah lengkap: yang dilakukan untuk mencari kelainan pada daerah itu sendiri.

2.2.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis Keperawatan yang dapat diambil pada masalah diatas adalah, Gangguan Mobilitas Fisik.

a. Definisi Gangguan Mobilitas Fisik

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

1) Penyebab

PPNI (2018) Menguraikan terjadinya masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik meliputi:

- a) Kerusakan integritas struktur tulang
- b) Perubahan metabolisme
- c) Ketidakbugaran fisik
- d) Penurunan kendali otot
- e) Penurunan massa otot
- f) Penurunan kekuatan otot
- g) Keterlambatan perkembangan
- h) kekakuan sendi
- i) Kontraktur
- j) Malnutrisi
- k) Gangguan muskuloskeletal
- l) Gangguan neuromuskuler
- m) Indeks massa tubuh diatas persentil ke -75 sesuai usia
- n) Efek agen farmakologis
- o) Program pembatasan gerak
- p) Nyeri
- q) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- r) Kecemasan
- s) Gangguan kognitif
- t) Keengganan melakukan pergerakan
- u) Gangguan sensoripersepsi

2) Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.3 Tanda Gejala Mayor Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik

Subjektif ;	Objektif:
a) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas	a) Kekurangan otot menurun b) Rentang gerak (ROM) menurun

(sumber : PPNI, 2018)

3) Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.4 Tanda Gejala Minor Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik

Subjektif :	Objektif :
a) Nyeri saat bergerak b) Enggan melakukan pergerakan, c) Merasa cemas saat bergerak	a) Sendi kaku b) Gerakan tidak terkoordinasi c) Gerakan terbatas d) Fisik lemah

(sumber : PPNI, 2018)

4) Kondisi Klinis Terkait

- a) Stroke
- b) Cedera medula spinalis
- c) Trauma
- d) Fraktur
- e) Osteoarthritis
- f) Ostemalasia
- g) Keganasan

2.2.3 *Planning* Keperawatan

a. Luaran utama untuk masalah keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik

Mobilitas Fisik membaik. Sedangkan luaran tambahan untuk masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik yaitu pergerakan sendi, fungsi sensori, toleransi aktivitas, berat badan, konsevasi energi, motivasi, koordinasi pergerakan, status neurologis (PPNI, 2018).

Tabel 2. 5 Kriteria Hasil Luaran Keperawatan Mobilitas Fisik

Kriteria Hasil	Menuru	Cukup	Sedang	Cukup	Meningkat
		Menurun		Meningkat	
Pergerakan Ekstremitas	1	2	3	4	5
Kekuatan Otot	1	2	3	4	5

Kriteria Hasil					
	Menuru Menurun	Cukup	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat
Rentang Gerak (ROM)	1	2	3	4	5
	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun
Nyeri	1	2	3	4	5
Kecemasan	1	2	3	4	5
Kaku sendi	1	2	3	4	5
Gerakan tidak terkoordinasi	1	2	3	4	5
Gerakan terbatas	1	2	3	4	5
Kelemahan fisik	1	2	3	4	5

(sumber : PPNI, 2019)

b. Intervensi

Intervensi utama keperawatan gangguan mobilitas fisik adalah dukungan ambulasi dan dukungan mobilisasi. Intervensi pendukung masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik adalah dukungan kepatuhan program pengobatan, dukungan perawatan diri, dukungan perawatan diri: BAB/BAK, dukungan perawatan diri: berpakaian, dukungan perawatan diri: makan/minum, dukungan perawatan diri: mandi, manajemen medikasi, pencegahan jatuh, teknik latihan penguatan sendi, konsultasi via telepon, pemberian obat, perawatan traksi, pemantauan neurologis, manajemen mood, teknik latihan penguatan otot, terapi aktivitas, teknik latihan penguatan otot, terapi aktivitas, pemberian obat intravena, pembidaian, perawatan sirkulasi, perawatan kaki, promosi kepatuhan program latihan, terapi relaksasi otot progresif, latihan otogenik, manajemen nyeri, pengaturan posisi, manajemen sensasi perifer, pencegahan luka tekan, pengekangan fisik, perawatan kaki, promosi berat badan, promosi latihan fisik, terapi pemijatan, terapi relaksasi otot progresif (PPNI, 2018).

c. Intervensi utama dukungan mobilisasi : Memfasilitasi Pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik. (PPNI, 2018).

1) Dukungan Mobilisasi (I.05173)

Observasi:

a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

- b) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- c) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
- d) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Terapeutik:

- e) Fasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur)
- f) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
- g) Libatkan keluarga untuk membantu Pasien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi:

- h) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- i) Ajarkan melakukan mobilisasi dini
- j) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

2) Pemberian Obat (I.02062)

Observasi

- a) Verifikasi order obat sesuai dengan indikasi
- b) Monitor tanda vital dan nilai laboratorium sebelum pemberian obat, jika perlu
- c) Monitor efek samping dan interaksi obat

Terapeutik

- d) Perhatikan prosedur pemberian obat yang aman dan akurat
- e) Dokumentasikan pemberian obat dan respons terhadap obat.

Edukasi

- f) Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Pada pasien stroke iskemik yang mengalami masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik dengan intervensi dukungan mobilisasi maka dengan ini penulis berfokus pada tindakan terapi cermin untuk meningkatkan kekuatan otot pasien. terapi cermin bisa meningkatkan motorik ekstremitas setelah latihan 6 minggu (Chinnavan dkk., 2020). Menurut Laus (2019) menyatakan bahwa setelah dilakukan terapi cermin selama 6 minggu dengan frekuensi latihan 3 kali akan meningkatkan kekuatan otot mengalami peningkatan sebesar rata-rata 75%, yakni berada

pada derajat minimal ada kontraksi, tidak ada gerakan dan ada tahanan sewaktu jatuh, dan maksimal mampu melawan gravitasi dan mampu melawan tahanan/ dorongan pemeriksa tetapi lebih lemah dibandingkan sisi non paretik, kekuatan otot mengalami peningkatan dengan derajat minimal mampu menggerakkan sendi, mampu melawan gravitasi dan maksimal mampu menggerakkan sendi, mampu melawan gravitasi dan mampu melawan tahanan atau dorongan ringan (skala 2-4).

Setelah dilakukan terapi cermin selama 5 hari membuktikan bahwa pasien yang awal kekuatan otot nya tangan kiri 0 menjadi 2. Perkembangan ini menunjukkan bahwa terapi cermin dapat meningkatkan kekuatan otot dan memperluas rentang gerak sendi pada pasien stroke yang mengalami hemiparesis (Valentina dkk., 2022).

a. Definisi Terapi Cermin

Terapi Cermin adalah terapi yang melibatkan cermin pada daerah korteks serebri yang bermanfaat untuk menyembuhkan fungsi motorik pada pasien stroke dengan menimbulkan ilusi visual dari tubuh yang bergerak (Maulana dan Purnomo, 2022).

b. Tujuan Terapi Cermin

Menurut hasil penelitian dari Rosaline (2021) mengatakan bahwa terapi cermin merupakan rehabilitasi untuk meningkatkan fungsi motorik pada pasien stroke iskemik, memperbaiki spastisitas, dapat meningkatkan aktivitas area korteks sensorik-motorik pada pasien stroke iskemik dan berpengaruh terhadap gerakan fungsional, untuk memulihkan pasien stroke iskemik yang mengalami hemiparesis.

c. Indikasi Terapi Cermin

Dalam melakukan terapi cermin harus terdapat beberapa indikasi, diantaranya dilakukan pada pasien yang menderita stroke, baik iskemik maupun hemorogik, kesadaran pasien composmentis, kondisi umum dan tanda-tanda vital stabil, dan Pasien stroke yang mengalami hemiparesis dengan kekuatan otot 0-3 (Fauzi, 2020).

d. Kontraindikasi Terapi Cermin

Tidak semua Pasien stroke dapat dilakukan terapi cermin. Kontraindikasi terapi cermin adalah pada pasien stroke yang mengalami penurunan kesadaran, pasien stroke yang mengalami peningkatan TIK (Tekanan Intra Kranial), pasien stroke yang mengalami gangguan pendengaran, pasien stroke dengan gangguan citra

tubuh dan gangguan kognitif, dan penderita stroke dengan diabetes mellitus yang tidak terkontrol (Laus dkk., 2021).

Selain itu, terapi cermin juga tidak dapat dilakukan kepada pasien stroke berat dengan disabilitas yang kompleks, yang memiliki gangguan kognitif yang berat (Fauzi, 2020).

e. Prosedur Terapi Cermin

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Mindova (2022):

- 1) Lepas perhiasan yang dipakai Pasien untuk memudahkan Pasien melihat pantulan anggota tubuh di cermin.
- 2) Anjurkan Pasien membayangkan dan merasakan bahwa bayangan cermin adalah anggota tubuh yang tidak dapat bergerak (hemiparesis)
- 3) Bebaskan lingkungan Pasien dari rangsangan lain yang dapat mengalihkan perhatian Pasien.
- 4) Penempatan posisi anggota tubuh Pasien yang sakit berada di balik cermin, dan anggota tubuh yang sehat berada di depan cermin
- 5) Posisi anggota tubuh yang sehat harus sama dengan posisi anggota tubuh yang sakit dibalik cermin.

Durasi melakukan terapi cermin berlangsung selama 10-15 menit untuk awal, dan bisa bertahap meningkat menjadi 25 menit. Latihan di awal sesi adalah dasar, siku, pergelangan tangan maupun kaki (fleksibilitas dan ekstensi jari, pergelangan tangan dan siku pengangkatan dan pengurangan pergelangan tangan dan ibu jari, oposisi ibu jari, supinasi dan pronasi lengan bawah). Sedangkan menurut protocol Bonner di Pratiwi (2017) dalam jurnal Kirana (2022) standar operasional prosedur dalam melakukan terapi cermin sebagai berikut:

1) Adaptasi

a) Berhitung :

Letakkan kedua tangan diatas meja, ekstensi jari secara satu persatu atau bisa beberapa jari langsung diangkat sekaligus. Berikan instruksi secara verbal, seperti "Letakkan kedua tangan diatas meja dengan posisi telungkup, naik kan ibu jari lalu turun kan secara pelan-pelan, coba lagi naikan jari kelingking, turunkan kelingking

secara pelan-pelan, coba seterusnya pada jari-jari yang lain. Kemudian tunjukkan ibu jari, jari manis dan jari tengah, lalu yang lain”.

b) Abduksi-adduksi jari

Kedua tangan Pasien letakkan diatas meja dengan posisi telungkup, abduksi jari dimulai dari ibu jari lalu diikuti jari yang lain, dan adduksi diawali dari jari kelingking lalu seterusnya. Instruksi verbalnya “posisi tangan telungkup dengan jari-jari rapat, lalu buka ibu jari dengan diikuti jari yang lain”.

2) Gerak Dasar

Gerakan dasar ini adalah saat pasien dapat berkonsentrasi pada latihan yang diajarkan oleh terapis sambil melihat pantulan tangan di cermin. Ada beberapa pembagian posisi pada tahap ini, yang bertujuan agar pasien tidak merasa bosan karena latihan yang dilakukan terlalu mudah dan monoton.

a) *Fleksi elbow* : Ada beberapa macam posisi, posisi 1 : Meletakkan lengan bawah diatas meja, posisi 2 : Letakkan kedua lengan bawah 45 derajat, posisi 3: Kedua lengan bawah seperti membentuk sudut 90 derajat . Intruksi verbal seperti “Saya contohkan terlebih dahulu, lalu bisa menirukan gerakan yang saya contohkan”, lalu terapis melakukan gerakan subjek hingga Pasien mampu melakukan sendiri, berdasarkan nomer posisi , misal : posisi 1, posisi 2, dan posisi 3 .

b) *Ekstensi elbow* (gerakan mendorong) : Interuksikan secara verbal “dorong lengan dengan posisi 1, posisi 2 dan posisi 3”.

c) Rotasi interna dan eksterna sendi bahu : Ada beberapa macam posisi, posisi 1 : geser lengan bawah mendekati badan, posisi 2 : geser lengan bawah kembali ke tengah , posisi 3: geser lengan bawah menjauhi badan pasien.

3) Variasi

Lakukan tahap ini jika Pasien sudah bisa melakukan gerakan dasar secara terus-menerus.

a) Pronasi supinasi forearm : Posisi tangan telungkup, Posisi 1 : telapak tangan menghadap ke bawah, posisi 2 : telapak tangan setenagh dibuka, posisi 3 : telapak tangan menghadap ke atas. Sambil intruksi verbal: “Tirukan posisi tangan yang sudah saya contohkan”.

b) Grip dan prehension : Letakkan tangan Pasien di atas meja, catat gerakan tangan (menangkap). Kedua tangan mencengkeram dengan posisi ibu jari dalam gengaman (ibu jari di telapak tangan), jari setengah ditekuk (kait), jari lurus dan rapat (ekstensi jari), kemudian jari diluruskan dan dibuka lebar.

c) Berhitung dengan jari-jari. Beri intruksi verbal seperti “tunjukkan satu persatu jari, dimulai dari ibu jari lalu jari telunjuk dan seterusnya”.

d) Oposisi jari-jari (pinch) 1- 4 : Beri instruksi verbal seperti “sentuhkan ibu jari dengan jari telunjuk , sentuhkan ibu jari dengan jari tengah, dan lakukan yang sama dengan jari yang lain”.

4) *Shapping*

Lakukan kombinasi dua gerakan, dilakukan terus menerus dan bertahap dengan kesulitan yang semakin meningkat, tergantung kemampuan Pasien. Langkah ini dilakukan agar Pasien tidak bosan dan berkonsentrasi pada latihan. Intstruksikan secara verbal sesuai gerakan yang dilakukan sebelumnya, tetapi menggunakan 2 gerakan sekaligus; misal“letakkan kedua tangan pada posisi 3 dan jari menggenggam”.

BAB 3. METODOLOGI PENULISAN

Bab ini membahas tentang metode penulisan dalam menyusun laporan kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny.A Pasien Stroke Iskemik dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD Dr . Haryoto Lumajang Tahun 2023”.

3.1. Desain Penulisan

Desain yang dilakukan pada penulisan laporan tugas akhir ini adalah laporan kasus. Laporan tugas akhir ini adalah studi untuk mempelajari masalah Asuhan Keperawatan pada Ny.A Pasien Stroke Iskemik dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD Dr . Haryoto Lumajang Tahun 2023.

3.2. Batasan Istilah

Batasan istilah dalam laporan kasus ini adalah Asuhan Keperawatan pada Ny.A Pasien Stroke Iskemik dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2023.

3.2.1 Asuhan Keperawatan pada pasien Stroke iskemik

Asuhan keperawatan merupakan tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan kepada pasien yang menyangkup pengkajian, intervensi, implementasi, dan evaluasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien Ny.A dengan stroke iskemik selama 5 hari perawatan di rumah sakit.

3.2.2 Pasien Stroke Iskemik

Satu orang pasien yang dirawat di Ruang Melati di RSUD Dr. Haryoto Lumajang dengan diagnosis stroke iskemik dibuktikan berdasarkan rekam medis.

3.2.3 Definisi Gangguan Mobilitas Fisik

Gangguan mobilitas fisik pada kasus ini adalah masalah keperawatan yang dialami oleh pasien stroke iskemik dengan gejala sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot pasien menurun, rentang geraknya menurun, sendinya kaku, gerakannya terbatas, dan fisiknya lemah.

3.3 Partisipan

Partisipan dalam penyusunan Asuhan Keperawatan ini adalah Pasien Stroke Iskemik yang memiliki Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik dengan kriteria sebagai berikut :

- 3.3.1 Pasien dirawat di Ruang Melati
- 3.3.2 Pasien stroke iskemik yang hemiparesis
- 3.3.3 Pasien dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik
- 3.3.4 Pasien yang memiliki kekuatan otot 0-3
- 3.3.5 Pasien yang tidak mengalami penurunan kesadaran (composmentis)
- 3.3.6 Pasien dan keluarga bersedia menjadi partisipan dengan menandatangani surat persetujuan/ *informed consent*.
- 3.3.7 Pasien yang tidak mengalami pendengaran
- 3.3.8 Pasien dengan gangguan citra tubuh dan gangguan kognitif
- 3.3.9 Pasien yang menderita diabetes mellitus

3.4 Lokasi dan Waktu

3.4.1 Lokasi

Laporan kasus ini melakukan penelitian di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang, yang mana rumah sakit ini menjadi rumah sakit rujukan dan dilengkapi fasilitas yang cukup lengkap Lumajang.

3.4.2 Waktu

Waktu yang digunakan dalam pengambilan data dalam laporan kasus ini dimulai dari 08 April - 12 April 2023.

3.5 Pengumpulan data

3.5.1 Proses pengumpulan data

Proses pengumpulan data perlu perizinan dengan mengajukan surat permohonan kelaikan etik dari Kaprodi kepada KEPK Fakultas Keperawatan Universitas Jember dengan nomor 126/UN25.1.14.2/PG/2023 yang terlampir pada Lampiran 3.5. Surat yang diajukan termasuk dalam tujuh dokumen dikirim ke alamat email kepk.fkep@unej.ac.id sebagai syarat seleksi etik dengan nomor

100/UN25.1.14/KEPK/2023 yang terlampir pada Lampiran 3.6. Selanjutnya mengajukan surat permohonan izin penelitian dari Fakultas Keperawatan Universitas Jember kepada LP2M dengan nomor 1195/UN25.1.14/LT/2023 yang terlampir pada Lampiran 3.7. Surat dikirim beserta naskah proposal yang telah direvisi melalui alamat email ijinpenelitian@gmail.com. Selanjutnya LP2M Universitas Jember menerbitkan surat izin pengambilan data kepada Direktur RSUD dr . Haryoto Lumajang dengan nomor 1559/UN25.3.1/LT/2023 yang terlampir pada Lampiran 3.4 Surat pengantar pengambilan data tersebut diajukan melalui pihak diklat RSUD dr . Haryoto Lumajang sebagai tempat pengambilan data. Pengajuan ke RS juga perlu menyertakan proposal yang telah direvisi setelah sidang proposal beserta sertifikat laik etik . Pihak diklat RSUD dr . Haryoto Lumajang selanjutnya menerbitkan surat pengantar ke ruangan tempat penelitian yaitu Ruang Melati. Surat pengantar ruangan dengan nomor 445/804/427.52.01/2023 yang terlampir pada Lampiran 3.8. Jika pihak Ruang Melati dr . Haryoto Lumajang telah menyetujui pengajuan penelitian tersebut, maka peneliti dapat melakukan pengambilan data penelitian di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang.

3.5.2 Teknik pengumpulan data

Untuk menjangkau informasi atau mengungkap data dari responden maka perlu alat ukur atau teknik pengumpulan data yang sesuai. Teknik yang dilakukan diantaranya observasi, wawancara, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, dan dokumentasi. Contoh lembar daftar pertanyaan dan *checklist* disajikan pada Lampiran 3.3.

a. Wawancara

Merupakan salah satu teknik untuk menggali data lisan. Hal ini perlu dilakukan dengan wawancara yang mendalam agar mendapatkan hasil yang akurat dan terperinci. Data tersebut diantaranya seperti identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga.

b. Observasi

Observasi yang penulis lakukan pada pasien dengan penyakit stroke dengan masalah keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik yaitu dengan pola eliminasi, pola

nutrisi dan metabolik, pola sensori dan pengetahuan, pola fungsi kesehatan, dan pemeriksaan fisik.

c. Dokumentasi

Proses pengumpulan data terutama data sekunder atau yang telah dibuat sebelumnya. Sehingga dapat langsung disalin atau diambil yang disesuaikan dengan variabel penelitian. Penulis mengambil data dari hasil pengkajian, rekam medis, pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan penunjang (CT Scan, foto thorax, dan EKG).

3.6 Uji Keabsahan Data

3.6.1 Kredibilitas Data

Data divalidasi dengan informasi subyektif dari anggota keluarga pasien dan kelengkapan data diperoleh dari pemeriksaan fisik obyektif, tanda dan gejala pasien stroke, CT scan, MRI, EKG dan pemeriksaan laboratorium.

3.6.2 Transferabilitas

Dari informasi yang diperoleh, transferabilitas sumber data yang dihasilkan di lapangan diperiksa dengan bantuan kertas kerja.

3.6.3 Dependabilitas

Materi ditelaah dengan bantuan double check dari berbagai sumber dan digabung kelengkapan hasil observasi dan wawancara.

3.7 Etika Penulisan

3.7.1 Nilai Sosial/Klinis

Laporan kasus ini dapat diterima berdasarkan metode ilmiah yang valid secara etis. Selain itu, menyediakan data yang valid dan dapat mendorong evaluasi intervensi. Sehingga, laporan kasus ini dapat memberikan informasi yang valid dan hasil yang konsisten dengan tujuan.

3.7.2 Nilai Ilmiah

Penulisan laporan kasus ini dapat diterima berdasarkan metode ilmiah yang valid. Desain penulisan yang jelas dapat memberikan informasi dengan baik serta sesuai dengan tujuan.

3.7.3 Pemerataan Beban dan Manfaat

Laporan dapat diterima secara etis jika risikonya diminimalkan dan manfaat penelitian stabil dan lebih besar daripada risikonya. Lokasi yang dipilih berdasarkan kriteria ilmiah yang sama dan diukur dengan instrumen yang sama, sehingga diharapkan mendapat beban dan manfaat yang sama.

3.7.4 Potensi Manfaat dan Risiko

Dalam penulisan laporan ini penulis melakukan asuhan keperawatan mulai tindakan keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Dalam hal ini, tidak ada risiko karena pasien tidak dilakukan tindakan yang intensif sehingga risiko yang terjadi pada pasien tidak ada.

3.7.5 Bujukan/Eksploitasi/Inducement

Penulis harus menghindari kecurigaan selama proses pengambilan data. Penulis berusaha menjunjung tinggi prinsip transparansi dengan melakukan kegiatan secara jujur, cermat dan profesional, sehingga tidak menimbulkan kecurigaan.

3.7.6 Rahasia dan Privacy

Penulis menjelaskan kepada pasien saat pembuatan laporan terdapat beberapa identitas yang akan dicantumkan dalam laporan akan dirahasiakan, kecuali jika terdapat hal yang diperlukan untuk penyelesaian laporan tugas akhir. Dokumentasi berupa gambar maupun audio akan dihapus saat penelitian selesai dilakukan. Dalam pembuatan laporan penulis wajib dalam menjaga kerahasiaan data yang telah dikumpulkan seperti riwayat penyakit pasien, penyakit yang diderita saat ini. Namun, dapat dikecualikan untuk kepentingan dalam pembuatan laporan saat melakukan bimbingan kepada pembimbing.

3.7.7 *Informed Consent*

Formulir informed consent diberikan kepada pasien yang bersedia menjadi partisipan dalam laporan kasus ini. Jika pasien tidak memungkinkan untuk melakukan tindakan informed consent dengan menandatangani lembar informed consent, maka wali yang berhak adalah keluarga pasien ataupun orang yang bertanggung jawab atas pasien.

BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini merupakan hasil dan pembahasan terhadap Asuhan Keperawatan yang dilakukan oleh penulis kepada satu pasien Stroke Iskemik dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik. Bab ini memberikan gambaran secara lengkap tentang keadaan pasien yang ditangani penulis. Pengelolaan pasien dilakukan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

4.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Lokasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang yang bertempat di jalan Basuki Rahmat Nomor 5 Kecamatan Lumajang Kabupaten Lumajang. Rumah sakit ini adalah rumah sakit yang di kelola pemerintah daerah, serta menjadi rumah sakit rujukan pertama bagi puskesmas, klinik dan rumah sakit swasta yang ada di Kabupaten Lumajang RSUD Dr. Haryoto Lumajang memiliki banyak ruangan yang di sesuaikan dengan kondisi pasien yang sakit. Adapun ruangan yang digunakan peneliti untuk mengambil data yaitu ruang Melati, Ruang Melati adalah ruangan khusus pasien dengan penyakit dalam khusus wanita. Ruang Melati memiliki sebanyak 14 kamar. Ruangan yang hanya isi 2 bed berjumlah 8 kamar , dan ruangan yang isi 4 bed ada 5 kamar, total keseluruhan ada 36 bed. Jumlah perawat di Ruang Melati sebanyak 17 perawat dan setiap shift ada 3-4 perawat. Dari pernyataan tersebut sudah dapat di gambarkan bahwa Ruang Melati adalah ruangan yang nyaman dan dengan fasilitas yang tercukupi.

4.2 Pengkajian

4.2.1 Identitas Pasien

a. Pengumpulan data

1) Anamnesis

a) Identitas pasien

Tabel 4.1 Identitas Pasien Stroke Iskemik

Identitas pasien			
Inisial pasien	Ny.A	Inisial suami	Tn.S
Usia	64 Tahun	Usia	65 Tahun
Suku/bangsa	Jawa	Suku/bangsa	Jawa

Identitas pasien			
Agama	Islam	Agama	Islam
Pendidikan	SD	Pendidikan	SD
Pekerjaan	Pedagang	Pekerjaan	Pedagang
Alamat	JL Argopuro III/08 RT:03, RW:16, Citrodiwangsan	Alamat	JL Argopuro III/08 RT:03, RW:16, Citrodiwangsan
Diagnosa Medis	Stroke		
Tanggal MRS	06 April 2023		
Status Perkawinan	Kawin	Status Perkawinan	Kawin

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti terdapat beberapa data. Namun disini peneliti akan membahas lebih dalam mengenai usia pasien, jenis kelamin, dan riwayat pendidikan pasien. Karena hal tersebut merupakan salah satu faktor penyebab terjadinya resiko.

Dari penelitian yang sudah dilakukan di dapatkan pasien berusia 64 tahun. Data tersebut sama dengan teori yang menyatakan bahwa penuaan juga berhubungan dengan faktor terjadinya stroke. Hal tersebut juga sama dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan setelah usia 50 tahun, terdapat kecenderungan bahwa arteri serebral yang kecil pun dapat menderita aterosklerosis, dimana penyempitan yang disebabkan oleh plak aterosklerotik dapat menutupi 80-90% lumen arteri (Rachmawati dkk., 2022).

Selain itu, meningkatnya risiko stroke seiring bertambahnya usia disebabkan oleh proses penuaan pada sistem kardiovaskular dan sistem tubuh lainnya. Pernyataan tersebut juga sama dengan hasil penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa risiko stroke meningkat seiring bertambahnya usia dan berlipat ganda saat usia di atas 55 tahun. Oleh karena itu, stroke disebut sebagai penyakit usia lanjut yang disebabkan oleh kemunduran struktur dan fungsi tubuh, termasuk pembuluh darah otak yang kehilangan elastisitasnya (Azzahra, 2022).

Hal ini dibuktikan dalam penelitian dari Nusdin (2021) menunjukkan 40 responden, sebanyak 24 responden (60%) berusia 60-74 tahun, 14 responden (15%) berusia 45-59 tahun, dan 2 orang (5%) berusia 75-90 tahun. Penulis beropini bahwa teori dan fakta tidak ada kesenjangan, karena 60% stroke terjadi pada usia 60-74 tahun dan dari pasien yang dikaji pasien berusia 64 tahun yang jadi kemungkinan stroke terjadi pada seseorang yang berusia diatas 50 tahun (Nusdin, 2021).

Selanjutnya pada data di jenis kelamin, pasien merupakan seorang perempuan. Tetapi laki-laki resiko lebih tinggi terkena stroke, namun kematian akibat stroke lebih banyak ditemui pada seorang perempuan dibandingkan laki-laki karena biasanya yang terserang stroke adalah perempuan yang sudah tua. Selain itu, ada pemicu khusus yaitu kehamilan, melahirkan, dan masa menopause yang berhubungan dengan tidak keseimbangan hormonal (Audina Dhea, 2019).

Dan dari hasil penelitian pasien sudah menopause hal ini sama dengan penelitian sebelumnya dari Azzahra (2022) menyatakan bahwa risiko stroke lebih tinggi pada wanita menopause karena produksi hormon estrogen yang memiliki banyak manfaat bagi seluruh organ tubuh, termasuk jantung dan pembuluh darah, menurun saat menopause dan pria dapat menderita stroke akibat hormon ini Testosteron, yang meningkatkan kadar LDL dalam darah.

Berdasarkan hal tersebut dilihat dari penelitian Nusdin (2021) menunjukkan ada 23 responden (57%) berjenis kelamin perempuan dan 17 responden (42%) berjenis kelamin laki-laki. Dari fakta dan teori menjelaskan bahwa stroke dapat terjadi pada laki-laki maupun wanita dengan faktor risikonya masing-masing, sedangkan menurut pasien hasil pengkajian berjenis kelamin wanita yang disebabkan karena pasien sudah menopause.

Dari data pasien diperoleh pendidikan terakhir pasien tingkat SD. Terjadinya stroke juga bisa disebabkan karena kurangnya pengetahuan dan pemahaman tentang suatu penyakit. Tingkat pendidikan seseorang berperan penting dalam mencapai pemahaman tentang suatu penyakit. Jika pendidikan rendah dapat menghambat seseorang untuk berfikir lebih luas. Idealnya, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin baik pula pengetahuan seseorang (Jessyca, 2021). Penulis beropini tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta, karena pasien tamatan SD, yang mana tingkat pendidikan mempengaruhi pengetahuan pasien mengenai suatu penyakit.

b) Riwayat Kesehatan

Tabel 4.2 Riwayat kesehatan Pasien Stroke

Riwayat kesehatan	Pasien
Keluhan saat MRS	Keluarga pasien mengatakan bahwa anggota gerak badan sebelah kanan sejak pagi lemah. tidak bisa berbicara dan pelo, tidak bisa berjalan.
Keluhan saat ini	Keluarga pasien mengatakan pasien merasa pusing, kesulitan bergerak tangan dan kaki sebelah kanan, tidak dapat berbicara dengan jelas (pelo).
Riwayat penyakit sekarang	Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien kesulitan berbicara sejak pagi dan pada saat duduk di depan rumah pasien tiba-tiba merasakan kelemahan anggota gerak sebelah kanan dan tidak bisa jalan, dan pelo. Lalu keluarga membawa pasien ke IGD RSUD dr. Haryoto pada tanggal 06 April 2023 pukul 14.28 kemudian setelah mendapat penanganan injeksi Antrain, Omeprazo, Citicolin di IGD, pasien dipindah ke Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang pada tanggal 06 April 2023 pada pukul 17.30.
Riwayat penyakit masa lalu	Keluarga pasien mengatakan jika sebelumnya pasien mempunyai riwayat penyakit Hipertensi sejak tahun 2020.
Riwayat penyakit keluarga	Keluarga pasien mengatakan bahwa keluarga tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi dan tidak ada yang pernah mengalami stroke.

Pada tabel diatas di dapatkan data pasien bahwa pasien mengalami keluhan kesulitan menggerakkan anggota badan sebelah kanan dan pelo. Berdasarkan penelitian sebeumnya menjelaskan bahwa tanda dan gejala dari stroke sendiri antara lain anggota badan mengalami kelumpuhan atau sulit bergerak, bicara tidak lancar dan tidak jelas (pelo) (Utama, 2022). Ini semua disebabkan karena adanya kerusakan otak yang muncul secara mendadak, progresif dan cepat, akibatnya ada gangguan peredaran darah otak yang non traumatik. Dari fakta dan teori tidak ada kesenjangan karena hal tersebut terjadi pada pasien diatas

Pada data dari penelitian keluhan saat ini salah satunya , kesulitan bergerak tangan dan kaki sebelah kanan, tidak dapat berbicara dengan jelas (pelo). Hal ini sama dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa afasia atau kesulitan

bicara dalam berartikulasi gagal. Artikulasi tersebut merupakan proses menyesuaikan ruangan supraglottal. Penyesuaian daerah laring ini dengan menaikkan dan menurunkan laring mengatur aliran udara melalui rongga mulut dan hidung melalui katup velopharyngeal dan dapat mengubah posisi mandibula (rahang bawah) dan lidah, proses tersebut menghasilkan suara dasar, sehingga menyebabkan pasien stroke sulit bicara. Jika stroke mengenai belahan otak kiri dan mengenai pusat bahasa, kemungkinan besar pasien akan mengalami gangguan bahasa atau afasia, karena otak kiri bekerja menganalisis bahasa, berpikir logis dan konseptual serta memahami (Yunica dkk., 2019). Dari fakta dan teori tidak ada kesenjangan karena hasil dari pengkajian, pasien mengalami gangguan bicara yaitu pelo.

Pada riwayat penyakit sekarang berdasarkan penelitian yang sudah dilakukan salah satu keluhan dari pasien adalah anggota gerak lemah sebelah kanan. Ini sama dengan yang dikatakan dalam penelitian dari Sherina (2022) bahwa dimana stroke terjadi karena adanya kerusakan pada salah satu sisi bagian otak. Dari penelitian sebelumnya Hayuningru (2023) menyatakan bahwa ada 80% penderita stroke akan menderita gangguan neuromotor yang mengakibatkan berbagai gejala termasuk kelumpuhan pada satu sisi tubuh, kehilangan sensasi, disfungsi sistem koordinasi, masalah gaya berjalan dan keseimbangan.

Dari hasil pemaparan teori dan fakta pasien tidak ada kesenjangan. Karena dari hasil pengkajian, pasien mengalami sulit berjalan dan anggota gerak tubuh pasien sebelah kanan mengalami kelemahan dan sulit gerak.

Pada riwayat penyakit masa lalu data tekanan darah di dapatkan keadaan pasien hipertensi dengan hasil 170/90 mmHg. Pasien mempunyai riwayat hipertensi sejak tahun 2020. Hal ini sesuai dengan tinjauan teori bahwa Hipertensi merupakan faktor risiko utama untuk terjadinya. Dari tabel riwayat penyakit masa lalu dan berdasarkan dalam penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Utama (2022) menyatakan bahwa hipertensi merupakan faktor utama penyebab terjadi stroke, baik stroke hemorogik maupun stroke iskemik. Faktor ini disebabkan karena hipertensi dapat merusak arteri keseluruh tubuh manusia dan menyebabkan pecahnya pembuluh darah yang mengakibatkan sumbatan pada arteri di otak.

Hipertensi juga mempengaruhi stroke karena di penelitian sebelumnya yang menemukan bahwa kadar homosistein yang tinggi dapat memperburuk stres oksidatif pada hipertensi dan berkontribusi pada penyakit pembuluh darah. Hal ini di sebabkan karena hipertensi mengakibatkan adanya plak pada pembuluh darah besar (aterosklerosis) yang menyebabkan tersumbatnya aliran darah yang mengalami penyempitan sehingga memicu pecahnya pembuluh darah. Seseorang dikatakan hipertensi jika tekanan darahnya mencapai 140/90 mmHg, semakin tinggi tekanan darah seseorang maka semakin tinggi pula resiko terkena serangan stroke (Hadijah, 2021). Dari keterangan diatas didapatkan bahwa fakta dan teori tidak ada kesenjangan, karena pasien tersebut terserang stroke karena faktor hipertensi, dengan hasil pengkajian pasien TD : 170/90 mmHg dan riwayat hipertensi yang diderita oleh pasien terjadi sejak tahun 2020.

Dari hasil riwayat penyakit keluarga di dapatkan bahwa keluarga pasien tidak ada yang menderita penyakit hipertensi dan stroke. Stroke dapat terjadi karena faktor penyakit riwayat keluarga seperti hipertensi, diabetes, dan dislipidemia yang berada di bawah pengaruh genetik. Pada pasien stroke iskemik dengan riwayat stroke keluarga yang tinggi, risikonya kurang dari 12,3% dibandingkan dengan pasien tanpa riwayat keluarga stroke, yang memiliki risiko 35,4%. Berdasarkan dari fakta dan teori penulis beropini bahwa ada kesenjangan, karena penyakit hipertensi yang di derita pasien bukan keturunan dari keluarganya namun karena faktor usia dari pasien sendiri (Made dkk., 2019).

c) Pola fungsi kesehatan

(1) Pola persepsi dan tatalaksana kesehatan

Tabel 4.3 Pola Persepsi Dan Tatalaksana Kesehatan Pasien Stroke Iskemik

Pola kesehatan	Pasien
Pola persepsi dan tatalaksana kesehatan	<p>Keluarga pasien mengatakan jika pasien mengalami lemas dan susah bergerak di bagian tangan dan kaki sebelah kanan.</p> <p>Keluarga pasien mengatakan jika pasien sakit, maka pasien akan segera periksa ke pelayanan kesehatan terdekat.</p> <p>Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien kurang memahami kurang memahami komplikasi atau akibat dari hipertensi dan stroke.</p>

Dari data tabel diatas didapatkan bahwa pengetahuan pasien terhadap penyakit hipertensi masih kurang dan keluarga pasien bercerita bahwa pasien awal terkena hipertensi saat tahun 2020. Penyakit stroke bisa dicegah salah satunya dengan mencegah terjadinya hipertensi. Pengetahuan dapat meningkatkan penderita hipertensi dalam mencegah stroke. Kurangnya pengetahuan tentang komplikasi tekanan darah tinggi tidak dapat mempengaruhi perilaku untuk mencegah komplikasi tekanan darah tinggi yang disebabkan oleh perubahan gaya hidup, makanan berlemak, berkolesterol tinggi, merokok dan stress yang tinggi (Yanti dkk., 2020). Berdasarkan fakta dan teori penulis beropini tidak ada kesenjangan karena dari hasil pengkajian didapatkan bahwa pasien kurang memahami komplikasi atau akibat dari hipertensi dan stroke sehingga pasien tidak mencegah hipertensi dan kurang menjaga pola makannya.

(2) Pola Nutrisi dan Metabolik (Makan Dan Minum)

Tabel 4.4 Pola Nutrisi dan Metabolik (Makan Dan Minum) Pasien Stroke Iskemik

Pola kesehatan	Pasien
Makan dan minum	<p>Sebelum pasien MRS keluarga mengatakan pasien makan sebanyak 3X sehari dengan porsi cukup, ada nasi, lauk dan sayur, minum air putih dan pasien biasanya minum kopi.</p> <p>Selama MRS pasien makan 3X sehari dengan porsi sedikit dari yang sudah diberikan oleh pihak gizi RS karena pasien mengalami penurunan nafsu makan dan disfagia. Makanan dari gizi RS seperti bubur dan susu dan minum air mineral kurang lebih 3 gelas.</p>

Pada tabel diatas dapat disimpulkan bahwa pasien mengalami penurunan nafsu makan. Pasien stroke sering kali mengalami disfagia yang dapat menyebabkan penurunan nafsu makan (Rembang, 2022). Dari fakta dan teori, penulis beropini bahwa pasien mengalami penurunan nafsu makan karena adanya gangguan menelan sehingga pasien tidak menghabiskan bubur yang sudah disediakan oleh pihak gizi Rumah Sakit.

(3) Pola Eliminasi

Tabel 4.5 Pola Eliminasi Pasien Stroke Iskemik

Pola kesehatan	Pasien
BAK dan BAB	<p>Sebelum MRS : Keluarga pasien mengaakan bahwa pasien selama di rumah BAB 1X sehari dan BAK kurang lebih 7X</p> <p>Selama MRS : Keluarga pasien mengatakan selama 3 hari di RS pasien tidak BAB dan untuk BAK pasien dipasang selang cateter yang kurang lebih +1500 cc/hari dengan warna urine Warna kekuningan bau khas urine.</p>

Dari tabel diatas disimpulkan bahwa pasien mengalami konstipasi saat di rawat di rumah sakit. Hal ini sama dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan hal tersebut disebabkan karena terdapat gangguan pada sistem neurologis yang mana saraf otonom mengalami gangguan fungsi. Saraf gasrointestinal di persafari oleh saraf simpatis maupun parasimpatis dari sisem otonom (Sibarani dkk., 2019). Dari penelitian yang lain seperti dari Sianturi (2022) mencatat bahwa keterbatasan fisik, mobilitas, dan perubahan posisi menghambat pergerakan usus dan menyebabkan sembelit yang signifikan dibandingkan dengan orang sehat. Pada pasien stroke yang secara fisik terbatas dan harus terbaring di tempat tidur sehingga gerakan peristaltik melemah, memperlambat perjalanan feses ke dalam rektum untuk jangka waktu yang lebih lama dan memungkinkan feses diserap kembali. Hal ini menyebabkan feses mengeras.

Dari fakta dan teori tidak ada kesenjangan, dengan ini penulis beropini bahwa pasien yang telah dikaji mengalami konstipasi karena adanya imobilitas fisik pada pasien, dibuktikan dengan hasil pengkajian yaitu kaki dan tangan pasien lemah, adanya penurunan kekuatan otot , dan pasien tidak bisa berjalan sehingga pasien saat 3 hari di RS tidak BAB sama sekali.

Pada pola BAK saat di RS pasien terpasang cateter, hal ini sama dengan penelitian sebelumnya dari Fatkurohmah dan Afrian (2021) yaitu pasien stroke akan mengalami inkontinensia urine karena adanya kelemahan pada otot sfingter uretra yang berperan untuk mengendalikan kemampuan berkemih. Karena berkemih ini merupakan salah satu aktivitas neurologi yang diatur oleh otak dan

BAK terjadi karena adanya gangguan kontrol dari otak. Dari fakta dan teori tidak ada kesenjangan, sehingga penulis beropini bahwa pasien dipasang cateter agar pasien tidak kesulitan saat akan BAK karena pasien masih mengalami gangguan mobilitas fisik tidak mampu berjalan.

(4) Pola Istirahat Tidur

Tabel 4.6 Pola Istirahat Tidur Pasien Stroke Iskemik

Pola kesehatan	Pasien
Pola tidur dan istirahat	<p>Sebelum MRS : Keluarga pasien mengatakan pasien tidur sebelum berangkat bekerja, durasi waktu kurang lebih 2 jam dan tidur di malam hari kurang lebih 8 jam dan pasien tidur dengan nyenyak.</p> <p>Selama MRS : Keluarga pasien mengatakan tidak nyenyak karena pasien bangun ketika ruangan ramai dan saat pusing. Durasi tidur kurang lebih 6 jam, tidak nyenyak dan sering terbangun</p>
Pola aktifitas dan istirahat	<p>Sebelum MRS : Keluarga pasien mengatakan aktivitas pasien sehari-hari berdagang/jualan kopi. Untuk aktivitas seperti mandi, makan, berpakaian pasien mengerjakan sendiri tanpa bantuan orang lain.</p> <p>Selama MRS : Keluarga pasien mengatakan pasien hanya istirahat dan aktivitas seperti makan, berpakaian dan latihan gerak diatas tempat tidur dibantu oleh sang suami.</p>

Dari hasil pengkajian di dapatkan pasien mengalami gangguan pola tidur. Hal ini juga jelaskan dari penelitian sebelumnya dari Hany (2023) yang menyatakan ada sebanyak 70% pasien stroke mengalami gangguan tidur yang disebabkan karena pembuluh darah di otak mengalami penyumbatan sehingga kekurangan pasokan darah yang mengangkut oksigen dan jaringan otak mengalami kerusakan. Karena jaringan otak rusak maka muncul gangguan neuropsikiatri yang disebabkan karena defisit neurologis di otak akibat dari lesi pada pasien stroke iskemik. Dari pernyataan fakta dan teori penulis beropini tidak ada kesenjangan, karena dari hasil pengkajian yang membuktikan bahwa pasien mengalami gangguan tidur dengan durasi waktu tidur dan kualitas tidur pasien yang menurun, semula pasien tidur malam 8 jam dan nyenyak menjadi 6 jam tidur pasien tidak nyenyak dan sering bangun.

Pada pola aktifitas dan istirahat di dapatkan dari hasil pengkajian bahwa pasien hanya istirahat dan aktivitas seperti makan, berpakaian dan latihan gerak diatas tempat tidur dibantu oleh sang suami. Dalam penelitian sebelumnya dari

menyatakan bahwa 10 orang (63%) pasien stroke iskemik mengalami ketergantungan total yang diakibatkan karena defisit neurologik karena adanya gangguan pembuluh darah pada otak pasien stroke iskemik. Sel-sel otak tidak segera beregenerasi, melainkan membentuk koneksi baru, memungkinkan neuron otak berkembang dan kembali ke fungsi aslinya, yang disebut neuroplastisitas. Dimana hal tersebut jika terjadi secara berkepanjangan akan menyebabkan pasien mengalami kecacatan sehingga penderita stroke tidak mampu melakukan *Activity Daily Living* (ADL) secara mandiri.

Dari fakta dan teori penulis beropini bahwa tidak ada kesenjangan, karena pada pasien stroke iskemik akan mengalami ketergantungan aktivitas kepada orang lain. Pernyataan ini dibuktikan dengan hasil penelitian pasien makan, berpakaian dan latihan gerak dibantu oleh suaminya.

(5) Pola sensori dan pengetahuan

Tabel 4.7 Pola Sensori dan Pengetahuan Pasien Stroke Iskemik

Pola kesehatan	Pasien
Pola sensori dan pengetahuan	(a) Pendengaran : Pasien mampu mendengar ucapan yang disampaikan perawat. (b) Penglihatan : Pasien mengalami sedikit kabur saat melihat huruf/tulisan dari jarak 2 meter (c) Perabaan : Pasien mampu merasakan rabaan dari bendam tumpul dan refleks menggerakkan jari-jari, baik jari tangan maupun kaki sebelah kanan dan kiri (d) Pengecapan : Pasien masih mampu mengecap makanan dengan baik dan normal (e) Penciuman Pasien mampu membedakan antara bau balsem dan minyak kayu putih.

Berdasarkan hasil pengkajian dari penulis menyatakan bahwa pasien tidak mengalami gangguan pendengaran sedangkan dalam penelitian sebelumnya dari Sari (2020) menyatakan bahwa pada pasien stroke iskemik biasanya mengalami gangguan pendengaran yang disebabkan karena infark arteri labirin yang merupakan cabang PICA (*Posterior Inferior Cerebellar Artery*) karena melibatkan pendekulus serebeli sedangkan di serebelum sendiri tidak terlibat. Dari fakta dan teori ada kesenjangan, dengan ini penulis beropini bahwa tidak semua pasien stroke mengalami gangguan pendengaran karena pasien yang dikaji oleh penulis tidak

mengalami kerusakan infark arteri labirintin dengan pembuktian hasil pengkajian pasien masih mampu mendengar apa yang disampaikan oleh perawat.

Berdasarkan hasil penelitian, menunjukkan bahwa pasien sebelum MRS dan saat di RS sudah mengalami gangguan penglihatan seperti melihat suatu benda dari jarak jauh. Menurut Wijayanti (2019) menjelaskan bahwa lanjut usia (lansia) merupakan suatu tahap lanjut dari proses kehidupan yang ditandai dengan adanya perubahan penurunan kemampuan berbagai organ, fungsi dan sistem tubuh secara alamiah atau fisiologis agar mampu beradaptasi dengan stress lingkungan. Perubahan yang dialami lansia salah satunya yaitu perubahan fungsi pada lansia meliputi fungsi fisik, psikososial, kognitif, dan sosial. Sistem persyarafan, kurang sensitif terhadap sentuhan, mengecilnya saraf panca indra lambat dalam berespon sehingga waktu untuk bereaksi sehingga terjadi hubungan syaraf menurun.

Dari fakta dan teori diatas tidak ada kesenjangan dan penulis beropini bahwa pada pasien yang dikaji penulis, pasien mengalami gangguan penglihatan disebabkan karena panca indra pada lansia akan mengalami penurunan, dibuktikan dengan hasil pengkajian usia pasien 64 tahun dan pasien tidak mampu melihat huruf/tulisan secara jelas dari jarak 2 meter.

Berdasarkan hasil dari pengkajian pasien di dapatkan tidak mengalami gangguan pengecap. Menurut penelitian sebelumnya dari Cahyati dkk., (2022) menjelaskan bahwa pasien stroke mengalami gangguan pengecap karena adanya kerusakan di foramen stylomastoid sehingga hilangnya pengecap. Dari fakta dan teori penulis beropini bahwa ada kesenjangan karena hasil dari pengkajian pasien membuktikan bahwa tidak mengalami gangguan pengecap.

(6) Pola hubungan interpersonal dan peran, persepsi dan konsep diri.

Tabel 4. 8 Pola hubungan interpersonal dan peran Pasien Stroke Iskemik

Pola kesehatan	Pasien
Pola hubungan interpersonal dan peran	Hubungan pasien dengan suaminya baik. Keluarga mengatakan sebelum MRS peran pasien sebagai ibu rumah tangga dan berjualan dan saat MRS peran pasien tidak berfungsi lagi , hanya menjadi pasien yang geraknya terbatas.

Pola kesehatan	Pasien
Pola persepsi dan konsep diri	Keluarga pasien mengatakan bahwa kondisi pasien merasa syok karena baru pertama terkena stroke, tetapi pasien sudah bisa menerima kondisinya dan selalu ditemani suaminya saat di RS.
Gambaran diri	Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien tidak mempersalahi penampilannya sekarang karena pasien lebih mementingkan kesembuhannya.
Ideal diri	Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien ingin segera cepat sembuh.
Identitas diri	Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien bernama Ny.A, berusia 64 tahun dan tinggal di citrodiwangsan.
Harga diri	Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien menerima keadaannya sekarang.
Peran diri	Peran pasien sebagai pasien yang hanya bisa tirah baring diatas tempat tidur .
Pola reproduksi dan seksual	Pasien sudah menopause sejak usia 50 tahun.
Pola penanggulangan stres	Keluarga pasien mengatakan jika pasien ada masalah apapun pasien bercerita ke suami
Pola tata nilai dan kepercayaan	Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien saat di RS pasien tidak melakukan ibadah sholat 5 waktu dan hanya berdzikir saja.

Dari hasil data penelitian didapatkan bahwa peran pasien saat di RS digantikan suami. Dampak tersebut bisa diakibatkan karena komunikasi yang tidak adekuat antara pasien dan lingkungan. Kondisi mortalitas tinggi dan kemampuan fungsional rendah pada pasien afasia karena pasien tidak dapat mengungkapkan apa yang ingin disampaikan dan tidak dapat menjawab pertanyaan berpartisipasi saat komunikasi. Pasien afasia dapat merusak kemampuan berkomunikasi , dan sulit memahami kemampuan mengekspresikan diri. Penyebab tersebut mengakibatkan hilangnya peran dalam hidup yang dimiliki (Yunica dkk., 2019) .Dari fakta dan teori pasien beropini bahwa pasien tersebut mengalami gangguan peran diri yang disebabkan karena pasien masih pelo sehingga komunikasi dengan suami maupun orang lain terganggu yang menyebabkan orang lain sulit memahami apa yang ingin disampaikan oleh pasien.

Dari hasil penelitian ditemukan bahwa tidak ada gangguan pola persepsi dan konsep diri . Hal ini tidak sama dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa pasien stroke yang mengalami kecemasan karena pasien khawatir pengobatan yang sudah dijalannya tidak akan merubah kondisi kesehatannya

(Rahmawati dkk., 2019). Dari fakta dan teori penulis beropini bahwa ada kesenjangan karena faktanya pasien tidak merasa cemas dengan kesehatannya dan pasien sudah menerima kondisi sakitnya dan selalu ditemani suaminya saat di RS.

Untuk pola tata nilai dan kepercayaan dari data tabel pengkajian didapatkan bahwa pasien tidak melakukan ibadah karena anggota gerak menurun dan hanya berdzikir. Dari penelitian sebelumnya dari Rahmawati (2019) menjelaskan bahwa penderita stroke mengalami krisis kehilangan iman kepada Tuhan yang memberikan kekuatan dan kesembuhan sehingga penderita stroke tidak mau ibadah. Berdasarkan fakta dan teori penulis beropini bahwa tidak semua penderita stroke akan mengalami penurunan kepercayaan kepada Tuhan, dibuktikan dengan pasien Ny.A masih percaya kepada Tuhan dan masih ingin melakukan ibadah sholat, tetapi pasien tidak melakukannya karena pasien mengalami gangguan gerak anggota tubuh dan tidak bisa jalan. Maka ibadah yang bisa pasien lakukan di RS hanya berdzikir agar diberi kesembuhan.

2) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum dan tanda-tanda vital

Tabel 4. 9 Keadaan umum Pasien Stroke Iskemik

Pemeriksaan fisik	Pasien
Keadaan Umum	Pasien tampak lemah, anggota gerak sebelah kanan hemiparesis, keterbatasan kekuatan otot dan gerak ,terpasang infus di tangan sebelah kiri, wajah lesu dan cemas, kesadaran compas mentis .
GCS	E:4, V:5, M:6
Tekanan darah	170/90 mmHg
Nadi	89 x/ menit
Suhu axila	36,5°C
RR/spo2	20 x/ menit /96%
TB/BB	158 cm /53 kg

Dari data pengkajian diatas didapatkan bahwa pasien tidak mengalami penurunan kesadaran. Hal ini sama dengan penelitian sebelumnya dari Alimansur, (2019) yang menjelaskan bahwa tidak semua pasien stroke mengalami penurunan kesadaran. Pasien yang kesadarannya baik namun mengalami gerak yang terbatas sehingga pasien harus *bedrest* diatas tempat tidur. Penelitian dari Asmawariza dan Wiguna (2020) jika ada pasien yang mengalami stroke sanga perlu untuk mendapatkan penanganan yang cepat. Ada 30%-40% pasien stroke sembuh dengan

sempurna jika pasien mendapat penanganan cepat dalam waktu 6 jam pertama (*Golden periode*). Dari pernyataan diatas, penulis beropini bahwa antara fakta dan teori tidak ada kesenjangan, dari hasil pengkajian pasien tidak mengalami penurunan kesadaran karena pasien mengalami stroke iskemik dibuktikan dengan hasil CT Scan yang menunjukkan infark serebri, dan pasien langsung dibawa ke RS sehingga cepat mendapati penanganan.

Dari hasil pengkajian didapatkan bahwa pasien mengalami anggota gerak sebelah kanan hemiparesis. Dari penelitian sebelumnya Hayuningru (2023) menyatakan bahwa ada 80% penderita stroke akan mengalami defisit neuromotor yang mengakibatkan beberapa gejala, diantaranya kelumpuhan satu sisi tubuh, kehilangan sensibilitas, kegagalan sistem koordinasi, perubahan pola jalan dan keseimbangan. Berdasarkan fakta dan teori penulis beropini bahwa tidak ada kesenjangan karena hasil pengkajian pasien mengalami mobilitas fisik dengan bukti pasien hemiparesis kanan dan kekuatan otot 3.

b) Pemeriksaan fisik kepala sampai leher

Tabel 4. 10 Pemeriksaan fisik kepala sampai leher Pasien Stroke Iskemik

Pemeriksaan fisik	Pasien
Kepala	Tidak ada benjolan dan tidak ada lesi
Rambut	Warna rambut hitam sedikit beruban, dan sedikit lepek dan sedikit rontok.
Wajah	Wajah asimetris, tidak ada benjolan.
Mata	Konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik,, tidak ada edema pelpebra
Hidung	Hidung simetris, tidak ada secret.
Telinga	Simetris, tidak ada serumen.
Tenggorokan	Tidak ada pembesaran tonsil
Gangguan lain	Gangguan penglihatan
Leher	Adanya distensi vena jugularis

Dari data tabel diatas didapatkan hasil wajah pasien tidak simetris. Hal ini sama dengan penelitian sebelumnya dari Cahyati, 2022 yang menjelaskan bahwa wajah pasien stroke akan mengalami perubahan bentuk wajah yaitu asimetris yang disebabkan karena adanya gangguan pada nervus fasialis. Nervus fasialis berjalan melalui terowongan sempit yang kemudian terjepit dan mengakibatkan edema sehingga terjadilah kerusakan saraf fasialis baik sementara maupun permanen. Dari fakta dan teori penulis beropini bahwa tidak ada kesenjangan karena dari hasil data pengkajian pasien , didapatkan wajah pasien perot atau asimetris.

c) Pemeriksaan Fisik Sistem Integumen

Tabel 4. 11 Pemeriksaan Fisik Sistem Integumen Pasien Stroke Iskemik

Pemeriksaan fisik	Pasien
Sistem integumen dan kuku	(1) Inpeksi : warna kulit sawo matang, tidak ada edema. (2) Palpasi : CRT <2 detik, akral hangat, akral normal, turgor kulit normal, tidak ada nyeri tekan, tidak ada clubbing finger

Dari hasil pengkajian didapatkan warna kulit sawo matang, tidak ada edema, CRT <2 detik, akral hangat, akral normal, turgor kulit normal, tidak ada nyeri tekan, tidak ada clubbing finger. Menurut buku Tarwoto (2013) menjelaskan bahwa bagian sistem integumen dan kuku pada pasien stroke tidak mengalami gangguan maupun hasil abnormal.

d) Pemeriksaan Fisik Sistem Kardiovaskuler

Tabel 4. 12 Pemeriksaan Fisik Sistem Kardiovaskuler Pasien Stroke Iskemik

Pemeriksaan fisik	Pasien
Jantung	(1) Inpeksi : Ictus cordis tidak tampak (2) Palpasi : Ictus cordis teraba, Hear rate: 70 x/ menit (3) Perkusi : Batas atas ICS 2 dextra normal, batas kanan ICS 2 sinistra dari sternum normal, batas kiri ICS 4 Sinistra normal, batas bawah ICS 5 sinistra normal (4) Auskultasi : Bunyi jantung S1,S2 tunggal dan tidak ada mur mur.

Dari hasil penelitian diatas didapatkan pasien tidak memiliki penyakit jantung dan hasil pemeriksaan tidak ada yang abnormal. Berdasarkan penelitian sebelumnya dari Ivan (2019) menjelaskan bahwa denyut jantung yang tidak beraturan dan adanya darah yang tidak bisa di pompa secara efisien dari atrium ke ventrikel dan ke seluruh tubuh. Darah yang terperangkap di bilik jantung kemudian tersumbat dan memicu tromboemboli, yang dapat menyumbat pembuluh darah dan menyebabkan iskemia dan kematian jaringan. Pada akhirnya hal ini menyebabkan stroke iskemik. Tidak semua yang ada masalah di jantung akan terserang stroke karena sering diikuti dengan faktor risiko lainnya, seperti Karena sering dikaitkan dengan faktor risiko lain seperti hipertensi, infark miokard, DM dan obesitas, riwayat gagal jantung tidak dapat disimpulkan sebagai faktor risiko

independen. Selain itu, ketika ejeksi fraksi turun hingga dibawah 30% baru dapat ditemukan hubungan antara gagal jantung dengan kejadian tromboemboli.

Dari fakta dan teori ada kesenjangan sehingga penulis beropini bahwa tidak semua pasien stroke komplikasi atau diakibatkan oleh penyakit jantung. Pada hasil pengkajian, pasien mengalami stroke bukan karena penyakit jantung tetapi karena faktor riwayat penyakit yaitu hipertensi yang dideritanya sejak tahun 2020.

e) Pemeriksaan Fisik Sistem Pencernaan

Tabel 4. 13 Pemeriksaan Fisik Sistem Pencernaan Pasien Stroke Iskemik

Pemeriksaan fisik	Pasien
Sistem pencernaan	(1) Inpeksi : tidak ada stomatitis, gigi sedikit kotor, abdomen datar, tidak ada lesi, tidak ada benjolan (2) Auskultasi : Bising usus 10 x/menit (3) Perkusi : Bunyi abdomen tympani (4) Palpasi : Tidak ada distensi, tidak ada pembesaran hati, limpa, ada massa.

Pada hasil data tersebut didapatkan penurunan peristaltik bising usus. Menurut penelitian sebelumnya dari Prasetyaningtyas (2019) dari 20 responden didapatkan bahwa pasien stroke akan gangguan fungsi gastrointestinal, terutama fungsi mesenterika, yang dapat menghambat stimulasi saraf kolon dan pengikatan endorfin plasma ke reseptor usus, menyebabkan peningkatan deposisi kolagen di kolon kiri. Penurunan fungsi tersebut dapat memicunya terjadinya konstipasi. Sedangkan adanya gerakan dari kolagen dalam kolon tersebut mengakibatkan penurunan sirkulasi. Dari fakta dan teori penulis beropini tidak ada kesenjangan bahwa pasien stroke mengalami konstipasi karena adanya gerakan kolagen sehingga pasien tersebut tidak BAB.

f) Fisik sistem muskuloskeletal dan neurologi

Tabel 4. 14 Fisik Sistem Muskuloskeletal Dan Neurologi Pasien Stroke Iskemik

Pemeriksaan fisik	Pasien
Sistem muskuloskeletal (ekstremitas) atas dan bawah	(1) Inpeksi : Tangan dan kaki pasien tampak lemah (2) Rentan gerak terbatas (3) Pergerakan tampak lemah (4) Terpasang infus di tangan kiri dengan infus Infus RL 1000 cc/24 jam (5) Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada daerah tangan dan kaki kiri (6) Kekuatan otot :

Pemeriksaan fisik	Pasien	
	Kiri	Kanan
Tangan	5	3
Kaki	5	3

Sistem neurologi

GCS: E=4, V=5, M=6

- (7) Kesadaran : compas mentis
- (8) Orientasi : Pasien mampu menyebutkan hari, tanggal, tahun dan tempat dia berada.
- (9) Memori : Pasien belum mampu untuk mengingat kronologi kejadian lemahnya tangan dan kaki, tidak mengingat tahun dia lahir.
- (10) *Nervus I* : Dapat menerima rangsangan bau dengan mampu mencium bau minyak kayu putih
- (11) *Nervus II* : Penglihatan pasien menurun saat pemeriksaan dengan melihat barang/huruf/maupun tulisan dari jarak 2 meter.
- (12) *Nervus III* : Reflek pupil kanan dan kiri an isokor saat pemeriksaan pupil dengan memberi sinar di pupil dari lateral, pasien mampu berkedip saat diberi
- (13) *Nervus IV* : Dapat menggerakkan bola mata dari sisi atas dan bawah pada pemeriksaan mata kanan dan kiri
- (14) *Nervus V* : Dapat menggerakkan rahang dari pemeriksaan saat pasien membuka mulut dan dan menggerakkan rahang ke kanan dan kiri.
- (15) *Nervus VI* : Bola mata pasien kurang mampu bergerak ke kanan, kiri, atas, bawah
- (16) *Nervus VII* : wajah pasien asimetris, dapat mengerutkan dahi dan mengangkat alis, dan mampu membedakan antara rasa manis susu dan air mineral
- (17) *Nervus VIII* : Pasien mampu mendengar ucapan yang disampaikan oleh perawat dan suami
- (18) *Nervus IX* : Pasien mengalami gangguan menelan.
- (19) *Nervus X* : Pasien mengalami gangguan bicara (pelo)
- (20) *Nervus XI* : Pasien mampu mengangkat bahunya
- (21) *Nervus XII* : Pasien tidak mampu menjulurkan lidah secara maksimal, pasien juga kurang mampu menekan pipi dengan lidah secara maksimal.

Dari hasil pengkajian penulis didapatkan pasien mengalami gangguan penglihatan. Hal ini sama dengan buku Tarwoto (2013) yang menyatakan gangguan penglihatan pada pasien stroke merupakan tanda dari TIA (*Transient Iskemik Attack*) yang terjadi karena adanya batas aliran darah ke otak karena stenosis arteri karotis dan embolus. Hal ini juga disebabkan karena lobus temporal atau parietal rusak sehingga menghambat serat saraf optic pada korteks oksipital dan karena

adanya gangguan pada saraf cranial III,IV, dan VI. Dari fakta dan teori penulis beropini bahwa pada pasien stroke akan mengalami batasan aliran darah ke otak sehingga pasien tersebut mengalami gangguan penglihatan dengan hasil pemeriksaan penglihatan benda/huruf dari kejauhan 2 meter.

Dari hasil pengkajian diatas didapatkan bahwa pasien mengalami gangguan bicara (pelo),sama hal ini sama dengan penelitian sebelumnya dari Yunica (2019) yang menyatakan bahwa afasia atau kesulitan bicara dalam berartikulasi gagal. Artikulasi tersebut merupakan proses menyesuaikan ruangan supraglottal. Adaptasi ini terjadi di daerah laring dengan menaikkan dan menurunkan laring, yang mengatur keluar masuknya udara melalui rongga mulut dan hidung melalui katup velopharyngeal dan dapat mengubah posisi mandibula (rahang bawah) dan lidah, suatu proses yang mengarah ke pembentukan dasar bunyi saat berbicara yang membuat penderita stroke sulit berbicara. Dari fakta dan teori tidak ada kesenjangan karena hasil dari pengkajian, pasien mengalami gangguan bicara yaitu pelo.

g) Pemeriksaan rentang gerak sendi

Rentang gerak sendi pasien masih terbatas. Rentang gerak sendi tangan 30^o rentang gerak pergelangan kaki plantar fleksi 40^o dan dorsi fleksi 10^o.

h) Pemeriksaan fisik sistem endokrin dan genitourinari

Tabel 4. 15 Pemeriksaan Fisik Sistem Endokrin Dan Genitourinaria Stroke Iskemik

Pemeriksaan fisik	Pasien
Sistem endokrin	Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid
Sistem genitourinari	(1) Inpeksi : bersih, tidak ada secret dan tidak ada perubahan warna, terpasang kateter urine dan diapers. (2) Palpasi : tidak ada nyeri tekan.

Dari hasil pengkajian diatas didapatkan pasien terpasang kateter urine. Hal ini sama dengan penelitian sebelumnya dari Fatkurohmah dan Afrian (2021) yaitu pasien stroke akan mengalami inkontinensia urine karena adanya kelemahan pada otot sfingter uretra yang berperan untuk mengendalikan kemampuan berkemih. Karena berkemih ini merupakan salah satu aktivitas neurologi yang diatur oleh otak dan inkontinensia urine terjadi karena adanya gangguan kontrol dari otak. Dari fakta dan teori tidak ada kesenjangan, sehingga penulis beropini bahwa pasien memang di sarankan untuk dipasang cateter agar pasien tidak kesulitan saat akan

BAK karena pasien masih mengalami gangguan mobilitas fisik tidak mampu berjalan.

3) Pemeriksaan penunjang

a) Pemeriksaan laboratorium dan penunjang lainnya

Tabel 4. 16 Pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan penunjang Stroke Iskemik

Tanggal Pemeriksaan	Jenis periksa	Pasien	Normal
06-04-2023 17:02	<u>Gula Darah Acak</u>		
	Gula Darah Acak	122	63-115 mg/dl
	SGOT		
	SGOT	41	Up to 37 mU/ml
	SGPT		
	SGPT	55	Up to 40 mU/ml
	Elektrolit		
	Clorida Serum	101	94-111 mMol/l
	Kalium Serum	3,6	3,5-5,2 mMol/l
	Natrium Serum	139	135-146 m mol/l
	Lemak		
	Cholestrol	127	< 250 mg/dl
	HDL Cholestrol	30	> 35 mg/dl
	LDL Cholestrol	89	< 150 mg/dl
	Trigliserida	39	60-165 mg/dl
	Serum Creatinin	1,47	P 0,7-1,2 mg/dl
	Uric Acid	1,8	P 1,9 -5,1 mg/dl
06-04-2023 14:39	<u>Darah Lengkap</u>		
	Hemoglobin	15,8	P 13,0-18,0 g/dl
	Lekosit	7.800	
	Eritrosit	5,51	P 3,0-6,0 juta/cmm
	Laju Endap Darah	10	P 0-7 /jam
	Hematokrit	43	P 35-47 %
	Trombosit	232.000	
	Diffcount	1/0/0/68/19/12	1-2/0-1/3-5/54-62/25-33/3-7
	DL Caltex / DL		
	Automatic Rapid Test Antigen Covid-19	NEGATIF	NEGATIF
06-04-2023	<u>Hasil CT Scan</u>	Infark Cerebri pada Substantia Alba-Gracea Tempora – Occipital (Sinistra)	-
06-04-2023	<u>Hasil foto thorax</u>	Cardiomegali	-
06-04-2023	<u>Hasil EKG</u>	Sinus rhythum	-

Berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium terdapat data yang abnormal, diantara yaitu penurunan HDL Cholestrol dengan hasil 30 dan nilai normalnya

> 35 mg/dl. Data tersebut sesuai dengan tinjauan teori, yang menjelaskan bahwa kejadian stroke juga berhubungan dengan terjadinya displidemia. Displidemia sendiri adalah kelainan atau gangguan pada kadar lemak dalam darah. Gangguan tersebut salah satunya ditandai dengan penurunan HDL Cholesterol yang dapat menimbulkan aterosklerosis ditandai dengan adanya kerusakan dan perubahan endotel pembuluh darah. Kerusakan tersebut merangsang masuknya monosit dan lipid ke dalam endotel pembuluh darah lalu akan menyusup diantara sel endotel dan mengambil posisi di subendotel.

Kemudian ada makrofag yang membersihkan lipid dan komponennya yang menyebabkan pembentukan sel busa yang merupakan cikal bakal terjadinya penutupan lipid menjadi plak yang merusak pembuluh darah lalu terjadilah trombus. Jika trombus terjadi di luar pembuluh darah serebral dan terlepas dinamakan emboli. Penyumbatan tersebut akan menyebabkan suplai oksigen ke serebral berkurang sehingga akan meningkatkan sistem kolateral mengkompensasinya. Dan jika kompensasi tidak terlaksana akan menyebabkan penyakit serebral yang mendadak dan terjadilah penyakit stroke (Letelay dkk., 2019). Dari teori dan fakta tidak ada kesenjangan, karena pasien stroke akan mengalami penurunan HDL Cholesterol sesuai dengan hasil pengkajian pasien yaitu 30 mg/dl.

Selanjutnya ada pemeriksaan CT scan yang menurut penelitian dari Putri dan Budi (2023) menjelaskan bahwa CT scan merupakan cara yang paling akurat untuk dapat membedakan diagnosa stroke hemoragik maupun iskemik. Dari fakta dan teori tidak ada kesenjangan, penulis beropini bahwa pemeriksaan CT Scan perlu dilakukan pada pasien stroke sehingga dapat mengetahui ternyata pasien yang dikaji penulis tersebut mengalami stroke iskemik.

Pemeriksaan foto thorax pada pasien iskemik. Menurut penelitian dari Efendi (2022) pada penderita riwayat hipertensi perlu diperiksa foto thorax karena pada seorang hipertensi biasanya terjadi pembesaran jantung karena jantung harus memompa darah lebih keras dari normalnya. Jika kelamaan maka ini juga akan mengakibatkan penebalan otot jantung. Dari fakta dan teori penulis beropini bahwa

tidak ada kesenjangan, karena pada hasil pemeriksaan foto thorax Ny.a hasilnya terdapat kardiomegali.

Terakhir ada pemeriksaan jantung (*Elektrokardiogram*) pada Ny.A. Menurut penelitian dari Zakariyah dan Sahroni (2019) pemeriksaan ini penting dilakukan karena kondisi klinis yang berkaitan dengan kinerja jantung salah satunya adalah stroke. Kondisi ini ditandai dengan adanya peningkatan aktivitas sistem simpatis dan aktivitas sistem parasimpatis berkurang. Dari fakta dan teori penulis beropini adanya kesenjangan, karena pada hasil pemeriksaan EKG pada Ny.A hasilnya normal (*Sinus rhythm*).

b) Terapi

Tabel 4. 17 Terapi Pasien Stroke Iskemik

Terapi	Dosis
Cairan infus	Infus RL 1000 cc/24 jam Manitol 100 cc/24 jam
Injeksi	Antrain 3x1 gr Omeprazole 2x1 mg Mecobalamin 1x1 mcg Citicolin 2x500mg

Berdasarkan hasil penelitian diatas ditemukan hasil pemberian obat, salah satunya Mecobalamin 1x1 dan Citicolin 2x500. Menurut penelitian sebelumnya yang dilakukan pada sebanyak 25 pasien dari Fajriansyah (2022) menyatakan bahwa Citicolin juga meningkatkan produksi glutathione yang merupakan antioksidan endogen otak terhadap radikal bebas. Pada level vaskuler, Citicolin berperan dalam meningkatkan aliran darah otak, meningkatkan konsumsi oksigen, dan menurunkan resistensi vaskuler. Citicolin merupakan obat yang dapat menghambat radikalisasi asam lemak pada keadaan penyumbatan sehingga dapat mengurangi penumpukan asam lemak pada dinding pembuluh darah. Sedangkan Mecobalamin merupakan bentuk vitamin B12 dengan gugus metil aktif dan digunakan sebagai suplementasi untuk memperbaiki fungsi metabolisme. Dari teori dan fakta peneliti beropini bahwa penderita stroke iskemik memerlukan pemberian obat Citicolin dan Mecobalamin karena untuk mengurangi adanya penumpukan asam lemak yang ada pada pembuluh darah penderita stroke iskemik.

Pada pengkajian pasien juga didapatkan hasil bahwa pasien diberi terapi manitol. Di penelitian sebelumnya dari Asmawariza dan Wiguna (2020) menjelaskan bahwa pemberian manitol pada pasien stroke iskemik untuk mengurangi pembengkakan dan tekanan di dalam otak akibat dari infiltrasi sel darah putih. Dari fakta dan teori tidak ada kesenjangan. Penulis beropini bahwa pasien yang mengalami stroke iskemik perlu diberikan manitol, karena pada pasien stroke iskemik otak akan kekurangan oksigen sehingga dengan adanya pemberian manitol akan membantu mengurangi terjadinya oedem pada otak sehingga pada pasien Ny.A diberikan manitol 100 cc/24 jam.

b. Analisa data

Tabel 4. 18 Analisa data Pasien Stroke Iskemik

Analisa data
Data Subjektif: Keluarga pasien mengatakan pasien sulit bergerak bagian kanan, lemas.
Data Objektif : <ol style="list-style-type: none"> 1) Menurunnya kekuatan otot pasien (dengan hasil kekuatan otot tangan dan kaki sebelah kanan 3). 2) Menurunnya rentang gerak pasien(tangan 45^o dan pergelangan kaki 50^o) 3) Pasien merasakan sendi kaku (pada sendi di tengkorak, sendi di tulang rusuk, sendi di bahu, sendi pergelangan tangan,sendi lutut,sendi leher, sendi di lengan atas dan bahu, sendi di jari jempol, sendi pergelangan tangan dan kaki kaku untuk digerakkan) 4) Pasien bergerak dengan terbatas (pasien hanya mampu miring kanan kiri, tidak bisa berjalan, menggerakkan tangan dan kakinya masih dengan kekuatan otot 3) 5) Badan pasien masih lemah (pasien masih terlihat pucat, tangan dan kaki sebelah kanan masih bergerak dengan terbatas)
Etiologi : Gangguan neuromuskular
Masalah : Gangguan Mobilitas Fisik

Dari tabel diatas didapatkan hasil data subjektif keluarga pasien mengatakan pasien sulit bergerak bagian kanan, lemas. Pada data objektif menurunnya kekuatan otot pasien (dengan hasil kekuatan otot tangan dan kaki sebelah kanan 3), menurunnya rentang gerak pasien (pasien tidak mampu menekuk tangan dan kaki yang sebelah kanan), pasien merasakan sendi kaku (pada sendi di tengkorak, sendi di tulang rusuk, sendi di bahu, sendi pergelangan tangan,sendi lutut,sendi leher, sendi di lengan atas dan bahu, sendi di jari jempol, sendi pergelangan tangan dan kaki kaku untuk digerakkan),pasien bergerak dengan terbatas (pasien hanya mampu miring kanan kiri, tidak bisa berjalan, menggerakkan tangan dan kakinya masih dengan kekuatan otot 3),badan pasien masih lemah (pasien masih terlihat pucat,

tangan dan kaki sebelah kanan masih bergerak dengan terbatas). Penyebab dari semua data objektif maupun subjektif diatas adalah adanya gangguan neuromuskular. Sehingga penulis mengangkat diagnosa gangguan mobilitas fisik.

Menurut penelitian dari Agina (2021) yang menjelaskan bahwa hambatan atau gangguan mobilitas fisik adalah seseorang yang mengalami keterbatasan pada pergerakan fisik tubuh ekstremitas atas dan bawah secara mandiri dan terarah seperti lemahnya otot atau bahkan adanya kerusakan fungsi ekstremitas yang di sebabkan oleh suatu penyakit dan faktor yang berhubungan dengan gangguan mobilitas fisik.

Berdasarkan fakta dan teori tidak ada kesenjangan. Sehingga penulis beropini bahwa pasien mengalami gangguan mobilitas fisik yang sesuai dengan buku SDKI (PPNI, 2018) dibuktikan dengan adanya hasil data objektif dan data subjektif yang sudah dikaji oleh penulis yang mengarahkan ke diagnosa gangguan mobilitas fisik salah satunya yaitu menurunnya kekuatan otot pasien (dengan hasil kekuatan otot tangan dan kaki sebelah kanan 3).

Tabel 4. 19 Batasan Karakteristik Pasien Stroke Iskemik

Gejala Tanda Mayor	Data dalam Pasien
Subjektif	
1) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas	√
Objektif	
1) Kekuatan otot menurun	√
2) Rentang gerak menurun	√
Gejala Tanda Minor	
Subjektif	
1) Nyeri saat bergerak	
2) Enggan melakukan pergerakan	
3) Merasa cemas saat bergerak	
Objektif	
1) Sendi kaku	√
2) Gerakan tidak terkoordinasi	
3) Gerakan terbatas	√
4) Fisik lemah	√

Dari tabel diatas tidak semua batasan karakteristik muncul pada Pasien Ny.A hanya beberapa yang ditemukan yaitu mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas (keluarga pasien mengatakan pasien belum mampu menekuk tangan dan kaki sebelah kanan), kekuatan otot menurun (dengan hasil kekuatan otot tangan dan kaki sebelah kanan 3), rentang gerak menurun (pasien tidak mampu menekuk tangan dan kaki yang sebelah kanan), sendi kaku (pada sendi di tengkorak, sendi di tulang

rusuk, sendi di bahu, sendi pergelangan tangan, sendi lutut, sendi leher, sendi di lengan atas dan bahu, sendi di jari jempol, sendi pergelangan tangan dan kaki kaku untuk digerakkan), gerakan terbatas (pasien hanya mampu miring kanan kiri, tidak bisa berjalan, menggerakkan tangan dan kakinya masih dengan kekuatan otot 3), fisik lemah (pasien masih terlihat pucat, tangan dan kaki sebelah kanan masih bergerak dengan terbatas).

Pada batasan karakteristik subjektif nyeri saat bergerak tidak ditemui keluhan, karena pasien merasa tidak nyeri. Lalu pada subjektif yang lain seperti enggan melakukan pergerakan dan merasa cemas saat bergerak, pasien tidak mengeluh untuk enggan melakukan pergerakan dan pasien pun mengikuti latihan gerak yang diajari oleh perawat dan saat bergerak pun pasien tidak merasa cemas dan tetap melatih tangan dan kakinya untuk bergerak. Dan ada pula batasan karakteristik yang objektif gerakan tidak terkoordinasi tidak ditemui karena pasien tidak mengalami tremor dan tidak mengalami gangguan pada motorik halus.

Menurut buku SDKI PPNI (2018) ada diagnosa gangguan mobilitas fisik banyak tanda gejala minor maupun mayor yang dirasakan oleh pasien Ny.A. Tanda mayor subjektif mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, objektif mayor : Kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun. Tanda gejala minor subjektif : nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, pada tanda gejala minor objektif : sendi kaku, gerakan terbatas, dan fisik lemah.

Berdasarkan fakta dan teori penulis beropini bahwa tidak ada kesenjangan. Dibuktikan dari beberapa batasan karakteristik yang dialami oleh pasien, yaitu kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun, sendi kaku, gerakan terbatas, fisik lemah.

4.2.2 Diagnosis keperawatan utama

Tabel 4. 20 Diagnosa keperawatan utama dan yang lain Pasien Stroke Iskemik

Diagnosis Keperawatan
Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan neuromuskular di tandai dengan Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas , kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, sendi kaku, gerakan terbatas, fisik lemah .

Berdasarkan tabel 4.2.2 diagnosis keperawatan diatas didapatkan bahwa pasien mengalami masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik, dimana diagnosis ini ditegakkan karena pada pasien Ny.A menunjukkan adanya tanda gejala mayor mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun dan didukung dengan tanda gejala minor yang terjadi pada pasien Ny.A yaitu sendi kaku, gerakan terbatas, dan fisik lemah. Etiologi gangguan mobilitas fisik pada Ny.A menurut penulis adalah gangguan neuromuscular.

4.2.3 Intervensi keperawatan

Tabel 4. 21 Intervensi keperawatan Pasien Stroke Iskemik

Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan 5x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat</p> <p>Kriteria Hasil : Mobilitas Fisik (L.05042)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pergerakan ekstremitas meningkat 2) Kekuatan otot meningkat (menjadi 4-5) 3) Rentang gerak meningkat (rentang gerak maksimal) 4) Kaku sendi menurun 5) Gerakan terbatas menurun 6) Kelemahan fisik menurun 	<p>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan (identifikasi pergerakan ekstremitas, kekuatan otot, rentang gerak,kaku sendi, gerakan terbatas). 2) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi (monitor fisik pasien). <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) 4) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 6) Ajarkan melakukan mobilisasi dini 7) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis.duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) <p>Pemberian Obat (I.02062)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Verifikasi order obat sesuai dengan indikasi. (Mocabalamin 1X1 mcg untuk menghambat radikal asam lemak, citicolin 2X500 mcg vitamin B12 untuk memperbaiki fungsi metabolisme). 2) Monitor tanda vital dan nilai laboratorium sebelum pemberian obat.

Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
	3) Monitor efek samping, toksisitas, dan interaksi obat (efek samping omeprazole adalah diare, mecobalamin efek mengantuk tapi tidak sampai mengganggu aktivitas, dan citicolin konstipasi). Terapeutik 4) Perhatikan prosedur pemberian obat yang aman dan akurat. 5) Dokumentasikan pemberian obat dan respons terhadap obat. Edukasi 6) Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian.

Dari hasil data pengkajian, penulis mengangkat diagnosa gangguan mobilitas fisik dengan mengambil tujuan atau luaran utama yaitu mobilitas fisik, sesuai dalam buku SLKI (PPNI, 2019) dengan definisi mobilitas fisik adalah kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Ada beberapa kriteria hasil yang bertujuan agar dicapai oleh pasien Ny.A, seperti pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak meningkat, kaku sendi menurun, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun.

Berdasarkan data diatas penulis mengangkat diagnosa gangguan mobilitas fisik dan kriteria hasil mobilitas fisik, maka penulis mengambil intervensi utama dari diagnosa gangguan mobilitas fisik yaitu dukungan mobilisasi. Menurut buku SIKI (PPNI, 2018) dukungan mobilisasi sendiri adalah memfasilitasi pasien agar meningkatkan aktivitas pergerakan fisik. Dalam intervensi dukungan mobilisasi ini ada beberapa tindakan diantaranya ada observasi, terapeutik, dan edukasi. Pada tindakan terapeutik sendiri salah satunya adalah fasilitasi melakukan pergerakan. Dari beberapa uraian data diatas, penulis lebih khusus memberikan fasilitas melakukan pergerakan kepada pasien salah satunya dengan cara melakukan terapi cermin.

Hasil penelitian dari Istianah dkk. (2021) dari penelitian sebelumnya yang dilakukan pada 2 pasien stroke iskemik yang menjelaskan bahwa terapi cermin adalah terapi alternatif yang berfokus pada gerakan anggota tubuh yang tidak berpengaruh untuk menyampaikan rangsangan visual ke otak melalui pengamatan gerakan tersebut di cermin. Dari penelitian ini juga menunjukkan bahwa terapi

cermin adalah terapi pada pasien stroke yang membutuhkan perawatan yang lama dan terbukti efektif meningkatkan status fungsional motorik pasien stroke yang mengalami hemiparesi. Terapi cermin melibatkan cermin pada korteks serebri yang bermanfaat untuk menyembuhkan fungsi motorik pada pasien stroke dengan menimbulkan ilusi visual dari tubuh yang bergerak (Maulana dan Purnomo, 2022).

Melakukan terapi cermin bisa dilakukan selama 10-15 menit pada tahap pertama dan bisa pula meningkat menjadi 25 menit sesuai dengan keadaan dan kemampuan pasien. Penjelasan singkat mengenai prosedur terapi cermin yaitu pertama melepas perhiasan yang digunakan pasien, anjurkan pasien untuk membayangkan tangan/kaki yang di depan cermin itu tangan yang mengalami hemiparesis, fokuskan pasien agar melihat bayangan depan cermin, untuk posisinya letakkan tangan/kaki yang hemiparesis di belakang cermin dan tangan/kaki yang sehat berada di depan cermin, lalu posisi atau gerakan tangan dan kaki yang hemiparesis maupun yang sehat di depan cermin harus sama (Mindova dan Karaganova, 2022).

Berdasarkan tujuan, manfaat terapi cermin dengan melihat tanda gejala pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik maka, penulis merencanakan memberi terapi cermin untuk memfasilitasi pasien dalam pemulihan fungsi motorik dan meningkatkan kekuatan otot (Maulana dan Purnomo, 2022).

Selain diberi terapi non farmakologis, pada pasien stroke pun perlu diberikan terapi farmakologis seperti pemberian mecobalamin dan citicolin, yang mana obat tersebut bermanfaat bagi pasien stroke. Citicolin sendiri bermanfaat untuk meningkatkan aliran darah ke otak, menurunkan resistensi vaskuler dan meningkatkan konsumsi oksigen. Sedangkan pemberian mecobalamin pada pasien stroke iskemik berguna untuk memperbaiki fungsi metabolisme. Maka, dapat disimpulkan bahwa pemberian dua obat tersebut bermanfaat bagi pasien stroke iskemik yaitu sama-sama bisa mengurangi adanya penumpukan asam lemak yang ada pada pembuluh darah pasien stroke iskemik (Fajriansyah, 2022).

Sedangkan pada masing-masing pemberian obat kepada pasien stroke iskemik akan menimbulkan beberapa efek samping. Terutama pada kombinasi pemberian

mecobalamin dan citicolin akan beresiko menyebabkan efek samping kepada sistem gastrointestinal dan perdarahan (Tahir dkk., 2021).



4.2.4 Implementasi keperawatan

Tabel 4. 22 Implementasi Keperawatan Pasien Stroke Iskemik

Jam/ Intervensi	Hari ke-1 (Sabtu, 8 April 2023) Implementasi	Jam/ Intervensi	Hari ke-2 (Minggu, 9 April 2023) Implementasi	Jam/ Intervensi	Hari ke-3 (Senin, 10 April 2023) Implementasi	Jam/ Intervensi	Hari ke-4 (Selasa, 11 April 2023) Implementasi	Jam/ Intervensi	Hari ke-5 (Rabu, 12 April 2023) Implementasi
15.00 Dukungan Mobilisasi	<p>1) Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi. Hasil: keluarga pasien mengatakan sudah mengerti dengan apa cara sekaligus prosedur dan setuju apabila penulis melakukannya kepada pasien Ny.A</p> <p>2) Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil : Pasien kurang mampu mengangkat tangan dan kaki sebelah kanan, hanya dengan kekuatan otot tangan kaki atas dan bawah kanan:</p> <p>3) Menganjurkan mobilisasi dini. Hasil : Pasien sudah mulai mampu untuk</p>	09.00 Dukungan Mobilisasi	<p>1) Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil : Pasien masih kurang mampu mengangkat tangan dan kaki yang sebelah kanan, hanya dengan kekuatan otot tangan kaki atas bawah sebelah kanan : 3</p> <p>2) Menganjurkan mobilisasi dini Hasil : Pasien sudah tidur dengan posisi miring kanan miring kiri.</p> <p>3) Mengajarkan pasien mobilisasi sederhana yang harus dilakukan Hasil : Pasien mulai belajar duduk perlahan diatas tempat tidur</p> <p>4) Memfasilitasi aktivitas mobilisasi</p>	06.00 Dukungan Mobilisasi	<p>1) Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil : Pasien masih kurang mampu mengangkat tangan dan kaki , hanya dengan kekuatan otot tangan kaki atas bawah: 3</p> <p>2) Menganjurkan mobilisasi dini Hasil : Pasien sudah tidur dengan posisi miring kanan miring kiri.</p> <p>3) Mengajarkan pasien mobilisasi sederhana yang harus dilakukan Hasil : Pasien sudah mampu duduk perlahan diatas tempat tidur.</p> <p>4) Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur) Hasil : Pasien masih memegang pagar tempat tidur saat akan duduk.</p>	08.00 Dukungan Mobilisasi	<p>1) Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. Hasil : Pasien kurang mampu mengangkat tangan dan kaki sebelah kanan , hanya dengan kekuatan otot tangan kaki atas bawah: 3.</p> <p>2) Menganjurkan mobilisasi dini Hasil : Pasien sudah mampu tidur dengan posisi miring kanan miring kiri.</p> <p>3) Menajarkan pasien mobilisasi sederhana yang harus dilakukan Hasil : Pasien sudah mampu duduk perlahan diatas tempat tidur.</p> <p>4) Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat</p>	10.00 Dukungan Mobilisasi	<p>1) Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. Hasil : Pasien kurang mampu mengangkat tangan dan kaki sebelah kanan , hanya dengan kekuatan otot tangan kaki atas bawah: 4</p> <p>2) Menganjurkan mobilisasi dini Hasil : Pasien sudah mampu tidur dengan posisi miring kanan miring kiri.</p> <p>3) Mengajarkan pasien mobilisasi sederhana yang harus dilakukan Hasil : Pasien sudah mampu duduk perlahan diatas tempat tidur.</p> <p>4) Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur)</p>

Jam/ Intervensi	Hari ke-1 (Sabtu, 8 April 2023) Implementasi	Jam/ Intervensi	Hari ke-2 (Minggu, 9 April 2023) Implementasi	Jam/ Intervensi	Hari ke-3 (Senin, 10 April 2023) Implementasi	Jam/ Intervensi	Hari ke-4 (Selasa, 11 April 2023) Implementasi	Jam/ Intervensi	Hari ke-5 (Rabu, 12 April 2023) Implementasi
	<p>miring kanan miring kiri..</p> <p>4) Mengajarkan pasien mobilisasi sederhana yang harus dilakukan Hasil : Pasien mulai belajar duduk perlahan diatas tempat tidur.</p> <p>5) Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur) Hasil : Pasien masih berpegangan dengan pagar tempat tidur saat akan belajar duduk.</p> <p>6) Memfasilitasi dalam melakukan pergerakan Hasil : Pasien mampu melakukan terapi cermin yang diajarkan dengan baik dan sesuai prosedur.</p> <p>7) Memonitor kondisi umum selama</p>	10.00	<p>dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur) Hasil : Pasien masih memegang pagar tempat tidur saat akan duduk.</p> <p>5) Memfasilitasi dalam melakukan pergerakan Hasil : Pasien masih lemah namun pasien bisa dan mau belajar melakukan mobilisasi (terapi cermin),dengan keadaan pasien sadar penuh.</p> <p>6) Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Hasil : Pasien masih lemah namun pasien bisa dan mau belajar melakukan mobilisasi (terapi cermin), dan keadaan pasien sadar penuh.</p>	09.00 Pemberian Obat	<p>5) Memfasilitasi dalam melakukan pergerakan Hasil : Pasien mampu melakukan terapi cermin yang diajarkan dengan baik dan sesuai prosedur.</p> <p>6) Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi (terapi cermin), dan keadaan pasien sadar penuh.</p> <p>1) Verifikasi order obat sesuai dengan indikasi. Hasil : Memberi (Mocabalamine 1X1 mcg untuk menghambat radikal asam lemak, citicolin 2X500 mcg vitamin B12 untuk memperbaiki fungsi metabolisme)</p>	10.00 Pemberian Obat	<p>bantu (mis.pagar tempat tidur) Hasil : Pasien masih memegang pagar tempat tidur saat akan duduk.</p> <p>5) Memfasilitasi dalam melakukan pergerakan Hasil : Pasien mampu melakukan terapi cermin yang diajarkan dengan baik dan sesuai prosedur.</p> <p>6) Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Hasil : Pasien sudah tidak lemah dan pasien masih mau belajar melakukan mobilisasi (terapi cermin), dan keadaan pasien sadar penuh.</p> <p>1. Verifikasi order obat sesuai dengan indikasi.</p>	10.00 Pemberian Oba	<p>Hasil : Pasien masih memegang pagar tempat tidur saat akan duduk.</p> <p>5) Memfasilitasi dalam melakukan pergerakan Hasil : Pasien mampu melakukan terapi cermin yang diajarkan dengan baik dan sesuai prosedur.</p> <p>6) Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Hasil : Pasien sudah tidak lemah dan pasien masih mau belajar melakukan mobilisasi (terapi cermin), dan keadaan pasien sadar penuh.</p> <p>1. Verifikasi order obat sesuai dengan indikasi. Hasil : Memberi (Mocabalamine 1X1 mcg untuk menghambat radikal asam lemak, citicolin</p>

Jam/ Intervensi	Hari ke-1 (Sabtu, 8 April 2023) Implementasi	Jam/ Intervensi	Hari ke-2 (Minggu, 9 April 2023) Implementasi	Jam/ Intervensi	Hari ke-3 (Senin, 10 April 2023) Implementasi	Jam/ Intervensi	Hari ke-4 (Selasa, 11 April 2023) Implementasi	Jam/ Intervensi	Hari ke-5 (Rabu, 12 April 2023) Implementasi
17.00 Pemberian Obat	<p>melakukan mobilisasi</p> <p>Hasil : Pasien masih lemah namun pasien bisa dan mau belajar melakukan mobilisasi (terapi cermin), dengan keadaan pasien sadar penuh.</p> <p>1) Verifikasi order obat sesuai dengan indikasi. Hasil : Memberi (Mocabalamine 1X1 mcg untuk menghambat radikal asam lemak, citicolin 2X500 mcg vitamin B12 untuk memperbaiki fungsi metabolisme).</p> <p>2) Monitor tanda vital dan nilai laboratorium sebelum pemberian obat. Hasil : TD :170/100 m.mHg</p> <p>3) Monitor efek samping, toksisitas, dan interaksi obat.</p>	Pemberian Obat	<p>1) Verifikasi order obat sesuai dengan indikasi. Hasil : Memberi (Mocabalamine 1X1 mcg untuk menghambat radikal asam lemak, citicolin 2X500 mcg vitamin B12 untuk memperbaiki fungsi metabolisme)</p> <p>2) Monitor tanda vital dan nilai laboratorium sebelum pemberian obat. Hasil : TD :160/90 m.mHg</p> <p>3) Monitor efek samping, toksisitas, dan interaksi obat. Hasil : Pasien tidak mengalami efek samping apapun dari obat yang diberikan.</p> <p>4) Perhatikan prosedur pemberian obat yang aman dan akurat. Hasil : Memberikan</p>		<p>2) Monitor tanda vital dan nilai laboratorium sebelum pemberian obat. Hasil : TD :160/110 m.mHg</p> <p>3) Monitor efek samping, toksisitas, dan interaksi obat. Hasil : Pasien tidak mengalami efek samping apapun dari obat yang diberikan.</p> <p>4) Perhatikan prosedur pemberian obat yang aman dan akurat. Hasil : Memberikan obat sesuai dengan prinsip 6 benar pemberian obat (benar pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu, benar rute, benar informasi, benar dokumentasi).</p> <p>5) Dokumentasikan pemberian obat dan respons terhadap obat.</p>		<p>Hasil : Memberi (Mocabalamine 1X1 mcg untuk menghambat radikal asam lemak, citicolin 2X500 mcg vitamin B12 untuk memperbaiki fungsi metabolisme)</p> <p>2. Monitor tanda vital dan nilai laboratorium sebelum pemberian obat. Hasil : TD :170/110 m.mHg</p> <p>3. Monitor efek samping, toksisitas, dan interaksi obat. Hasil : Pasien tidak mengalami efek samping apapun dari obat yang diberikan.</p> <p>4) Perhatikan prosedur pemberian obat yang aman dan akurat. Hasil : Memberikan obat sesuai dengan prinsip 6 benar pemberian obat (benar</p>		<p>2X500 mcg vitamin B12 untuk memperbaiki fungsi metabolisme).</p> <p>2) Monitor tanda vital dan nilai laboratorium sebelum pemberian obat. Hasil : TD :160/100 m.mHg</p> <p>3) Monitor efek samping, toksisitas, dan interaksi obat. Hasil : Pasien tidak mengalami efek samping apapun dari obat yang diberikan.</p> <p>4) Perhatikan prosedur pemberian obat yang aman dan akurat. Hasil : Memberikan obat sesuai dengan prinsip 6 benar pemberian obat (benar pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu, benar rute, benar informasi, benar dokumentasi).</p>

Jam/ Intervensi	Hari ke-1 (Sabtu, 8 April 2023) Implementasi	Jam/ Intervensi	Hari ke-2 (Minggu, 9 April 2023) Implementasi	Jam/ Intervensi	Hari ke-3 (Senin, 10 April 2023) Implementasi	Jam/ Intervensi	Hari ke-4 (Selasa, 11 April 2023) Implementasi	Jam/ Intervensi	Hari ke-5 (Rabu, 12 April 2023) Implementasi
	<p>Hasil : Pasien tidak mengalami efek samping apapun dari obat yang diberikan.</p> <p>4) Perhatikan prosedur pemberian obat yang aman dan akurat. Hasil : Memberikan obat sesuai dengan prinsip 6 benar pemberian obat (benar pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu, benar rute, benar informasi, benar dokumentasi).</p> <p>5) Dokumentasikan pemberian obat dan respons terhadap obat. Hasil : Pemberian obat kepada pasien Ny. A sudah benar sesuai 6 prinsip dan pasien tidak ada alergi terhadap obat yang diberikan.</p> <p>6) Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian. Hasil : Memberikan manitol guna untuk mengurangi oedem di otak, diberi mecobalamin dan citicolin agar</p>		<p>obat sesuai dengan prinsip 6 benar pemberian obat (benar pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu, benar rute, benar informasi, benar dokumentasi).</p> <p>5) Dokumentasikan pemberian obat dan respons terhadap obat. Hasil : Pemberian obat kepada pasien Ny. A sudah benar sesuai 6 prinsip dan pasien tidak ada alergi terhadap obat yang diberikan.</p> <p>6) Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian. Hasil : Memberikan manitol guna untuk mengurangi oedem di otak, diberi mecobalamin dan</p>	12.00 Dukungan Mobilisasi	<p>Hasil : Pemberian obat kepada pasien Ny. A sudah benar sesuai 6 prinsip dan pasien tidak ada alergi terhadap obat yang diberikan.</p> <p>6) Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian. Hasil : Memberikan manitol guna untuk mengurangi oedem di otak, diberi mecobalamin dan citicolin agar</p>		<p>pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu, benar rute, benar informasi, benar dokumentasi).</p> <p>5) Dokumentasikan pemberian obat dan respons terhadap obat. Hasil : Pemberian obat kepada pasien Ny. A sudah benar sesuai 6 prinsip dan pasien tidak ada alergi terhadap obat yang diberikan.</p> <p>6) Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian. Hasil : Memberikan manitol guna untuk mengurangi oedem di otak, diberi mecobalamin dan citicolin agar</p>	12.00 Dukungan Mobilisasi	<p>5) Dokumentasikan pemberian obat dan respons terhadap obat. Hasil : Pemberian obat kepada pasien Ny. A sudah benar sesuai 6 prinsip dan pasien tidak ada alergi terhadap obat yang diberikan.</p> <p>6) Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian. Hasil : Memberikan manitol guna untuk mengurangi oedem di otak, diberi mecobalamin dan citicolin agar</p>

Jam/ Intervensi	Hari ke-1 (Sabtu, 8 April 2023) Implementasi	Jam/ Intervensi	Hari ke-2 (Minggu, 9 April 2023) Implementasi	Jam/ Intervensi	Hari ke-3 (Senin, 10 April 2023) Implementasi	Jam/ Intervensi	Hari ke-4 (Selasa, 11 April 2023) Implementasi	Jam/ Intervensi	Hari ke-5 (Rabu, 12 April 2023) Implementasi
19.00 Dukungan Mobilisasi	<p>Hasil : Memberikan manitol guna untuk mengurangi oedem di otak, diberi mecobalamin dan citicolin agar mengurangi penumpukan lemak pada pembuluh darah, obat, antrain guna untuk mengembalikan suplai darah ke otak.</p> <p>1) Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil : Pasien masih kurang mampu mengangkat tangan dan kaki yang sebelah kanan, hanya dengan kekuatan otot tangan kaki atas bawah sebelah kanan : 3</p> <p>2) Menganjurkan mobilisasi dini Hasil : Pasien sudah tidur dengan posisi miring kanan miring kiri.</p> <p>3) Mengajarkan pasien mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</p>	15.00 Dukungan Mobilisasi	<p>citicolin agar mengurangi penumpukan lemak pada pembuluh darah, obat, antrain guna untuk mengembalikan suplai darah ke otak.</p> <p>1) Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil : Pasien masih kurang mampu mengangkat tangan dan kaki yang sebelah kanan, hanya dengan kekuatan otot tangan kaki atas bawah sebelah kanan : 3</p> <p>2) Menganjurkan mobilisasi dini Hasil : Pasien sudah tidur dengan posisi miring kanan miring kiri.</p> <p>3) Mengajarkan pasien mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</p>		<p>1) Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil : Pasien masih kurang mampu mengangkat tangan dan kaki yang sebelah kanan, hanya dengan kekuatan otot tangan kaki atas bawah sebelah kanan : 3</p> <p>2) Menganjurkan mobilisasi dini Hasil : Pasien sudah tidur dengan posisi miring kanan miring kiri.</p> <p>3) Mengajarkan pasien mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</p> <p>4) Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur) Hasil : Pasien masih memegang pagar tempat tidur saat akan duduk.</p>	15.00 Dukungan Mobilisasi	<p>mengurangi penumpukan lemak pada pembuluh darah, obat, antrain guna untuk mengembalikan suplai darah ke otak</p> <p>1) Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. Hasil : Pasien kurang mampu mengangkat tangan dan kaki sebelah kanan , hanya dengan kekuatan otot tangan kaki atas bawah: 4</p> <p>2) Menganjurkan mobilisasi dini Hasil : Pasien sudah mampu tidur dengan posisi miring kanan miring kiri.</p> <p>3) Mengajarkan pasien mobilisasi sederhana yang harus dilakukan Hasil : Pasien sudah mampu duduk perlahan diatas tempat tidur.</p> <p>4) Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur) Hasil : Pasien masih memegang</p>		<p>1) Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. Hasil : Pasien sudah mampu mengangkat tangan dan kaki sebelah kanan , hanya dengan kekuatan otot tangan kaki atas bawah: 4</p> <p>2) Menganjurkan mobilisasi dini Hasil : Pasien sudah mampu tidur dengan posisi miring kanan miring kiri.</p> <p>3) Mengajarkan pasien mobilisasi sederhana yang harus dilakukan Hasil : Pasien sudah mampu duduk perlahan diatas tempat tidur.</p> <p>4) Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur) Hasil : Pasien masih memegang</p>

Jam/ Intervensi	Hari ke-1 (Sabtu, 8 April 2023) Implementasi	Jam/ Intervensi	Hari ke-2 (Minggu, 9 April 2023) Implementasi	Jam/ Intervensi	Hari ke-3 (Senin, 10 April 2023) Implementasi	Jam/ Intervensi	Hari ke-4 (Selasa, 11 April 2023) Implementasi	Jam/ Intervensi	Hari ke-5 (Rabu, 12 April 2023) Implementasi
	<p>miring kanan miring kiri.</p> <p>3) Mengajarkan pasien mobilisasi sederhana yang harus dilakukan Hasil : Pasien mulai belajar duduk perlahan diatas tempat tidur</p> <p>4) Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur) Hasil : Pasien masih memegang pagar tempat tidur saat akan duduk.</p> <p>5) Memfasilitasi dalam melakukan pergerakan Hasil : Pasien masih lemah namun pasien bisa dan mau belajar melakukan mobilisasi (terapi cermin),dengan keadaan pasien sadar penuh.</p>		<p>Hasil : Pasien mulai belajar duduk perlahan diatas tempat tidur</p> <p>4) Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur) Hasil : Pasien masih memegang pagar tempat tidur saat akan duduk.</p> <p>5) Memfasilitasi dalam melakukan pergerakan Hasil : Pasien masih lemah namun pasien bisa dan mau belajar melakukan mobilisasi (terapi cermin),dengan keadaan pasien sadar penuh.</p> <p>6) Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Hasil : Pasien masih lemah namun pasien</p>		<p>5) Memfasilitasi dalam melakukan pergerakan Hasil : Pasien masih lemah namun pasien bisa dan mau belajar melakukan mobilisasi (terapi cermin),dengan keadaan pasien sadar penuh.</p> <p>6) Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Hasil : Pasien masih lemah namun pasien bisa dan mau belajar melakukan mobilisasi (terapi cermin), dan keadaan pasien sadar penuh.</p>		<p>duduk perlahan diatas tempat tidur.</p> <p>4) Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur) Hasil : Pasien masih memegang pagar tempat tidur saat akan duduk.</p> <p>5) Memfasilitasi dalam melakukan pergerakan Hasil : Pasien mampu melakukan terapi cermin yang diajarkan dengan baik dan sesuai prosedur.</p> <p>6) Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Hasil : Pasien sudah tidak lemah dan pasien masih mau belajar melakukan mobilisasi (terapi cermin), dan keadaan</p>		<p>pagar tempat tidur saat akan duduk.</p> <p>5) Memfasilitasi dalam melakukan pergerakan Hasil : Pasien mampu melakukan terapi cermin yang diajarkan dengan baik dan sesuai prosedur.</p> <p>6) Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Hasil : Pasien sudah tidak lemah dan pasien masih mau belajar melakukan mobilisasi (terapi cermin), dan keadaan pasien sadar penuh.</p>

Jam/ Intervensi	Hari ke-1 (Sabtu, 8 April 2023) Implementasi	Jam/ Intervensi	Hari ke-2 (Minggu, 9 April 2023) Implementasi	Jam/ Intervensi	Hari ke-3 (Senin, 10 April 2023) Implementasi	Jam/ Intervensi	Hari ke-4 (Selasa, 11 April 2023) Implementasi	Jam/ Intervensi	Hari ke-5 (Rabu, 12 April 2023) Implementasi
	6) Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Hasil : Pasien masih lemah namun pasien bisa dan mau belajar melakukan mobilisasi (terapi cermin), dan keadaan pasien sadar penuh.		bisa dan mau belajar melakukan mobilisasi (terapi cermin), dan keadaan pasien sadar penuh.				pasien sadar penuh.		

Dari data diatas didapatkan penulis melakukan semua intervensi mobilitas fisik seperti yang sudah dicantumkan di buku SIKI PPNI (2018) namun intervensi bagian menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi hanya dilakukan pada hari pertama saja karena pada hari pertama keluarga dan pasien sudah cukup mengerti atas penjelasan mengenai tujuan dan prosedur dari mobilisasi yang akan dilakukan beberapa hari kemudian, dan keluarga pun sudah setuju jika mobilisasi tersebut dilakukan kepada pasien Ny.A.

Pada hasil pengkajian pasien Ny.A dilakukan saat masih fase akut, yang mana fase akut sendiri ini rentang waktunya kurang selama lebih 2 minggu (Noor, 2018). Sedangkan pengkajian pada pasien Ny. A masih hari ke 3 terserang stroke yang masih dalam fase akut. Penulis melakukan pengkajian selama beberapa hari dan melakukan terapi cermin selama 5x24 jam, sebanyak 2x sehari dan dengan durasi waktu 15 menit. Tujuan dilakukan terapi cermin ini sama dengan penelitian sebelumnya dari Rosaline dan Herlina (2021) yaitu untuk meningkatkan fungsi motorik pada pasien stroke, memperbaiki spastisitas, dapat meningkatkan aktivitas area korteks sensorik motorik untuk memulihkan pasien hemiparesis.

Berdasarkan temuan fakta tanda dan gejala dari pasien Ny.A yang mengalami gangguan mobilitas fisik dan untuk meningkatkan kekuatan otot maka perlu diberikan terapi cermin mengembalikan fungsi motorik dari pasien Ny.A.

Meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke iskemik perlu membutuhkan waktu yang cukup lama. Cara meningkatkan kekuatan otot pun bisa dengan cara farmakologis dan non farmakologis, yang mana farmakologisnya sendiri berfungsi untuk memperbaiki saraf yang didalam tubuh.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4. 23 Evaluasi Keperawatan Pasien Stroke Iskemik

Tanggal	Diagnosa	Evaluasi Keperawatan	Paraf
08 April 2023	Gangguan Mobilitas Fisik	S : Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien belum mampu menekuk kaki dan tangan sebelah kanan, dan bisa rubah posisi miring kanan miring kiri. O : 1) Kekuatan otot pasien tangan dan kaki sebelah kanan : 3	

Tanggal	Diagnosa	Evaluasi Keperawatan	Paraf
09 April 2023	Gangguan Mobilitas Fisik	<p>2) Rentang gerak tangan dan kaki sebelah kanan masih belum bisa di tekuk (tangan 45^o dan pergelangan kaki 50^o)</p> <p>3) Pada sendi di tengkorak, sendi di tulang rusuk, sendi di bahu, sendi pergelangan tangan, sendi lutut, sendi leher, sendi di lengan atas dan bahu, sendi di jari jempol, sendi pergelangan tangan dan kaki masih kaku untuk digerakkan.</p> <p>4) Pasien hanya bisa bergerak dengan terbatas yaitu miring kanan miring kiri dan tidak bisa jalan.</p> <p>5) Pasien masih lemah namun pasien bisa dan mau belajar melakukan mobilisasi (terapi cermin) dengan baik dan dalam keadaan pasien sadar penuh.</p> <p>A : Tujuan belum tercapai</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pergerakan ekstremitas sedang 2) Kekuatan otot sedang 3) Rentang gerak sedang 4) Kaku sendi sedang 5) Gerakan terbatas sedang 6) Kelemahan sedang <p>P : Lanjutkan intervensi ke 1,2,3,4,5,6,8,9</p> <p>S :</p> <p>Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien masih belum bisa menekuk kaki dan tangann kanan, dan mampu miring kanan kiri.</p> <hr/> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kekuatan otot tangan dan kaki pasien sebelah kanan : 3 2) Rentang gerak tangan dan kaki sebelah kanan masih belum bisa di tekuk (tangan 45^o dan pergelangan kaki 50^o). 3) Pada sendi di tengkorak, sendi di tulang rusuk, sendi di bahu, sendi pergelangan tangan, sendi lutut, sendi leher, sendi di lengan atas dan bahu, sendi di jari jempol, sendi pergelangan tangan dan kaki masih kaku untuk digerakkan. 4) Pasien masih bisa bergerak namun terbatas. Hanya bisa bergerak miring kanan miring kiri dan tidak bisa jalan. 5) Pasien masih lemah namun pasien bisa dan mau belajar melakukan mobilisasi (terapi cermin) dengan baik dan dalam keadaan pasien sadar penuh. <p>A : Tujuan belum tercapai</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pergerakan ekstremitas sedang 	

Tanggal	Diagnosa	Evaluasi Keperawatan	Paraf
10 April 2023	Gangguan Mobilitas Fisik	2) Kekuatan otot sedang 3) Rentang gerak sedang 4) Kaku sendi cukup meningkat 5) Gerakan terbatas sedang 6) Kelemahan sedang P : Lanjutkan intervensi ke 1,2,3,4,5,6,8,9 S : Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien masih belum bisa menekuk kaki dan tangan kanan, dan mampu berubah dari miring kanan dan miring kiri. O : 1) Kekuatan otot tangan dan kaki pasien sebelah kanan : 3 2) Rentang gerak tangan dan kaki sebelah kanan masih belum bisa di tekuk. (tangan 45 ^o dan pergelangan kaki 50 ^o)- 3) Pada sendi di tengkorak, sendi di tulang rusuk, sendi di bahu, sendi pergelangan tangan,sendi lutut,sendi leher, sendi di lengan atas dan bahu, sendi di jari jempol, sendi pergelangan tangan dan kaki masih kaku untuk digerakkan. 4) Pasien bisa bergerak namun masih terbatas. Hanya bisa bergerak miring kanan miring kiri dan tidak bisa jalan.- 5) Pasien masih lemah namun pasien bisa dan mau belajar melakukan mobilisasi (terapi cermin) dengan baik dan dalam keadaan pasien sadar penuh. A : Tujuan belum tercapai 1) Pergerakan ekstremitas sedang 2) Kekuatan otot sedang 3) Rentang gerak sedang 4) Kaku sendi cukup meningkat 5) Gerakan terbatas sedang 6) Kelemahan sedang P : Lanjutkan intervensi ke 1,2,3,4,5,6,8,9	
11 April 2023	Gangguan Mobilitas Fisik	S : Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien masih belum mampu membenarkan baju dan rambutnya sendiri, pasien mampu merubah posisi miring kanan miring kiri, dan sedikit bisa menekuk tangan dan kaki kanannya. O : 1) Kekuatan otot tangan dan kaki pasien sebelah kanan : 3 2) Rentang gerak tangan dan kaki sebelah kanan sudah sedikit bisa di tekuk. (tangan 70 ^o dan pergelangan kaki 50 ^o)- 3) Pada sendi di tengkorak, sendi di tulang rusuk, sendi di bahu, sendi pergelangan	

Tanggal	Diagnosa	Evaluasi Keperawatan	Paraf
12 April 2023	Gangguan Mobilitas Fisik	<p>tangan,sendi lutut,sendi leher, sendi di lengan atas dan bahu, sendi di jari jempol, sendi pergelangan tangan dan kaki masih kaku untuk digerakkan.</p> <p>4) Pasien bisa bergerak namun masih terbatas. Hanya bisa bergerak miring kanan miring kiri lebih lama.</p> <p>5) Pasien sudah tidak lemah namun pasien bisa dan mau belajar melakukan mobilisasi (terapi cermin) dengan baik dan keadaan pasien sadar penuh.</p> <p>A : Tujuan belum tercapai</p> <p>1) Pergerakan ekstremitas cukup meningkat</p> <p>2) Kekuatan otot sedang</p> <p>3) Rentang gerak sedang</p> <p>4) Kaku sendi cukup meningkat</p> <p>5) Gerakan terbatas sedang</p> <p>6) Kelemahan cukup meningkat</p> <p>P : Lanjutkan intervensi ke 1,2,3,4,5,6,8,9</p> <p>S :</p> <p>Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien sudah mampu membenarkan rambutnya sendiri, makan, dan membenarkan selimut dan baju yang dipakainya, duduk dan merubah posisi miring kanan miring kiri, dan sudah bisa menekuk tangan dan kaki kanan.</p> <p>O :</p> <p>1) Kekuatan otot tangan dan kaki pasien</p> <p>2) sebelah kanan : 4</p> <p>3) Rentang gerak tangan dan kaki sebelah kanan masih sudah bisa di tekuk.(rentang gerak sendi lutut 135°)</p> <p>4) Pada sendi di tengkorak, sendi di tulang rusuk, sendi di bahu, sendi pergelangan tangan,sendi lutut,sendi leher, sendi di lengan atas dan bahu, sendi di jari jempol, sendi pergelangan tangan dan kaki masih kaku untuk digerakkan.</p> <p>5) Pasien mampu bergerak miring kanan miring kiri, duduk di atas tempat tidur, dan sudah bisa mulai melangkah ke kuersi roda namun masih dibantu oleh suami.</p> <p>6) Pasien sudah tidak lemah lagi namun pasien bisa dan mau belajar melakukan mobilisasi (terapi cermin) dengan baik dan keadaan pasien sadar penuh.</p> <p>A : Tujuan tercapai sebagian</p> <p>1) Pergerakan ekstremitas cukup meningkat</p>	

Tanggal	Diagnosa	Evaluasi Keperawatan	Paraf
		2) Kekuatan otot cukup meningkat 3) Rentang gerak cukup meningkat 4) Kaku sendi cukup meningkat 5) Gerakan terbatas cukup meningkat 6) Kelemahan meningkat P : Lanjutkan discharge planning HE : Memberi penyuluhan kepada pasien dan keluarga mengenai penyakit stroke , tanda gejala, cara pencegahan dan cara melakukan terapi cermin saat dirumah secara mandiri. Hasil : pasien harus istirahat total, obat yang dibawa pulang ada clopidogrel, adalah oba oros,piracetam,mecobalamin. Dan jadwal pasien kontrol ke poli syaraf pada tanggal 17 April 2023 dan pasien membawa pulang hasil foto CT Scan.	

Dari data diatas didapatkan bahwa ada perkembangan dari beberapa implementasi yang sudah dilakukan, terutama pada terapi cermin. Pada hari pertama pasien masih hanya bisa miring kanan miring kiri dan kakinya masih belum bisa di tekuk, kekuatan otot tangann dan kaki kanan 3. Hari kedua, kekuatan otot tangan dan kaki kanan masih 3, mampu miring kanan miring kiri, sendi masih kaku, dan tangan dan kaki masih belum bisa di tekuk. Hari ketiga, kekuatan otot tangan kaki sebelah kanan masih 3, sendi masih kaku, mampu miring kanan miring kiri, kaki dan tangan belum bisa di tekuk. Pada hari keempat, kekuatan otot tangan kaki seblah kanan masih 3, sendi masih kaku, mampu miring kanan miring kiri, tangan dan kaki sebelah kanan sudah mulai bisa ditekuk. Dan terakhir hari kelima, kekuatan otot tangan dan kaki kananya sudah 4, tetapi sendi masih kaku, namun tangan dan kakinya sudah bisa di tekuk dan sudah mampu melangkah dari tempat tidur ke kursi roda meskipun dibantu oleh suaminya.

Hal ini juga sama dengan penelitian sebelumnya dari Laus (2021) yang mengatakan bahwa terapi cermin merupakan terapi yang terbukti memiliki pengaruh terhadap kekuatan otot bagi pasien stroke. Memadukan terapi cermin dengan latihan rentang gerak (ROM), terbukti memberikan pengaruh yang lebih signifikan terhadap kekuatan otot pada pasien dengan gangguan mobilitas fisik akibat stroke. Berdasarkan manfaat terapi cermin, maka penulis beropini bahwa pasien Ny.A dengan gangguan mobilitas fisik selama 5x24 jam dilakukan terapi

cermin mulai hari pertama hingga hari kelima ada perkembangan yang terlihat, yaitu kekuatan otot pasien yang awalnya 3 menjadi 4.

Kekuatan otot tidak meningkat secara maksimal karena latihan terapi ini hanya dilakukan selama 5 hari dengan frekuensi dikerjakan 2 kali sehari dan karena adanya beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kekuatan otot pasien seperti faktor usia dan penyakit penyerta pasien seperti hipertensi (Laus dkk., 2021).



BAB 5. PENUTUP

Setelah menjelaskan dan membahas Asuhan Keperawatan pada Ny. A Pasien Stroke Iskemik dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik di ruang Melati dr. Haryoto Lumajang Tahun 2023, maka pada bab ini penulis menyampaikan kesimpulan dan saran untuk perbaikan dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Iskemik dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik.

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Pengkajian Keperawatan

Hasil dari pengkajian yang didapatkan pada Ny.A yaitu berjenis kelamin perempuan dan berusia 64 tahun. Riwayat penyakit dahulu pasien adalah penyakit hipertensi. Keluhan utama pasien sulit bicara (pelo), anggota gerak tubuh lemah dan tidak bisa jalan. Dari hasil pengkajian kekuatan otot pasien tangan dan kaki sebelah kanan 3. Data penunjang hasil laboratorium didapatkan HDL Cholestrol 30 mg/dl, hasil CT Scan Infark Cerebri pada Substantia Alba-Gracea Tempora Occipital (Sinistra), hasil foto thorax terdapat cardiomegali,dan adapapun hasil pemeriksaan EKG adalah sinus rhythum.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian penulis dan setelah melaksanakan asuhan keperawatan terdapat 3 diagnosa keperawatan yang muncul yaitu gangguan mobilitas fisik, defisit perawatan diri, dan gangguan komunikasi verbal. Untuk diagnosa utama penulis mengambil diagnosa gangguan mobilitas fisik karena pasien mengalami penurunan kekuatan otot, penurunan rentang gerak, kekakuan sendi, bergerak dengan terbatas, dan badannya lemah.

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang diambil untuk pasien Ny.A yaitu dukungan mobilisasi yang meliputi ada observasi, terapeutik, dan edukasi. Intervensi dalam terapeutik salah satunya memfasilitasi pasien melakukan pergerakan. Dengan ini,

penulis menambahkan intervensi khusus guna untuk meningkatkan kekuatan otot yaitu terapi cermin dengan dosis 2x sehari, selama 15 menit.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan yang telah dilakukan kepada Ny.A pada dasarnya mengacu kepada intervensi yang telah ditetapkan. Tindakan berfokus pada terapi menambah kekuatan otot yaitu terapi cermin.

5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan tindakan terapi cermin selama 5 hari pelaksanaan, dengan durasi 15 menit dalam 2x sehari. Selama beberapa hari tindakan, kekuatan otot pasien yang mulanya 3 menambah menjadi 4, pasien sudah mampu miring kanan kiri, pasien sudah mampu duduk diatas tempat tidur meskipun masih memegang pagar tempat tidur. Setelah dilakukan hasil evaluasi 5 hari perawatan terhadap diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi sepenuhnya, tetapi berdasarkan target di kriteria hasil pasien sudah mengalami peningkatan kekuatan otot menjadi 4, pasien sudah bisa duduk dan miring kanan miring kiri, badan pasien sudah tidak lemah, pasien sudah lebih sering bergerak meskipun masih terbatas.

5.2 Saran

5.1.2 Bagi Penulis

Sebagai awal pengalaman merawat pasien stroke iskemik dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik menggunakan terapi cermin sehingga bisa menerapkan pengetahuannya terhadap pasien stroke iskemik.

5.2.2 Bagi Pasien Dan Keluarga

Diharapkan dapat mengerti dan mengetahui bagaimana cara melakukan terapi cermin untuk meningkatkan kekuatan otot, sehingga keluarga mampu menerapkan terapi cermin di rumah kepada Ny.A.

5.2.3 Bagi Pelayanan Kesehatan

Diharapkan perawat dapat memberikan asuhan keperawatan pada pasien stroke iskemik dengan gangguan mobilitas fisik menggunakan terapi cermin sesuai standart operasional guna membantu peningkatan otot pada pasien.

5.2.4 Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan agar bisa menambah jumlah pasien sehingga terdapat perbandingan hasil intervensi dan menambah waktu pelaksanaannya.



DAFTAR PUSTAKA

- Abdillah, A., I. N. Istiqomah, S. Kurnianto, dan N. Khovifah. 2022. The effectiveness of range of motion (rom) on increasing muscle strength in stroke patients : literature review. *Nursing and Health Sciences Journal*. 2(2):55–60.
- Agina, P., W. Suwaryo, L. Levia, Dan B. Waladani. 2021. Penerapan terapi cermin untuk meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke non hemoragik. *Journal Of Borneo Holistic Health*. 4(2):127–135.
- Alimansur, M. Dan P. Santoso. 2019. Faktor resiko dekubitus pada pasien stroke (decubitus risk factor for stroke pasien). *Jurnal Ilmu Kesehatan*. 8(1):82–88.
- Arif, M., S. Mustika, Dan D. Primal. 2019. Pasien stroke di wilayah kerja puskesmas kumpulan kabupaten pasaman tahun 2018. *Jurnal Kesehatan Perintis*. 6:49–53.
- Asmawariza, L. H. Dan R. I. Wiguna. 2020. Pengaruh akupresur stroke 14 titik terhadap rentang gerak ekstermitas atas dan bawah pada pasien stroke non hemoragik. *Professional Health Journal*. 2(1):51–63.
- Audina Dhea, H. 2019. Age gender and classification of hypertension to the types of stroke in dr. Zainoel abidin general hospital of banda aceh. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa*. 1–6.
- Azzahra, V. Dan S. Ronoatmodjo. 2022. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian stroke pada penduduk usia > 15 tahun di provinsi daerah istimewa yogyakarta (analisis riskesdas 2018). *Jurnal Epidemiologi Kesehatan Indonesia* 6(2):47-51.
- Bram, N. S. 2019. Asuhan Keperawatan Stroke Iskemik Pada Tn. Mn dan Tn. Mh Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral Di Rsud Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019. *Laporan Tugas Akhir*. Lumajang : Program D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang.
- Cahyati, Ayu Rizki, A. Maulita Izhari, Dan T. Rakhma. 2022. Kelumpuhan wajah neuron motorik bawah causa bell ' s palsy. *Continuing Medical Education*. 488–494.
- Candra, K. Y. Dan T. Rakhma. 2020. Seorang laki-laki 60 tahun dengan stroke non hemoragik dan pneumonia. *Publikasi Ilmiah UMS*. 252–258.
- Chinnavan, E., Y. Priya, R. Ragupathy, Dan Y. C. Wah. 2020. Effectiveness of mirror therapy on upper limb motor functions among hemiplegic patients. *Bangladesh Journal Of Medical Science*. 19(2):208–213.
- Ditasari, A. 2022. Gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke hemoragik di ruang

- arimbi rs wijayakusuma purwokerto. *Ulil Albab: Jurnal Ilmiah Multidisiplin*. 1(8):2764–2769.
- Efendi, S., N. Sriyanah, Nirawat dan Djunaedi. 2022. Hubungan hipertensi dengan pembesaran jantung pada pasien di ruang perawatan relationship of hypertension with enlargement of the heart in patients in the treatment room. 2(02). *An Idea Health Journal*:97–101.
- Fajriansyah, F. 2022. Profil pengobatan stroke iskemik pada pasien yang menjalani rawat inap di rumah sakit dr.wahidin sudirohusodo. *Wal'afiat Hospital Journal*. 3(2):165–171.
- Hadijah, N. Dan N. Herlina. 2021. Hubungan antara hipertensi dengan kejadian stroke berulang : literature review. *Borneo Student Research*2(3):1789–1795.
- Hany, A., N. Asyiroh, A. Merdikawati, D. Keperawatan, F. I. Kesehatan, U. Brawijaya, Dan P. D. Eksklusif. 2023. Efektifitas minyak aromaterapi terhadap kualitas tidur pada pasien stroke iskemik. *Jurnal Kesehatan*: 11(2):447–454.
- Hayuningru, C. F., M. Fadhil, P. K. Hermina, J. Timur, P. K. Hermina, Dan J. Timur. 2023. Efektivitas bobath pada pasien stroke. *Indonesian Journal of Health Science*. 3(1)
- Hermanto. 2021. *Terapi Cermin (Mirror Therapy) Dalam Asuhan Keperawatan Stroke*. Malang : Ahlimedia Press.
- Istianah, I., I. G. Arsana, H. Hapipah, Dan Z. Arifin. 2021. Efektifitas mirror therapy terhadap kekuatan otot dan status fungsional pasien stroke non hemoragik. *The Indonesian Journal Of Health Science*. 12(2):158–168.
- Ivan, I., B. R. Wreksoatmodjo, Dan O. Darmawan. 2019. Hubungan antara riwayat penyakit jantung dengan tingkat keparahan stroke iskemik akut pertama kali. *Majalah Kedokteran Neurosains Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia*. 37(1):48–53.
- Jessyca, F. Dan P. K. Sasmita. 2021. Hubungan tingkat pendidikan dan pengalaman terkait stroke dengan pengetahuan stroke. *Damianus Journal Of Medicine*. 20(1):63–71.
- Kemenkes RI. 2018. Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. 53(9):1689–1699.
- Kesuma, N. M. T. S., D. K. Dharmawan, Dan H. Fatmawati. 2019. Gambaran faktor risiko dan tingkat risiko stroke iskemik berdasarkan stroke risk scorecard di rsud klungkung. *Intisari Sains Medis*. 10(3):720–729.
- Kim, D. Dan S. Jang. 2021. Effects of mirror therapy combined with emg-triggered

functional electrical stimulation to improve on standing balance and gait ability in patient with chronic stroke. *Environmental Research and Public Health*.

- Kirana, G. 2022. Efektifitas terapi cermin terhadap peningkatan fungsi motorik pada pasien post stroke: Literature Review. *Jurnal Keperawatan*.
- Laus, R., A. S. W. D. Wida, Dan R. O. Adesta. 2019. Pengaruh terapi cermin terhadap kekuatan otot pasien dengan gangguan mobilitas fisik akibat stroke universitas nusa nipa. No . 2 Desember 2019 .*Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan Masyarakat*. Volume 6 , No . 2.
- Laus, R., A. S. W. D. Wida, Dan R. O. Adesta. 2021. Pengaruh terapi cermin terhadap kekuatan otot pasien dengan gangguan mobilitas fisik akibat stroke di ruang perawatan interna rsud dr. t.c.hillers maumere. *Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan Masyarakat*. 6(2):122-126.
- Letelay, A. N. A., L. B. S. Huwae, Dan N. E. Kailola. 2019. Hubungan diabetes melitus tipe ii dengan kejadian stroke pada pasien stroke di poliklinik saraf Rsud Dr. M. Haulussy ambon tahun 2016. *Molucca Medica*. 12(April):1-10.
- Madhoun, H. Y., B. Tan, Y. Feng, Y. Zhou, C. Zhou, Dan L. Yu. 2020. Task-based mirror therapy enhances the upper limb motor function in subacute stroke patients : a randomized control trial.*European Journal of Physical and rehabilitation Medicine*. 56(3):265-271.
- Maisyaroh, A., Azizah, A. Abdillah, Dan R. D. Fibriansari. 2021. Efektivitas mirror therapy terhadap peningkatan kekuatan otot pada pasien post stroke: literatur review. *Jurnal Ilmu Keperawatan Medikal Bedah*. 4(1):13-24.
- Maisyaroh, A., E. P. Widiyanto, R. D. F. Sari, I. Zuraidah, dan M. Toha. 2022. *Buku Ajar Keperawatan Gawat Darurat, Manajemen Bencana, Dan Keperawatan Kritis*. Jember: UPT Percetakan & Penerbitan Universitas Jember.
- Marto, J. P., L. A. Kauppila, C. Jorge, S. Calado, M. Viana-Baptista, T. Pinho-E-Melo, Dan A. C. Fonseca. 2019. Intravenous thrombolysis for acute ischemic stroke after recent myocardial infarction case series and systematic review. 50(10):2813-2818.*AHA Journal*.
- Maulana, M. I. Dan S. Purnomo. 2022. Pengaruh pemberian mirror rror therapy terhadap fungsi motorik pada pasien stroke yang menderita hemiparesis ekstremitas bawah : literatur review. *Borneo Student Research*. 3(3):145-150
- Mindova, S. Dan I. Karaganova. 2022. Untuk pemulihan fungsi motor tegangan atas pada pasien stroke iskemik. *Jurnal Kesehatan*. 28(2):4330-4334.
- Mindova, S. Dan I. Karaganova. 2022. Mirror therapy in physiotherapeutic practice for recovery of the motor function of the upper limb in patients with ischemic

stroke abstract : *Journal of IMAB*. 28(2):4330–4334.

- Noor, M. A. 2018. Gambaran karakteristik fatigue pasien post stroke. *Nurscope : Jurnal Keperawatan Dan Pemikiran Ilmiah*. 4(7):55–60.
- Novia, L. 2019. Asuhan Keperawatanpasien Stroke Iskemik Pada Ny. D Dan Tn. K Dengan Masalah Keperawatan hambatan Mobilitas Fisik Di Ruang Melati Rsud Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019. *Laporan Tugas Akhir*. Jember: Program Studi DIII Keperawatan Universitas Jember.
- Nurshiyam, M. Ardi, Dan M. Basri. 2020. Asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan mobilitas fisik pada pasien stroke non hemoragik di rskd dadi makassar. *Jurnal Media Keperawatan*. 10(01):59–66.
- Nusdin Dan A. I. Awaluddin. 2021. Relationship of self management on the quality of life of post stroke patient in the neurology polyclinic of. *Ghizai : Jurnal Gizi Dan Keluarga*. 1(1)
- PPNI. 2018. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi Dan Indikator Diagnostik*. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi Dan Tindakan Keperawatan*. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. 2019. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi Dan Tindakan Keperawatan*. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- Putri, E. B. W. Dan A. W. S. Budi. 2023. Determination of stroke reviewed with the siriraj. *Jurnal Nursing Army*. 4(1):76–82.
- Rachmawati, D., C. Marshela, Dan I. Sunarno. 2022. Perbedaan faktor resiko penyebab stroke pada lansia dan remaja. *Bali Medika Jurnal*. 9(3):207–221.
- Rahmadani, E. Dan H. Rustandi. 2019. Peningkatan kekuatan otot pasien stroke non hemoragik dengan hemiparese melalui latihan range of motion (rom) pasif. *Journal Of Telenursing (Joting)*. 1(2):354–363.
- Rahmawati, D., T. Kurniawan, Dan S. Hartati. 2019. Gambaran self-management pada pasien stroke sang mejalani rawat jalan. *Jurnal Ilmu Kesehatan*. 6(6):13–25.
- Rembang, R. R. S. 2022. Gambaran status gizi pada pasien stroke non hemoragik di poliklinik syaraf. *Jurnal Kesehatan dan keperawatan Indonesia*. Ke. 31:164–173.
- Rosaline, M. D. Dan S. Herlina. 2021. Effectiveness of mirror therapy on the motor ability of post stroke patients: systematic review. *Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan*. 9(2):235.

- Sari, D. A., S. Sutarni, Dan I. Setyopranoto. 2020. Stroke iskemik dengan manifestasi dizziness/vertigo terisolasi. *Journal Kedokteran Neurosains Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia*. 37(2):116–124.
- Setiawan, P. A. 2020. Diagnosis dan tatalaksana stroke hemoragik. *Jurnal Medika Utama*. 02(01):402–406.
- Sherina, N., D. Ramdan, Dan N. Hidayat. 2022. Assistancy of medical surgical nursing for patients with nervous system disorders (hemorrhagic stroke) in flamboyant room, general hospital of banjar. *Jurnal Pengabdian Masyarakat*. 2(2):175–197.
- Sianturi, N. R. S., D. Tanjung, Dan K. Ritarwan. 2022. Efektivitas masase abdomen terhadap pencegahan konstipasi pada pasien stroke. *Journal Of Telenursing (Joting)*. 4:237–242.
- Sibarani, M. V., R. Ulfah, Dan E. Afriyanti. 2019. Gambaran karakteristik pasien stroke yang mengalami konstipasi pasca rawatan. *NERS: Jurnal Keperawatan*. 15(2):125–129.
- Syafni, A. N. 2020. Rehabilitasi medik pasien pasca stroke. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*. 9(2):873–877.
- Tahir, R. W. M., H. R. Rija'i, Dan N. Indriyanti. 2021. Proceeding of mulawarman pharmaceuticals conferences. *Proceeding Of Mulawarman Pharmaceuticals Conferences*. 14:254–261.
- Utama, Y. A. Dan S. S. Nainggolan. 2022. Faktor resiko yang mempengaruhi kejadian stroke: sebuah tinjauan sistematis. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*. 22(1):549.
- Valentina, N. W., I. T. Utami, Dan N. L. Fitri. 2022. Penerapan mirror therapy terhadap perubahan kekuatan otot dan rentang gerak pada pasien stroke non hemoragik dengan hemiparase di kota metro. *Jurnal Cendikia Muda*. 2(2):264–268.
- Wijayanti, A. P., H. Al Fatih, S. Haryati, S. D. Putri, Dan L. Rahmidar. 2019. Gambaran kepatuhan minum obat antihipertensi pada lansia di rsud kota bandung. *Jurnal Keperawatan BSI*. 10(2):234–240.
- Yanti, S. E., A. Asyrofi, Dan T. Arisdiani. 2020. Hubungan tingkat pengetahuan komplikasi hipertensi dengan tindakan pencegahan komplikasi. *Jurnal Keperawatan*. 12(3):439–448.
- Yunica, N. M. D., P. I. S. Dewi, Dan M. Heri. 2019. Terapi aiueo terhadap kemampuan berbicara (afasia motorik) pada pasien stroke. *Journal Of Telenursing (JOTING)*. 1(2):396–405.

Zakariyah, M. Dan A. Sahroni. 2019. Komparasi algoritma deteksi puncak qrs kompleks elektrokardiogram (ekg) pada pasien penderita stroke iskemik. *Seminar Nasional Informatika Medis*. 22–27.



LAMPIRAN

Lampiran 3. 1 Informed Consent

INFORMED CONSENT

(PERNYATAAN PERSETUJUAN IKUT PENELITIAN)

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : A
Umur : 64 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Pekerjaan : Pedagang
Alamat : Jl. Argepuro III / 08 RT. 03. RW:16, Citro diwangsan

Telah mendapat keterangan secara terinci dan jelas mengenai :

1. Penelitian yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD dr.Haryoto."
2. Perlakuan yang akan diterapkan pada subyek
3. Manfaat ikut sebagai subyek penelitian
4. Bahaya yang akan timbul
5. Prosedur Penelitian

dan prosedur penelitian mendapat kesempatan mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penelitian tersebut. Oleh karena itu saya bersedia/tidak bersedia*) secara sukarela untuk menjadi subyek penelitian dengan penuh kesadaran serta tanpa keterpaksaan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa tekanan dari pihak manapun.

Lumajang, 8 April 2023

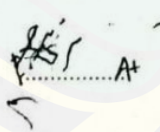
Peneliti,



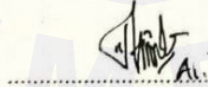
Luluk Mauliddiyah

NIM 202303101113

Responden,



Saksi,



*) Coret salah satu

Lampiran 3. 2 Jadwal Waktu Pelaksanaan

JADWAL PENYELENGGARAAN LAPORAN TUGAS AKHIR DAN KARYA TULIS ILMIAH: LAPORAN KASUS

Keterangan	TAHUN 2022				TAHUN 2023																											
	Desember				Januari				Februari				Maret				April				Mei				Juni							
	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 Laporan tugas akhir Studi Kasus																																
Sidang Laporan tugas akhir																																
Revisi																																
Pengumpulan Data																																
Konsul Penyusunan Data																																
Ujian Sidang LTA																																
Revisi																																

Lampiran 3. 3 WOD (Wawancara, Observasi, Dokumentasi)

**PANDUAN PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.A
PASIEN STROKE ISKEMIK DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI RUANG MELATI RSUD
Dr . HARYOTO LUMAJANG**

1. Pengkajian Keperawatan

1.1 Pengkajian

Anamnesa	Teori	Pasien
Identitas Pasien		
/Nama		
Usia	Rentan beresiko tinggi terjadi pada orang lanjut usia/lansia. (Irawati, 2019).	
Jenis Kelamin	laki-laki rentan terkena stroke daripada wanita. (Irawati, 2019).	
Keluhan Utama	Keluhan umum pada pasien stroke iskemik adalah gangguan gerak, kelemahan anggota tubuh pada salah satu sisi tubuh, bicara cadel dan tidak mampu berkomunikasi, sakit kepala, gangguan sensorik. Menurut pendapat dari (Tarwoto, 2013)	
Riwayat Penyakit Sekarang	Biasanya didahului dengan serangan awal yang tanpa disadari oleh pasien, gejala awal biasanya kesemutan, kelemahan pada salah satu anggota gerak dan biasanya terjadi saat melakukan aktivitas. Menurut pendapat dari (Tarwoto, 2013).	
Riwayat Penyakit Dahulu	Terdapat beberapa penyakit yang bisa menimbulkan perubahan neurologis salah satunya adalah gangguan vascular seperti penyakit katub jantung, fibrilasi atrial, hipertensi dan diabetes mellitus. (Hermanto, 2021).	
Riwayat Penyakit Keluarga	Apakah ada penyakit genetik yang bisa menurunkan ke anggota keluarga lainnya. Penyakit genetik yang perlu diketahui seperti hipertensi, stroke, epilepsi, diabetes mellitus dan kanker. (Hermanto, 2021).	
Pola fungsi kesehatan		
Pola Persepsi Sehat dan Tatalaksana Kesehatan	Riwayat merokok, jarang olahraga, dan gaya hidup tidak sehat merupakan faktor risiko terjadinya stroke iskemik.	
Pola Nutrisi dan Metabolik	Pengonsumsi kopi juga akan beresiko terkena stroke karena berpengaruh kepada peningkatan tekanan darah	
Pola Eliminasi	terkena inkontinensia urine karena kerusakan kontrol motorik dan postural, sehingga pasien	

	tidak mampu mengendalikan kandung kemih dan hilangnya kontrol spingter otot.(Novia, 2019).	
Pola Istirahat Tidur dan Aktivitas	Sulit tidur karena mengalami nyeri dan akan mengurangi aktivitasnya karena mengalami hemiparesis.	
Pola sensori dan pengetahuan	Kehilangan sensori karena pasien stroke iskemik mengalami kerusakan sentuhan dan tidak mampu merasakan gerakan.	
Pola hubungan interpersonal dan peran	Kehilangan peran diri karena pasien mengalami afasia sehingga pasien tidak mampu mengungkapkan apa yang dirasakannya. (Yunica dkk., 2019)	
Pola persepsi dan konsep diri	Gangguan konsep diri karena pasien khawatir dan cemas akan penyembuhannya takut tidak berhasil. (Rahmawati dkk., 2019).	
Pola reproduksi dan seksual	Pasien menopause akan kekurangan hormon ekstrogen sehingga vagina menjadi kering yang mengakibatkan cedera pada saat bersenggama.	
Pola penanggulangan stress	Pelo atau gangguan bicara akan kesulitan berkomunikasi dan bercerita masalahnya kepada orang lain.	
Pola nilai dan kepercayaan	Kehilangan kepercayaan kepada Tuhan karena sakit yang dideritanya. (Rahmawati dkk., 2019)	
Pemeriksaan fisik		
Keadaan umum	Tidak mengalami penurunan kesadaran, masalah wicara (pelo),hemiparesis.	
Tanda-tanda vital	eningkatan tekanan darah pada pasien stroke.	
Pemeriksaan kepala sampai leher		
Kepala	Tidak mengalami gangguan di bentuk kepala.	
Rambut	Tidak adanya kelainan	
Wajah	Perubahan bentuk wajah menjadi asimetris	
Mata	Adanya kekaburan yang disebabkan karena gangguan N.II, N. IV, N. VI	
Hidung	Tidak mengalami adanya kelainan	
Telinga	Tidak mengalami tuli dan kelainan yang lain	
Leher	Tidak adanya kelainan	
Pemeriksaan integumen	Kulit akan tampak pucat dan biasanya ada tanda-tanda dekubitus karena pasien sedang mengalami gangguan mobilitas fisik	
Pemeriksaan sistem kardiovaskuler	Denyut jantung yang tidak normal	
Pemeriksaan sistem pencernaan	Penurunan peristaltik usus.	
Pemeriksaan sistem muskuloskeletal dan sistem neurologi		
Kekuatan otot	0 : Tidak ada kontraksi otot 1 : Terjadi kontraksi otot tanpa gerakan nyata 2: Pasien hanya mampu menggeserkan tangan atau kaki	

	<p>3 : Mampu angkat tangan, tidak mampu menahan gravitasi</p> <p>4 : Tidak mampu menahan tangan pemeriksa</p> <p>5 : Kekuatan penuh</p>	
GCS	<p>Respon Mata (Eye)</p> <p>4 : Spontan</p> <p>3 : Dengan perintah (rangsang suara)</p> <p>2 : Dengan rangsang nyeri</p> <p>1 : Tidak ada respon</p> <p>Respon Verbal</p> <p>5 : Orientasi baik</p> <p>4 : Diorientasi,berbicara kacau</p> <p>3 : Mengucapkan kata perkata namun tidak jelas</p> <p>2 : Bersuara (mengerang tidak ada respon)</p> <p>1 : Tidak ada respon</p> <p>Respon Motorik</p> <p>6 : Mengikuti perintah</p> <p>5 : Dapat melokalisir nyeri</p> <p>4 : Menghindar/menjauh rangsang nyeri</p> <p>3 : Lengan kaku diatas dada dan kaki ekstensi diberi rangsang nyeri</p> <p>2 : Lengan kaku disisi tubuh dan kaki ekstensi saat diberi rangsang nyeri</p> <p>1 : Tidak ada respon</p>	
Pemeriksaan 12 saraf kranial	<p>N. I (Olfactorius) tidak ditemukan gangguan penciuman</p> <p>N. II (Optikus) Mengalami gangguan penglihatan</p> <p>N. III (Okulomotorius) Adanya gangguan pada pasien stroke iskemik seperti diplopia</p> <p>N. IV (Troklearis) Ketidakmampuan pasien stroke iskemik melihat ke bawah dan ke samping.</p> <p>N. V (Trigeminus) Penurunan kemampuan mengunyah,penyimpangan rahang</p> <p>N. VI (Abdusen) Penurunan kemampuan gerakan bola mata ke sisi kanan kiri atas bawah</p> <p>N. VII (Fasialis) Ditemukan bentuk wajah asimetris dan adanya gangguan pengecapan</p> <p>N. VIII (Vestibulokoklearis) Ditemukan kondisi pasien tuli.</p> <p>N. IX (Glosfaringeus) Akan mengalami gangguan menelan</p> <p>N. X (Vagus) Mengalami gangguan bicara dan kesulitan membuka mulut.</p>	

	N. XI (Asesorius) Tidak mengalami kerusakan otot trapezius dan sternocleidomastoid, sehingga pasien stroke iskemik masih mampu mengangkat bahunya	
	N. XII (Hipoglosus) Kerusakan otot fasikulasi menyebabkan ketidakmampuan untuk menjulurkan dan menggerakkan lidah.	
Pemeriksaan Penunjang		
Pemeriksaan Laoratorium	Pemeriksaan darah lengkap dan pemeriksaan gula darah	
CT-scan	Untuk memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia, dan adanya infark.	
EKG	Menemukan hal-hal yang terkait dengan gelombang otak dan juga menampilkan lokasi cacat khusus	
Foto thorax	Foto thorax pada pasien stroke iskemik yang mempunyai riwayat hipertensi untuk mengetahui adanya pembesaran jantung atau tidak. (Efendi dkk., 2022)	

1.2 Diagnosis Keperawatan

No	Diagnosis	Teori	Pasien
1	Gejala dan tanda mayor		
	Subjektif	Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas	
	Objektif	Kekurangan otot menurun Rentang gerak (ROM) menurun	
2	Gejala dan tanda Minor		
	Subjectif	Nyeri saat bergerak	
		Enggan melakukan pergerakan	
	Objectif	Sendi kaku	
		Gerakan tidak terkoordinasi	
		Gerakan terbatas	
Fisik lemah			

Lampiran 3. 4 Surat Izin Penelitian



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS JEMBER
LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
Jl. Kalimantan 37 Jember, Telp (0331) 337818, 339385 Fax (0331) 337818
Laman : [lp2m.unej.ac.id](http://p2m.unej.ac.id) - Email : ijinpenelitian@gmail.com

Nomor : 1559/UN25.3.1/LT/2023
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian Mahasiswa

15 Februari 2023

Yth. **Direktur**
RSUD dr. Haryoto Lumajang
Di
Lumajang

Memperhatikan surat dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember nomor 1195/UN25.1.14/LT/2023 tanggal 06 Februari 2023 perihal Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian,

Nama : Luluk Mauliddiyah
NIM : 202303101113
Fakultas : Keperawatan
Program Studi : D3 Keperawatan Kampus Lumajang
Alamat : Ds. Sedarum Dsn. Lor Embong RT/RW 10/24 Nguling-Pasuruan
Judul Penelitian : "Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang"
Lokasi Penelitian: RSUD dr. Haryoto Lumajang
Pelaksanaan : Bulan Februari-Mei 2023

maka kami mohon dengan hormat bantuan Saudara untuk memberikan ijin kepada mahasiswa yang bersangkutan untuk melaksanakan kegiatan penelitian sesuai dengan judul tersebut diatas.

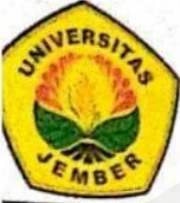
Demikian atas perhatian dan perkenannya disampaikan terima kasih.

Dr. Fendi Setyawan, S.H., M.H.
NIP. 197202171998021001

Tembusan Yth.
1. Dekan FKPEP Universitas Jember;
2. Mahasiswa ybs;
3. Arsip.



Lampiran 3. 5 Surat Pengantar dari FKEP



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN KAMPUS LUMAJANG**
Jl. Brigjend. Katamso Lumajang 67311 Email: d3keperawatan@unej.ac.id.

Lumajang, 26 Februari 2023

Nomor : 126 /UN25.1.14.2/P/6/2023
Lampiran : -
Perihal : Surat Pengantar Permohonan Kelayakan Etik
KEPK FKEP UNEJ


Kepada :
Yth. Wakil Dekan 1 Fakultas Keperawatan
Universitas Jember
di -
J E M B E R

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya kegiatan penelitian, maka kami mohon dapat dibuatkannya surat permohonan kelayakan etik melalui Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember, dengan data sebagai berikut :

Nama : Luluk Mauliddiyah
NIM : 202303101113
Jenjang : DIII
Program Studi : DIII Keperawatan
Fakultas : Fakultas Keperawatan
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang


Demikian surat permohonan ini saya buat dengan sebenarnya, atas perhatiannya saya ucapkan terima kasih.

Mengetahui,
Pembimbing 2/Ko Promotor




Ns. Eko Prasetya Widiyanto S.Kep.,M.Kep
NRP 760017255

Pengusul,




Luluk Mauliddiyah
NIM 202303101113


Mengetahui
Koordinator Prodi DIII Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Jember
Kampus Lumajang



Nurul Hayati, S.Kep., Ners., M.M.
NIP 196506291987032008



Lampiran 3. 6 Surat Etik



**KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
UNIVERSITAS JEMBER, FAKULTAS KEPERAWATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
UNIVERSITY OF JEMBER, FACULTY OF NURSING**

**KETERANGAN LAIK ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL
No. 100/UN25.1.14/KEPK/2023**

Protokol penelitian yang diusulkan oleh :
The research protocol proposed by

Peneliti utama : Luluk Mauliddiyah
Principal Investigator

Anggota Peneliti : Achlis Abdillah, S.ST., M.Kes
Member of Research Ns. Eko Prasetya Widiyanto, S.Kep., M.Kep

Tempat Penelitian : RSUD dr. Haryoto Lumajang
Place of Research

Dengan judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke dengan Masalah
Title Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Melati
RSUD dr.Haryoto Lumajang


: Nursing Care of Stroke Patients with Nursing Problems
with Impaired Physical Mobility in Room Melati RSUD
dr.Haryoto Lumajang

Dinyatakan laik etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 3 April 2023 sampai dengan tanggal 3 Juli 2023.

This declaration of ethics applies during the period April 3, 2023 until July 3, 2023.


 Ketua Komite Etik Penelitian Kesehatan
Chairperson of Health Research Ethics Committee
 Ns. Dimi Kartawijana, M.Psi., M.Kep., Sp.Kep.Mat.

Lampiran 3. 7 Surat Izin Penelitian



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN, RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KEPERAWATAN
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember

Nomor : 1195/UN25.1.14/LT/2023
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

Jember, 06 Februari 2023

Yth. Ketua LP2M
Universitas Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir mahasiswa D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang berikut :

Nama : Luluk Mauliddiyah
N I M : 202303101113
keperluan : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian
judulpenelitian : Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang
lokasi : Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang
waktu : Februari - Juli 2023

mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terimakasih.



Dekan
Ns. Lantini Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.
NIP. 19780323 200501 2 002



Lampiran 3. 8 Surat Izin Studi Pendahuluan



PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. HARYOTO
JALAN BASUKI RAHMAT NO. 5 TELP. 0334-881666 FAX. (0334) 887383
E-mail : rdharyoto@yahoo.co.id
LUMAJANG - 67311

Lumajang, 15 Maret 2023

Nomor : 445/ ~~SM~~ /427.52.01/2023
Sifat : Biasa
Lampiran : 2 (dua) lembar
Hal : Penelitian

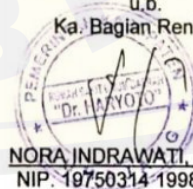
Kepada
Yth. *Ka. Ruang Melati*
RSUD dr. Haryoto
Di -
LUMAJANG

Sehubungan dengan surat Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat Universitas Jember tanggal 15 Februari 2023 Nomor : 1559/UN25.3.1/LT/2023 perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat, maka bersama ini kami sampaikan bahwa kami menyetujui kepada mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Unej Kampus Lumajang untuk melaksanakan penelitian di ruang Saudara dan kami mohon bimbingannya kepada mahasiswa dimaksud, yaitu :


Nama : LULUK MAULIDDIYAH
NIM : 202303101113
Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

a.n. DIREKTUR RSUD Dr. HARYOTO
Wadir Umum dan Keuangan
u.b.
Ka. Bagian Renbang



NORA INDRAWATI, S.Kep.Ns
NIP. 19750314-199803 2 007

	FORMULIR	No. :
	LOG BOOK PENYUSUNAN LAPORAN TUGAS AKHIR MAHASISWA	Dok. : Berlaku : Sejak : Revisi :


**LOG BOOK PENYUSUNAN LTA
MAHASISWA D3 KEPERAWATAN UNEJ KAMPUS LUMAJANG**

NAMA MAHASISWA : Luluk Mauliddiyah
N I M : 202303101113
PROGRAM STUDI : D3 Keperawatan
: Asuhan Keperawatan Pada Ny. A Pasien Stroke
JUDUL KARYA : Iskemik dengan Masalah Keperawatan Gangguan
TULIS ILMIAH : Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto
Lumajang

KETUA PENGUJI : Arista Maisyaroh, S.Kep., Ners., M.Kep.

TAHAP PENYUSUNAN LTA

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
1.	Seni, 19 Juni 2023	Bimbingan dengan penguji 1	Membenahi penulisan dan etiologi di diagnosa		
2.	Selasa, 20 Juni 2023	Bimbingan dengan penguji 1	Menambahi revisi tambahan FTO dan obat		
3.	Kamis, 22 Juni 2023	Bimbingan dengan penguji 1	Menambahkan intervensi, jurnal pemeriksaan gerak sendi		
4.	Jumat, 23 Juni 2023	Bimbingan penguji 1	Membenahi Ringkasann dan summary		
5.	Senin, 26 Juni 2023	Bimbingan penguji 1	ACC Revisi LTA		

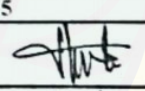
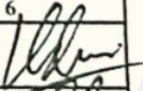
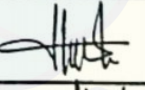
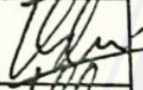

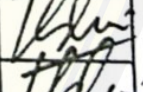

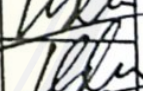
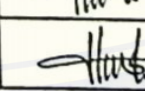
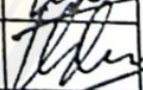


	FORMULIR	No. :
	LOG BOOK PENYUSUNAN LAPORAN TUGAS AKHIR MAHASISWA	Dok. : Berlaku : Sejak : Revisi :


LOG BOOK PENYUSUNAN LTA

MAHASISWA D3 KEPERAWATAN UNEJ KAMPUS LUMAJANG

NAMA MAHASISWA : Luluk Mauliddiyah
N I M : 202303101113
PROGRAM STUDI : D3 Keperawatan
JUDUL KARYA : Asuhan Keperawatan Pada Ny. A Pasien Stroke
TULIS ILMIAH : Iskemik dengan Masalah Keperawatan Gangguan
 Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto
 Lumajang
ANGGOTA PENGUJI : Syaifuddin Kurnianto S.Kep., Ners., M.Kep.

TAHAP PENULISAN LTA







NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
1.	Selasa, 20 Juni 2023	Bimbingan LTA	Memperbaiki penomoran, penulisan		
2.	Rabu, 21 Juni 2023	Bimbingan LTA	Memperbaiki tabel pada intervensi dan menambah pemeriksaan rentang gerak		
3.	Kamis, 22 Juni 2023	Bimbingan LTA	Revisi penulisan		
4.	Jumat, 23 Juni 2023	Bimbingan LTA	Revisi penomoran		
5.	Minggu, 25 Juni 2023	Bimbingan LTA	Revisi penulisan gelar dan nomer dalam tabel		
6.	Senin, 26 Juni 2023	Bimbingan LTA	ACC Revisi LTA		

	FORMULIR	No. : Dok. :
	LOG BOOK PENYUSUNAN LAPORAN TUGAS AKHIR MAHASISWA	Berlaku : Sejak : Revisi :


**LOG BOOK PENYUSUNAN LTA
MAHASISWA D3 KEPERAWATAN UNEJ KAMPUS LUMAJANG**

NAMA MAHASISWA : Luluk Mauliddiyah
N I M : 202303101113
PROGRAM STUDI : D3 Keperawatan
: Asuhan Keperawatan Pada Ny. A Pasien Stroke
JUDUL KARYA Iskemik dengan Masalah Keperawatan Gangguan
TULIS ILMIAH Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto
Lumajang
DOSEN
PEMBIMBING : Achlish Abdillah, S.ST., Ners., M.Kes
UTAMA

TAHAP PENYUSUNAN LTA

NO.	HARI, TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	Rabu, 21 Desember 2022	Konsultasi pengajuan judul	ACC Judul proposal. Asuhan Keperawatan pada pasien stroke dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik		
2.	Rabu, 28 Desember 2022	Konsultasi Bab 1	Masalah kurang spesifik lagi		
3.	Kamis, 29 Desember	Bimbingan dan konsultasi Bab	Bagian masalah di kurangi dan		



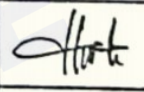

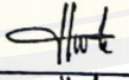



	2022	1	dimasukkan ke dalam kronologi		<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Kamis, 5 Januari 2022	Bimbingan dan konsultasi Bab 1	Menambahkan skala yang dari Riskesdas jatim		<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Selasa, 10 Januari 2023	Bimbingan dan konsultasi Bab 1 dan 2	ACC , lanjut bab 2 dan 3		<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Rabu, 11 Januari 2023	Bimbingan dan konsultasi Bab 2	Menambahkan definisi dari referensi buku		<input checked="" type="checkbox"/>
7.	Kamis, 12 Januari 2023	Bimbingan dan konsultasi Bab 3	Tanda gejala lebih spesifikkan		<input checked="" type="checkbox"/>
8.	Jumat, 13 Januari 2023	Bimbingan dan konsultasi Bab 3	Menambahkan tanda gejala		<input checked="" type="checkbox"/>
9.	Senin, 16 Januari 2023	Konsultasi penulisan	Mengacu pada pedoman PPKI		<input checked="" type="checkbox"/>
10.	Selasa, 17 Januari 2023	Konsultasi kelengkapan	Revisi penulisan dan penomoran		<input checked="" type="checkbox"/>
11.	Kamis, 19 Januari 2023	Konsultasi penulisan	ACC Sempro		<input checked="" type="checkbox"/>
12.	Selasa, 24 Mei 2023	Konsultasi Bab 4	Menambahi penjelasan dari setiap pola		<input checked="" type="checkbox"/>
13.	Rabu, 25 Mei 2023	Konsul bab 4	Menambahi FTO yang lebih lengkap		<input checked="" type="checkbox"/>
14.	Kamis, 26 Mei 2023	Konsultasi Bab 4	Melengkapi FTO yang khusus pengkajian		<input checked="" type="checkbox"/>
15.	Selasa, 31 Mei 2023	Konsultasi Bab 4	Menjelaskan lebih rinci analisa data		<input checked="" type="checkbox"/>
16.	Sabtu, 3 Juni 2023	Konsultasi Bab 1-3	Memspesifikkan ke stroke iskemik		<input checked="" type="checkbox"/>
17.	Selasa, 06 Juni 2023	Konsultasi Ringkasan	Menambahi skala yang ada di bab 1		<input checked="" type="checkbox"/>
18.	Rabu, 7 Juni 2023	Konsultasi Bab 1-5	ACC Semhas		<input checked="" type="checkbox"/>
19.	Senin, 26 Juni 2023	Konsultasi hasil revisi dari penguji 1 dan 2	ACC revisi LTA		<input checked="" type="checkbox"/>

	FORMULIR	No. :
	LOG BOOK PENYUSUNAN LAPORAN TUGAS AKHIR MAHASISWA	Dok. : Berlaku : Sejak : Revisi :

**LOG BOOK PENYUSUNAN LTA
MAHASISWA D3 KEPERAWATAN UNEJ KAMPUS LUMAJANG**

NAMA MAHASISWA : Luluk Mauliddiyah
N I M : 202303101113
PROGRAM STUDI : D3 Keperawatan
: Asuhan Keperawatan Pada Ny. A Pasien Stroke
JUDUL KARYA : Iskemik dengan Masalah Keperawatan Gangguan
TULIS ILMIAH : Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto
: Lumajang
DOSEN
PEMBIMBING : Eko Prasetya Widiyanto, S.Kep., Ners., M.Kep.
ANGGOTA

TAHAP PENULISAN LTA

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
1.	Rabu, 21 Desember 2022	Bimbingan dengan DPA	Konsultasi pengajuan judul Asuhan Keperawatan pada pasien stroke dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik		
2.	Rabu, 28 Desember 2023	Konsul Bab 1	Menambahi masalah dan kronologi kurang lengkap		
3.	Kamis, 29 Desember 2023	Konsul Bab 1	Kronologi ditambahkan yang lebih spesifik		
4.	Kamis, 05	Konsul Bab	Pada bagian skala		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
	Januari 2023	1	menambahkan prevelensi yang ada di dunia		
5.	Selasa, 10 Januari 2023	Konsul Bab 1	ACC bab 1, melanjutkan bab 2		
6.	Rabu, 11 Januari 2023	Konsul Bab 2	Menambahkan referensi definisi dari AHA		
7.	Kamis, 12 Januari 2023	Bimbingan Bab 2-3	Menspeksifikan tanda gejala stroke iskemik maupun hemorogik		
8.	Jumat, 13 Januari 2023	Bimbingan Bab 2-3	Revisi tanda gejala kurang		
9.	Senin, 16 Januari 2023	Konsul penulisan	Harus lebih spesifik dan mengacu pada PPKI		
10.	Rabu, 17 Januari 2023	Bimbingan penulisan dan kurang lengkap	Revisi penulisan sesuai panduan PPKI		
11.	Jumat, 19 Januari 2023	Konsul kelengkapan proposal	ACC Proposal Sempro		
12.	Jumat, 09 Mei 2023	Konsultasi Bab 4	Memasukkan penelitian sebelumnya dalam FTO		
13.	Selasa, 23 Mei 2023	Bimbingan revisi LTA	Setip poin harus ada FTO		
14.	Rabu, 24 Mei 2023	Konsultasi Bab 4	Menambahkan teori tentang stroke iskemik		
15.	Senin, 29 Mei 2023	Konsul bab 2 dan bab 4	Menambahi evaluasi pada hari keempat dan hari kelima		
16.	4 Juni 2023	Konsul Bab 1-5	Kriteria hasil dan membuat ringkasan		
17.	Senin, 05 2023	Konsul bab 1-5	Menambahi skala pasien stroke iskemik di ruang melati		
18.	Kamis, 06 Juni 2023	Ringkasan dan penulisan	ACC LTA		
19.	Senin, 26 Juni 2023	Konsultasi hasil revisi penguji 1 dan 2	ACC Revisi LTA		