



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

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh

Indra Harianzah Putra
NIM 152303101029

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



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

LAPORAN TUGAS AKHIR

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan (D3)
dan mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan

Oleh

Indra Harianzah Putra
NIM 152303101029

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

PERSEMBAHAN

Dengan mengucap puji syukur kehadirat Allah SWT, Laporan Tugas Akhir ini penulis persembahkan untuk:

1. Kedua orang tua dan keluarga yang telah memberi dukungan, baik berupa doa maupun motivasi, serta telah membimbing penulis selama menjalankan program studi sampai pada akhirnya akan menyelesaikan program studi;
2. Teman serta sahabat yang telah memberikan dukungannya selama menjalani proses pendidikan di program studi sampai diselesaikannya Laporan Tugas Akhir ini;
3. Almamater Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

MOTO

“Lakukanlah apa yang takut anda lakukan, maka rasa takut itu akan hilang”

(((Tanuwidjaja, 2008)))*)

“Cepat atau lambat, kemenangan akan menjadi milik orang yang percaya bahwa mereka akan meraih kemenangan”

(((Tanuwidjaja, 2008)))**)

“Sukses adalah hasil 1% yang berasal dari 99% kegagalan”

(((Tanuwidjaja, 2008)))***)

*) Tanuwidjaja, W. (2008). *Kata-kata Motivasi Dosis Tinggi*. Yogyakarta: Media Pressindo.

***) Tanuwidjaja, W. (2008). *Kata-kata Motivasi Dosis Tinggi*. Yogyakarta: Media Pressindo.

****) Tanuwidjaja, W. (2008). *Kata-kata Motivasi Dosis Tinggi*. Yogyakarta: Media Pressindo.

PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama Mahasiswa : Indra Harianzah Putra

NIM : 152303101029

Menyatakan bahwa laporan kasus saya yang berjudul:

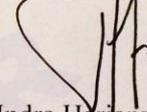
“Asuhan Keperawatan Klien Stroke Iskemik Pada Tn. M dan Ny. R Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2017”

1. Disusun oleh saya sendiri
2. Tidak menggunakan karya tulis orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali yang secara tertulis diakui dalam Laporan Tugas Akhir ini dan disebutkan dalam daftar referensi.

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

Lumajang, 08 April 2018

Yang menyatakan,



Indra Harianzah Putra
NIM 152303101029

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN STROKE ISKEMIK PADA
Tn. M DAN Ny. R DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
HAMBATAN MOBILITAS FISIK DI RUANG MELATI
RSUD dr. HARYOTO LUMAJANG
TAHUN 2017

Oleh

Indra Harianzah Putra
NIM 152303101029

Pembimbing:

Achlish Abdillah, S.ST, M.Kes

PENGESAHAN

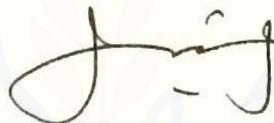
Laporan Tugas Akhir yang berjudul "Asuhan Keperawatan Klien Stroke Iskemik Pada Tn. M dan Ny. R Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2017" ini telah diuji dan disahkan oleh Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember pada:

Hari : Selasa

Tanggal : 17 April 2018

Tempat : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Ketua Penguji,



Indriana Noor Istiqomah S.Kep., Ners, M.Kep
NIP. 19720519 199703 2 003

Anggota I,



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

Anggota II,



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

Mengesahkan,

Koordinator Program Studi

D3 Keperawatan Universitas Jember



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

PRAKATA

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

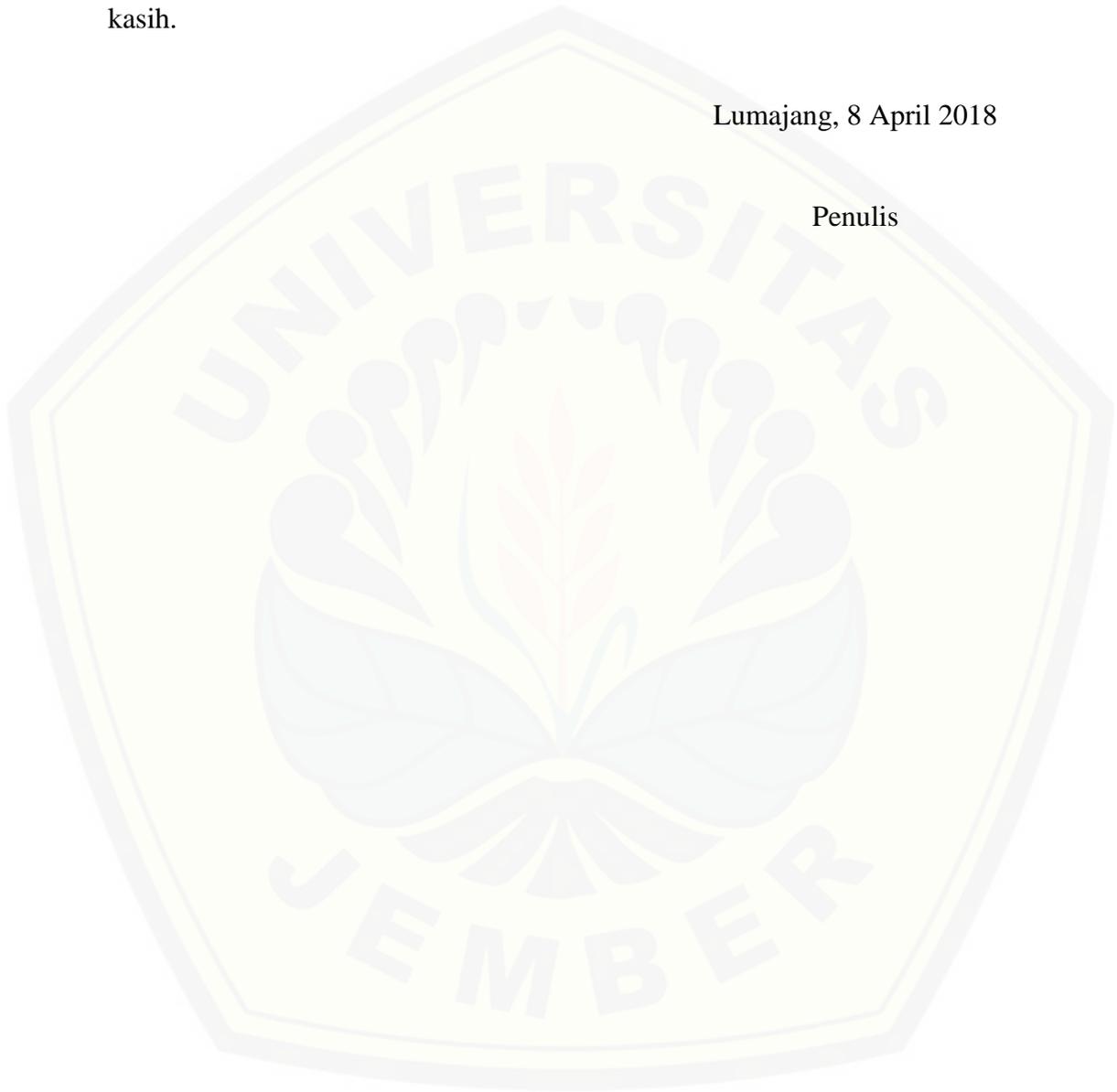
Menyadari bahwa tanpa bantuan dari berbagai pihak secara langsung maupun tidak langsung maka Laporan Tugas Akhir ini tidak akan dapat selesai tepat pada waktunya, untuk itu pada kesempatan ini, penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Drs. Moh. Hasan, M.Sc., Ph.D., selaku rektor Universitas Jember
2. Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes., selaku dekan fakultas keperawatan Universitas Jember
3. Ibu Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM. selaku Koordinator Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember yang telah memberikan izin sehingga dapat melakukan penelitian dan dukungan dalam terselesaikannya Laporan Tugas Akhir ini.
4. Bapak Achlish Abdillah, S.ST, M.Kes., selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan arahan kepada penulis.
5. Ibu Indriana Noor Istiqomah S.Kep., Ners, M.Kep dan Ibu Rizeki Dwi F. S.Kep., Ners, M. Kep selaku penguji yang telah memberikan masukan bagi penulis.
6. Ayah dan ibu tercinta serta seluruh keluarga yang telah memberikan motivasi dan doa untuk terselesainya Laporan Tugas Akhir ini.
7. Staf perpustakaan Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember yang telah membantu dan menyediakan referensi buku yang dibutuhkan.
8. Teman-teman dan pihak lain yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang turut membantu terselesainya Laporan Tugas Akhir ini.

Dengan terselesaikannya Laporan Tugas Akhir ini, diharapkan dapat memberi manfaat. Menyadari bahwa Laporan Tugas Akhir ini masih memiliki banyak kekurangan. Untuk itu, dibutuhkan kritik dan saran yang membangun demi penyempurnaan Laporan Tugas Akhir ini dan penulis mengucapkan terima kasih.

Lumajang, 8 April 2018

Penulis



RINGKASAN

Asuhan Keperawatan Klien Stroke Iskemik Pada Tn. M dan Ny. R Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2017; Indra Harianzah Putra; 152303101029; 2017; 151 halaman; Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Stroke iskemik (non hemoragic) yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Stroke iskemik terjadi bila jaringan dan sel-sel otak mengalami kekurangan oksigen dan nutrisi yang disebabkan adanya penyempitan atau penyumbatan pada pembuluh darah otak. Dampak yang dapat ditimbulkan pada aspek fisik adalah adanya kelemahan atau kekakuan dan kelumpuhan pada kaki dan tangan klien sehingga dapat memunculkan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik.

Tujuan dari penulisan ini adalah untuk mengetahui efektivitas penerapan *Range of Motion* (ROM) pasif untuk mengatasi masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik yang dialami oleh klien stroke iskemik. Metode yang digunakan pada penyusunan laporan tugas akhir ini adalah laporan kasus. Metode pengumpulan data meliputi wawancara, observasi, dan studi dokumentasi terhadap 2 klien yang menderita stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik. Intervensi yang dilakukan adalah dengan penerapan terapi latihan ROM pasif yang dilakukan sebanyak 8 kali untuk setiap gerakan dan diberikan/dikerjakan selama 15-30 menit untuk setiap siklus latihan serta diberikan sebanyak 2 kali dalam sehari.

Hasil yang didapat pada klien setelah dilakukan implementasi keperawatan selama 3 hari didapatkan tujuan tercapai sebagian dengan 2 dari 3 kriteria hasil yang berhasil dicapai antara lain toleransi terhadap aktivitas (tidak terdapat tanda/gangguan perubahan warna kulit klien), dan konsekuensi imobilitas: fisiologis (tidak terjadi kontraktur sendi, dan tidak terdapat gangguan pergerakan sendi).

Dari hasil tersebut, bagi penulis selanjutnya diharapkan dapat mengulang pemberian terapi latihan ROM pasif sebanyak 8 kali pada setiap gerakan dan dikerjakan selama 15-30 menit untuk setiap siklus latihan serta diberikan sebanyak 2 kali dalam sehari. Bagi perawat disarankan untuk dapat menerapkan terapi latihan ROM pasif ini sedini mungkin pada klien stroke iskemik yang mengalami hambatan mobilitas fisik agar perkembangan perbaikan kondisi klien dapat tercapai secara maksimal. Sedangkan bagi keluarga klien, diharapkan dapat menerapkan latihan ROM pasif sesuai dengan yang telah diajarkan semaksimal mungkin baik dengan ataupun tanpa pendampingan dari perawat/petugas kesehatan selama di rumah sakit maupun setelah klien pulang agar perbaikan kondisi klien dapat tercapai semaksimal mungkin.

SUMMARY

Nursing Care for Ischemic Stroke towards Mr. M and Mrs. R with Nursing Issues of Physical Mobility Barriers in Melati's Room of RSUD dr. Haryoto Lumajang 2017; Indra Harianzah Putra; 152303101029; 2017; 151 pages; Faculty of Nursing University of Jember.

Ischemic stroke (non-hemorrhagic) is an obstruction within blood vessels that cause blood supplied to the brain is partly or completely blocked. Ischemic stroke occurs when the tissues and brain cells are deprived of oxygen and nutrients caused by the narrowing or blockage of blood vessels of the brain. Impacts that can be generated on the physical aspect are the weakness or stiffness and paralysis of the patient's legs and hands so that it can raise nursing issues of physical mobility barriers.

The purpose of this study is to determine the effectiveness of the Range of Motion (ROM) passive to overcome the nursing issues of physical mobility barriers experienced by patients with ischemic stroke. The method used in this study is a case report. Data collection technique includes interviews, observations, and documentary studies on 2 patients suffering from ischemic stroke with nursing problems of physical mobility barriers. Interventions done by the application of passive ROM therapy performed as 8 times for each movement and treated/done for 15-30 minutes for each cycle of therapy and given 2 times a day.

The results obtained after the implementation of nursing care for 3 days, the result which is successfully achieved within 2 of 3 criteria including tolerance of activity (no signs/disorders of skin discoloration on the patient), and the consequences of immobility: physiological (no occurrence of joint contractures, and no joint movement disorders).

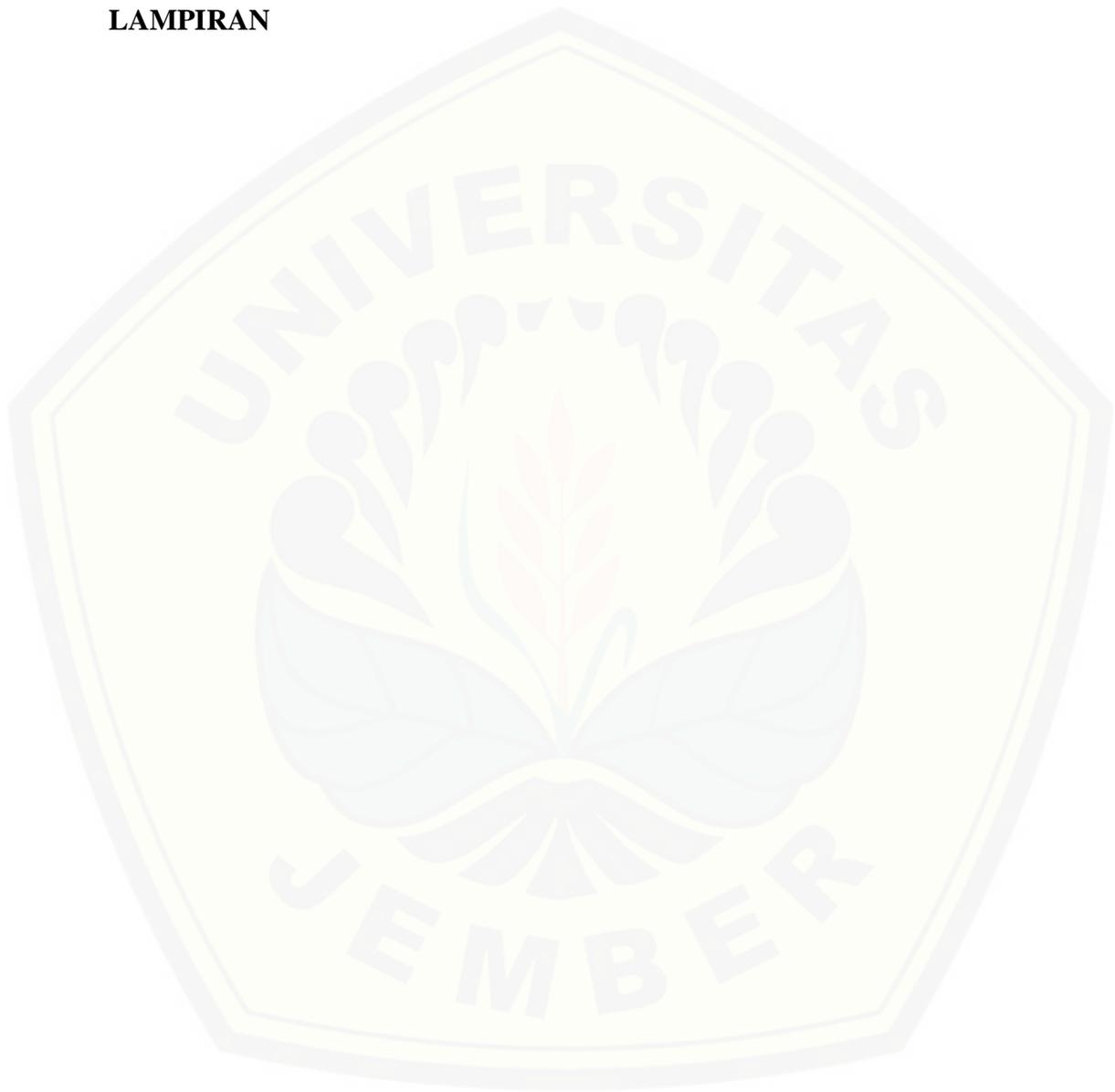
Based on these results, as fellow researchers are expected to apply the passive ROM therapy performed as 8 times in each movement and treated for 15-30 minutes for each cycle of therapy and given 2 times a day. As nurses are expected apply this passive ROM therapy as early as possible on patients suffering from ischemic stroke clients who have physical mobility barriers that the improvement of patient's condition can be achieved optimally. As patient's family is expected to apply maximally passive ROM therapy that has been taught either with or without assistance from nurses/health workers in the hospital and after the patients leave the hospital, it is expected that the patients' condition can get much better.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
HALAMAN PRAKATA	iix
RINGKASAN	x
SUMMARY	xi
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penulisan	4
1.4 Manfaat Penulisan	4
1.4.1 Manfaat Teoritis	4
1.4.2 Manfaat Praktis	5
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Konsep Penyakit	6
2.1.1 Pengertian	6
2.1.2 Klasifikasi	6
2.1.3 Etiologi	7
2.1.4 Faktor Risiko	8
2.1.5 Patofisiologi	10
2.1.6 Gambaran Klinis	12
2.1.7 Penatalaksanaan	12
2.1.8 Komplikasi	14
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	14
2.2.1 Pengkajian	14
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	25
2.2.3 Intervensi Keperawatan	28
2.2.4 Implementasi Keperawatan	29
2.2.5 Evaluasi Keperawatan	30
BAB 3. METODE PENELITIAN	32
3.1 Desain Penulisan	32

3.2 Batasan Istilah	32
3.2.1 Definisi Asuhan Keperawatan	32
3.2.2 Definisi Stroke iskemik	33
3.2.3 Definisi Hambatan Mobilitas Fisik	33
3.3 Partisipan	33
3.4 Lokasi dan Waktu	33
3.4.1 Lokasi	33
3.4.2 Waktu	34
3.5 Pengumpulan Data	34
3.5.1 Wawancara	34
3.5.2 Observasi	34
3.5.3 Studi Dokumentasi	34
3.6 Uji Keabsahan Data	34
3.6.1 Kredibilitas Data	35
3.6.2 Transferabilitas atau Keteralihan data	35
3.6.3 Dependabilitas	36
3.6.4 Konfirmabilitas	36
3.7 Analisa Data	36
3.7.1 Pengumpulan data	37
3.7.2 Mereduksi data	37
3.7.3 Penyajian data	37
3.7.4 Kerahasiaan pasien	37
3.7.5 Kesimpulan	37
3.8 Etika Penulisan	37
3.8.1 Surat persetujuan	37
3.8.2 Tanpa nama	38
3.8.3 Kerahasiaan	38
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN	39
4.1 Gambaran Lokasi Penulisan	39
4.2 Hasil dan Pembahasan Asuhan Keperawatan	39
4.2.1 Pengkajian	39
4.2.2 Diagnosa Keperawatan	76
4.2.3 Intervensi Keperawatan	77
4.2.4 Implementasi Keperawatan	80
4.2.5 Evaluasi Keperawatan	90
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN	93
5.1 Kesimpulan	93
5.1.1 Pengkajian Keperawatan	93
5.1.2 Diagnosa Keperawatan	93
5.1.3 Intervensi Keperawatan	94
5.1.4 Implementasi Keperawatan	94
5.1.5 Evaluasi Keperawatan	94
5.2 Saran	95
5.2.1 Bagi Penulis	95

5.2.2 Bagi Perawat	95
5.2.3 Bagi Keluarga	95
5.2.4 Bagi Rumah Sakit	96
5.2.5 Bagi Penulis Selanjutnya	96
DAFTAR PUSTAKA	97
LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan	28
Tabel 4.1 Identitas Partisipan Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Nopember 2017 dan Januari 2018	39
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit Partisipan Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Nopember 2017 dan Januari 2018	40
Tabel 4.3 Pola Kesehatan Partisipan Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Nopember 2017 dan Januari 2018	44
Tabel 4.4 Pola Nutrisi dan Metabolik Partisipan Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Nopember 2017 dan Januari 2018	46
Tabel 4.5 Pola Eliminasi Partisipan Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Nopember 2017 dan Januari 2018	47
Tabel 4.6 Pola Istirahat Tidur Partisipan Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Nopember 2017 dan Januari 2018	49
Tabel 4.7 Pola Aktivitas Partisipan Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Nopember 2017 dan Januari 2018	50
Tabel 4.8 Pola Persepsi Sensori Partisipan Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Nopember 2017 dan Januari 2018	51
Tabel 4.9 Pola Hubungan Interpersonal dan Peran Partisipan Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Nopember 2017 dan Januari 2018	53
Tabel 4.10 Pola Konsep Diri Partisipan Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Nopember 2017 dan Januari 2018	54
Tabel 4.11 Pola Reproduksi dan Seksual Partisipan Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Nopember 2017 dan Januari 2018	56

Tabel 4.12 Pola Penanggulangan Stress Partisipan Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Nopember 2017 dan Januari 2018	56
Tabel 4.13 Pola Tata Nilai dan Kepercayaan Partisipan Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Nopember 2017 dan Januari 2018	57
Tabel 4.14 Pemeriksaan Fisik Partisipan Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Nopember 2017 dan Januari 2018	58
Tabel 4.15 Pemeriksaan Fisik Kepala Sampai Leher Partisipan Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Nopember 2017 dan Januari 2018	60
Tabel 4.16 Pemeriksaan Fisik Sistem Pencernaan Partisipan Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Nopember 2017 dan Januari 2018	61
Tabel 4.17 Pemeriksaan Fisik Sistem Pernafasan Partisipan Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Nopember 2017 dan Januari 2018	63
Tabel 4.18 Pemeriksaan Fisik Sistem Kardiovaskuler Partisipan Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Nopember 2017 dan Januari 2018	63
Tabel 4.19 Pemeriksaan Fisik Sistem Persarafan Partisipan Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Nopember 2017 dan Januari 2018	64
Tabel 4.20 Pemeriksaan Fisik Sistem Endokrin dan Genitourinari Partisipan Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Nopember 2017 dan Januari 2018	69
Tabel 4.21 Pemeriksaan Fisik Sistem Muskuloskeletal dan Integumen Partisipan Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Nopember 2017 dan Januari 2018	70
Tabel 4.22 Pemeriksaan Diagnostik Partisipan Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Nopember 2017 dan Januari 2018	71

Tabel 4.23 Terapi Partisipan Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Nopember 2017 dan Januari 2018	73
Tabel 4.24 Analisa Data Partisipan Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Nopember 2017 dan Januari 2018	74
Tabel 4.25 Batasan Karakteristik Partisipan Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Nopember 2017 dan Januari 2018	75
Tabel 4.26 Diagnosa Keperawatan Partisipan Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Nopember 2017 dan Januari 2018	76
Tabel 4.27 Intervensi Keperawatan Masalah Hambatan Mobilitas Fisik Partisipan Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Nopember 2017 dan Januari 2018	77
Tabel 4.28 Implementasi Keperawatan Pada Klien 1 dan 2 Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Nopember 2017 dan Januari 2018	80
Tabel 4.29 Evaluasi Keperawatan Partisipan Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Nopember 2017 dan Januari 2018	90

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Patofisiologi dan Masalah Keperawatan Stroke	Halaman 11
---	---------------



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 3.1 Jadwal Penelitian	103
Lampiran 3.2 Prosedur Pengumpulan Data	104
Lampiran 3.3 Lembar <i>Informed Consent</i>	107
Lampiran 4.1 Analisa Data Lain	109
Lampiran 4.2 Diagnosa Keperawatan Lain	112
Lampiran 4.3 SOP <i>Range of Motion</i>	115
Lampiran 4.4 SAP Stroke Iskemik	121
Lampiran 4.5 Leaflet Stroke Iskemik	129
Lampiran 4.6 SAP Latihan ROM	131
Lampiran 4.7 Leaflet Latihan ROM	143
Lampiran 4.8 Lembar <i>Check List</i>	145
Lampiran 4.9 Lembar Konsultasi	147

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke merupakan suatu penyakit kegawatdaruratan neurologis yang terjadi akibat terganggunya aliran darah otak secara tiba-tiba yang mengakibatkan kematian sel saraf otak sehingga terjadi disfungsi motorik dan sensorik yang berdampak pada timbulnya kecacatan ataupun kematian (Claudia Agustina, 2013). Terdapat 2 macam jenis stroke berdasarkan etiologinya yaitu stroke iskemik dan stroke perdarahan (hemoragik). Stroke perdarahan terjadi karena pecahnya maupun bocornya pembuluh darah otak sehingga otak mengalami kekurangan suplai darah. Pada stroke iskemik, terjadi karena penyumbatan pembuluh darah sehingga terjadi gangguan aliran darah ke otak yang berakibat pada penurunan suplai darah ke otak secara signifikan (Rahayu, 2016).

Dampak yang dapat ditimbulkan pada aspek fisik adalah adanya kelemahan atau kekakuan dan kelumpuhan pada kaki dan tangan. Kekuatan otot menjadi berkurang dan ekstremitas cenderung jatuh ke satu sisi (hemiparesis), tangan dan kaki terasa berat sehingga pasien tidak mampu untuk menjaga keseimbangan atau mekanisme perlindungan diri (Gusty, 2012). Jika tidak ditangani dengan serius dapat memunculkan komplikasi yang salah satunya adalah ketidakmampuan klien untuk melakukan mobilisasi dengan bebas, bahkan menyebabkan kecacatan (Putri, 2013 dalam Murti, 2014). Disfungsi motorik yang terjadi mengakibatkan pasien mengalami keterbatasan dalam menggerakkan bagian tubuhnya sehingga meningkatkan risiko terjadinya komplikasi. Komplikasi akibat imobilisasi menyebabkan 51% kematian pada 30 hari pertama setelah terjadinya serangan stroke iskemik (Sari, Agianto, & Wahid, 2015). Berdasarkan diagnosis NANDA tahun 2015, penurunan kekuatan otot termasuk dalam salah satu faktor yang berhubungan dari masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik yang dijumpai pada penderita stroke iskemik.

Hambatan mobilitas fisik merupakan masalah yang sering muncul pada pasien stroke iskemik. Hal ini dikarenakan ada beberapa tanda dan gejala yang

sering muncul pada penderita stroke iskemik yang termasuk dalam karakteristik masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik. Menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh Selvia Harum Sari, dkk. (2015), terdapat 5 batasan karakteristik dari diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik yang muncul pada pasien stroke, antara lain; kesulitan dalam membolak-balikkan posisi (100%). Keterbatasan kemampuan melakukan keterampilan motorik halus (100%), Keterbatasan kemampuan melakukan keterampilan motorik kasar (100%), keterbatasan rentang pergerakan sendi (26,9%), serta pergerakan yang lambat (3,8%) (Sari, Agianto, & Wahid, 2015).

Di Indonesia, secara umum dapat dikatakan angka kejadian stroke adalah 200 per 100.000 penduduk. Kejadian stroke iskemik sekitar 80% dari seluruh total kasus stroke (Laporan Yastroki, 2012 dalam Alchuriyah & Wahjuni, 2016). Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2007 di Indonesia didapatkan penderita stroke sebesar 8,3 per 1000 penduduk, angka ini meningkat menjadi 12,1 per 1000 penduduk pada tahun 2013, di Jawa Timur sendiri pada tahun 2013 terdapat penderita stroke sebesar 16,0 per 1000 penduduk (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, 2013). Sedangkan di Kabupaten Lumajang, prevalensi penderita penyakit stroke tahun 2013 adalah 7,4 per 1000 penduduk (Turniani L, dkk, 2013).

Jumlah penderita stroke pada bulan Januari sampai Maret 2015 di RSUD dr. Haryoto Lumajang sejumlah 143 orang dan yang menderita stroke iskemik sebanyak 90 orang (Hanik, 2015 dalam Erfida, 2016). Sedangkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh penulis didapatkan data jumlah penderita stroke di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang pada bulan Januari sampai Oktober 2017 sebanyak 79 pasien dengan klasifikasi penderita stroke iskemik sebanyak 9 pasien, stroke hemoragik 5 pasien, dan sisanya stroke secara umum tanpa klasifikasi jenis stroke.

Stroke iskemik terjadi akibat adanya sumbatan pada lumen pembuluh darah otak (Sari, Agianto, & Wahid, 2015). Salah satu pemicu terjadinya stroke ini adalah aterosklerosis. Aterosklerosis merupakan keadaan yang menunjukkan pengerasan pada dinding pembuluh arteri akibat penimbunan lemak, sehingga

dapat menghambat aliran darah ke otak dan mengakibatkan berkurangnya elastisitas pembuluh arteri. Mekanisme aterosklerosis juga dapat menimbulkan trombus yang melekat pada dinding pembuluh arteri, kemudian berkembang menjadi emboli dan terlepas dari pembuluh arteri untuk ikut terbawa aliran darah menuju sistem serebrovaskuler. Kondisi ini dapat menimbulkan penyumbatan pada pembuluh darah otak (Nastiti, 2012), sebagian neuron yang diperdarahi oleh pembuluh darah yang tersumbat akan mati karena kekurangan oksigen dan nutrisi (Hartono, 2011) dan berakhir dengan stroke (Nastiti, 2012). Secara klinis gejala yang sering muncul adalah adanya serangan defisit neurologis seperti: hemiparesis, yaitu lumpuh sebelah badan yang kanan atau yang kiri saja, kemudian bicara menjadi pelo atau bicaranya tidak begitu jelas, kesulitan berjalan dan kehilangan keseimbangan (Junaidi Tahun 2006 dalam Pradana, 2016), sehingga pada pasien stroke yang mengalami hemiparesis atau imobilisasi akan muncul diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik (Sari, Agianto, & Wahid, 2015).

Penderita stroke iskemik harus diberikan penatalaksanaan/terapi yang sesuai dengan kondisi/masalah yang sedang diderita baik secara farmakologis maupun non farmakologis dalam bentuk asuhan keperawatan. Secara farmakologis terapi yang biasa diberikan antara lain terapi trombolitik menggunakan *recombinant tissue plasminogen activator* (rtPA), antiplatelet, antikoagulan, dan vitamin otak (Anurogo & Usman, 2014). Sedangkan intervensi keperawatan yang dapat diberikan pada masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik menurut *Nursing Interventions Classification* (2013) berupa pengaturan posisi, pengecekan kulit, terapi latihan: mobilitas (pergerakan) sendi, Terapi Latihan: Kontrol Otot.

Tindakan yang dapat diberikan terkait intervensi tersebut antara lain; dorong pasien untuk terlibat dalam perubahan posisi, monitor kulit untuk adanya ruam dan lecet, dukung latihan *Range of Motion* (ROM) aktif dan lakukan latihan *Range of Motion* (ROM) pasif sesuai indikasi, dorong pasien untuk mempraktikkan latihan secara mandiri sesuai indikasi, monitor emosi pasien, kardiovaskuler, dan respon fungsional terhadap protokol latihan, evaluasi

perkembangan pasien terhadap peningkatan atau restorasi fungsi dan pergerakan tubuh. Pemberian latihan ROM ini dikuatkan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Gusty (2012) tentang efektivitas pemberian mobilisasi dini menggunakan teknik ROM didapatkan hasil adanya peningkatan kekuatan otot, tonus otot, dan kemampuan motorik fungsional yang signifikan pada klien stroke iskemik yang mengalami penurunan tingkat kekuatan otot.

Berdasarkan latar belakang di atas, didapatkan bahwa masalah hambatan mobilitas fisik memberikan pengaruh yang cukup besar pada pasien stroke iskemik dalam peningkatan kualitas hidup pasien. Hal ini menimbulkan ketertarikan penulis untuk mengeksplorasi lebih dalam tentang pemberian asuhan keperawatan pada pasien stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik.

1.2 Rumusan Masalah

“Bagaimana Asuhan Keperawatan Klien Stroke Iskemik Pada Tn. M dan Ny. R Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang tahun 2017”?

1.3 Tujuan Penulisan

Adapun tujuan dari penulisan ini adalah untuk melakukan eksplorasi Asuhan Keperawatan Klien Stroke Iskemik Pada Tn. M dan Ny. R Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang tahun 2017.

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi guna menambah dan mengembangkan ilmu keperawatan terkait dengan konsep asuhan keperawatan pada pasien Stroke Iskemik Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Penulis

Hasil penelitian ini sebagai pengalaman yang nyata dan memperdalam keterampilan asuhan keperawatan pada pasien stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik.

b. Bagi Perawat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan serta masukan dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik sehingga asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien sesuai dengan konsep yang ada.

c. Bagi Rumah Sakit

Memberikan data evaluasi terkait dengan pemberian asuhan keperawatan pada pasien stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik sehingga kualitas pelayanan dan penanganan yang diberikan semakin meningkat.

d. Bagi Pasien dan Keluarga

Dapat memperbaiki dan meningkatkan derajat kesembuhan pada pasien stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik sehingga dapat dijadikan tindakan mandiri pasien ataupun keluarga baik di rumah sakit ataupun ketika pulang ke rumah.

e. Bagi Peneliti Selanjutnya

Sebagai data dasar untuk penelitian lebih lanjut tentang asuhan keperawatan pada pasien stroke iskemik khususnya dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

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

2.1 Konsep Stroke Iskemik

2.1.1 Pengertian

Stroke adalah penyakit serebrovaskular (pembuluh darah otak) yang ditandai dengan gangguan fungsi otak karena adanya kerusakan atau kematian jaringan otak akibat berkurangnya atau tersumbatnya aliran darah dan oksigen ke otak. Stroke iskemik terjadi bila jaringan dan sel-sel otak mengalami kekurangan oksigen dan nutrisi yang disebabkan adanya penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah (Lili Indrawati, 2016).

Stroke iskemik (non hemoragic) yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti (Nurarif & Kusuma, 2016).

2.1.2 Klasifikasi

Menurut Satyanegara (1998) dalam Ariani (2013) stroke iskemik menurut tingkatannya dibagi menjadi empat, antara lain:

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

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

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

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

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

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

d. Stroke komplet (*completed Stroke/Permanent Stroke*).

Gejala gangguan neurologis dengan lesi-lesi yang stabil selama periode waktu 18-24 jam, tanpa adanya progresivitas lanjut (Ariani, 2013).

2.1.3 Etiologi

Terdapat beberapa masalah yang dapat memungkinkan terjadinya stroke iskemik, antara lain:

a. Trombosis serebri

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemia jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesti di sekitarnya. Trombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemia serebri. Tanda dan gejala neurologis sering kali memburuk dalam 48 jam setelah terjadinya trombosis otak:

1) Aterosklerosis

Aterosklerosis adalah mengerasnya pembuluh darah serta berkurangnya kelenturan atau elastisitas dinding pembuluh darah. Manifestasi klinis aterosklerosis bermacam-macam. Kerusakan dapat terjadi melalui mekanisme berikut: lumen arteri menyempit dan mengakibatkan berkurangnya aliran darah, oklusi mendadak pembuluh darah karena terjadi trombosis, merupakan tempat pembentukan trombus, kemudian melepaskan kepingan trombus (embolus) dan dinding arteri menjadi lemah dan terjadi aneurisma (Muttaqin, 2011).

2) Hiperkoagulasi pada polisitemia

Darah bertambah kental, peningkatan viskositas/hematokrit meningkat dapat memperlambat aliran darah serebri (Muttaqin, 2011).

3) Arteritis (radang pada arteri)

b. Emboli

Emboli serebri merupakan penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak, dan udara. Pada umumnya emboli berasal dari trombus di jantung yang terlepas dan menyumbat sistem arteri serebri. Emboli tersebut berlangsung cepat dan gejala yang timbul kurang dari 10-30 detik. Beberapa keadaan yang dapat menimbulkan emboli: katup-katup jantung yang rusak akibat penyakit jantung reumatik, infark miokardium, fibrilasi, dan keadaan aritmia menyebabkan berbagai bentuk pengosongan ventrikel sehingga darah membentuk gumpalan kecil dan sewaktu-waktu kosong sama sekali mengeluarkan embolus-embolus kecil. Endokarditis oleh bakteri dan nonbakteri, menyebabkan terbentuknya gumpalan-gumpalan pada endokardium (Muttaqin, 2011).

2.1.4 Faktor Risiko

Menurut Smeltzer (2013) faktor risiko terjadinya stroke iskemik meliputi:

a. Tidak dapat dimodifikasi

- 1) Usia lanjut (lebih dari 55 tahun)
- 2) Jenis kelamin (Pria)
- 3) Ras (Afro-Amerika)

b. Dapat dimodifikasi

- 1) Hipertensi
- 2) Fibrilasi Atrial
- 3) Hiperlipidemia
- 4) Obesitas
- 5) Merokok
- 6) Diabetes
- 7) Stenosis karotid asimtomatik dan penyakit katup jantung (mis., endokarditis, katup jantung prostesis)
- 8) Penyakit periodontal.

Adapun faktor risiko terjadinya stroke menurut Ariani (2013) adalah:

a. Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor risiko stroke yang potensial. Hipertensi dapat mengakibatkan pecahnya maupun menyempitnya pembuluh darah otak. Apabila pembuluh darah otak pecah, maka timbulah perdarahan otak dan apabila pembuluh darah otak menyempit, maka aliran darah ke otak akan terganggu dan sel-sel otak akan mengalami kematian.

b. Diabetes melitus (DM)

DM mampu menebalkan dinding pembuluh darah otak yang berukuran besar. Menebalnya dinding pembuluh darah otak akan menyempitkan diameter pembuluh darah tadi dan penyempitan tersebut kemudian akan mengganggu kelancaran aliran ke otak, yang pada akhirnya akan menyebabkan infark sel otak.

c. Penyakit jantung

Berbagai penyakit jantung berpotensi untuk menimbulkan stroke. Faktor risiko ini akan menimbulkan hambatan/sumbatan aliran darah ke otak karena jantung melepas gumpalan darah atau sel-sel/jaringan yang telah mati ke dalam aliran darah.

d. Gangguan aliran darah otak sepiintas

Pada umumnya bentuk-bentuk gejalanya adalah hemiparesis, disartria, kelumpuhan otot mulut atau pipi, kebutaan mendadak, hemiparestesi, dan afasia.

e. Hiperkolestrolemi

Meningginya kolesterol dalam darah, terutama LDL merupakan faktor risiko penting untuk terjadinya arteriosklerosis (menebalnya dinding pembuluh darah yang kemudian diikuti penurunan elastisitas pembuluh darah). Peningkatan kadar LDL dan penurunan HDL merupakan faktor risiko untuk terjadinya penyakit jantung koroner.

f. Infeksi

Penyakit infeksi yang mampu berperan sebagai faktor risiko stroke adalah tuberculosis, malaria, lues (sifilis), leptospirosis, dan infeksi cacing.

g. Obesitas. Merupakan faktor risiko terjadinya penyakit jantung.

h. Merokok. Merupakan faktor risiko utama untuk terjadinya infark jantung.

i. Kelainan pembuluh darah otak

Pembuluh darah otak yang tidak normal dimana suatu saat akan pecah dan menimbulkan perdarahan.

j. Lain-lain

Lanjut usia, penyakit paru menahun, penyakit darah, asam urat yang berlebihan, kombinasi berbagai faktor risiko secara teori.

2.1.5 Patofisiologi

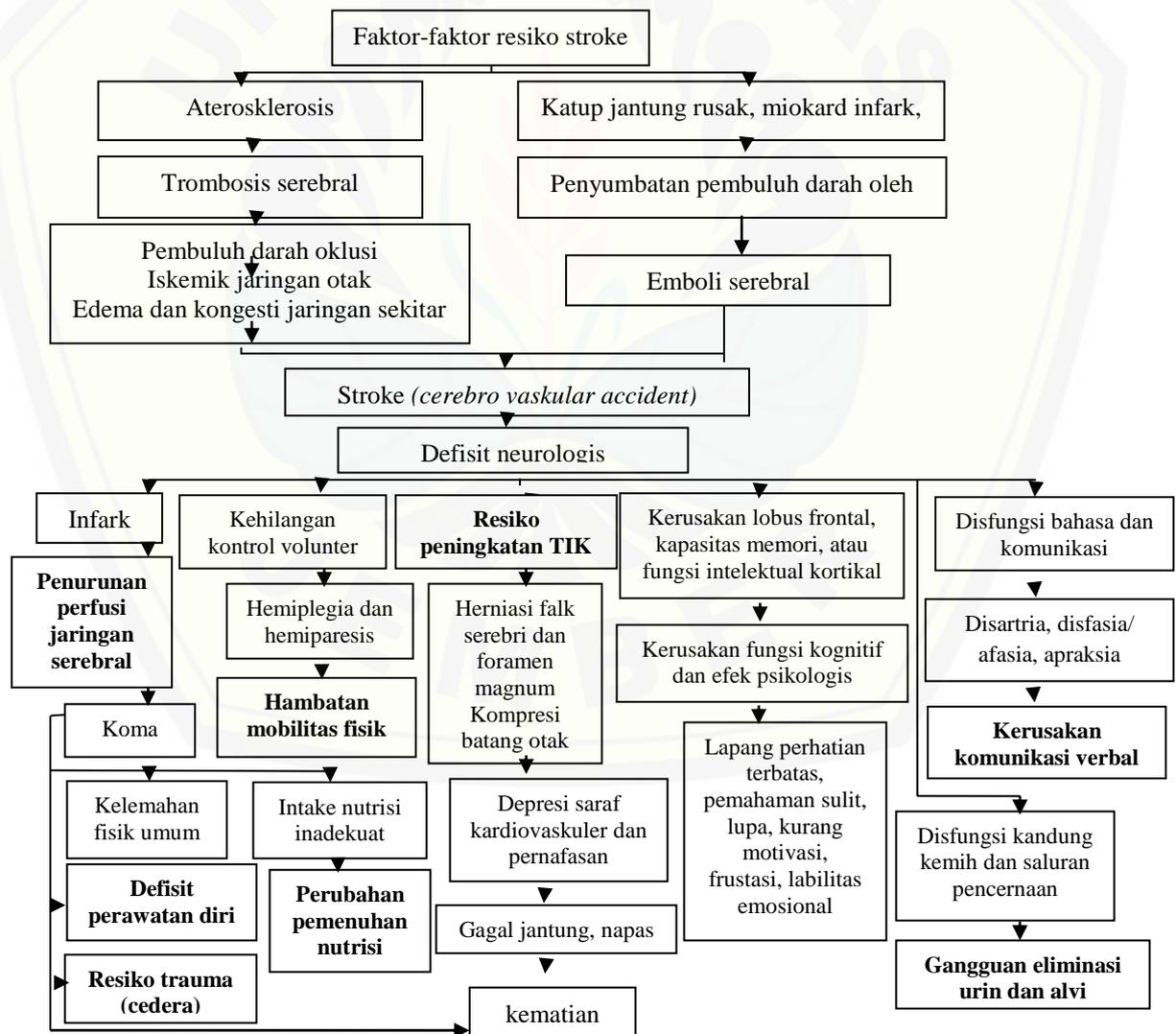
Setiap kondisi yang menyebabkan perubahan perfusi darah pada otak akan menyebabkan keadaan hipoksia. Hipoksia yang berlangsung lama dapat menyebabkan iskemik otak. Iskemik yang terjadi dalam waktu yang singkat kurang dari 10-15 menit dapat menyebabkan defisit sementara dan bukan defisit permanen. Sedangkan iskemik yang terjadi dalam waktu lama dapat menyebabkan sel mati permanen dan mengakibatkan infark pada otak (Batticaca, 2008). Infark serebri adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya Infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat (Muttaqin, 2011).

Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (Trombus, Emboli, dan spasme vaskular) atau karena gangguan umum (Hipoksia karena gangguan paru dan jantung). Aterosklerosis seringkali merupakan faktor penting untuk otak, trombus dapat berasal dari plak aterosklerosis, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, tempat aliran darah akan lambat atau terjadi turbulensi. Trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah dan terbawa sebagai emboli dalam aliran darah (Muttaqin, 2011).

Jika aliran darah ke tiap bagian otak terhambat karena trombus atau emboli, maka mulai terjadi kekurangan suplai oksigen ke jaringan otak. Kekurangan oksigen dalam satu menit dapat menunjukkan gejala yang dapat pulih seperti kehilangan kesadaran. Sedangkan kekurangan oksigen dalam waktu yang lebih lama menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron. Area yang mengalami nekrosis disebut infark, yang akan menimbulkan gangguan pada metabolisme sel-sel

neuron, di mana sel-sel neuron tidak mampu menyimpan glikogen sehingga kebutuhan metabolisme tergantung dari glukosa dan oksigen yang terdapat pada arteri-arteri yang menuju otak (Batticaca, 2008).

Apabila terjadi penurunan suplai darah dan oksigen pada area cortex cerebri (gyrus precentralis) yang merupakan motor area utama yang berfungsi mengontrol gerakan otot skeletal secara sadar (Tim Anatomi Fisiologi Akper Lumajang, 2012), maka akan terjadi gangguan. Kerusakan pada bagian ini akan mempengaruhi fungsi motorik dan muskuloskeletal yang berakibat terjadinya kelemahan anggota gerak dan berakhir dengan hemiparase/hemiparesis, inilah yang menyebabkan munculnya diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik pada penderita stroke iskemik (Nurarif & Kusuma, 2016).



Gambar 2.1 Patofisiologi dan masalah keperawatan stroke (Muttaqin, 2011)

2.1.6 Gambaran Klinis

Menurut (Smeltzer, 2013) manifestasi klinis pada stroke iskemik adalah sebagai berikut:

a. Kehilangan Motorik

Hemiplegia, hemiparesis, paralisis kulai (lemah) dan kehilangan atau penurunan refleks tendon dalam (manifestasi klinis awal) dilanjutkan dengan (setelah 48 jam) kemunculan kembali refleks tendon dalam dan secara abnormal meningkatnya tonus otot (spastisitas).

b. Kehilangan Komunikasi

Disartria (sulit berbicara), disfasia (gangguan bicara) atau afasia (kehilangan kemampuan berbicara), apraksia (ketidakmampuan untuk melaksanakan tindakan yang telah dipelajari sebelumnya).

c. Gangguan Persepsi dan Kehilangan Sensori

Disfungsi persepsi-visual (hemianopia homonimus [kehilangan setengah bagian lapang pandang]), gangguan dalam hubungan spasial-visual (mempersepsikan hubungan antara dua objek atau lebih dalam area yang renggang) sering kali terlihat pada pasien dengan kerusakan hemisfer kanan, kehilangan sensori: sedikit gangguan dalam merasakan sentuhan atau lebih berat dengan hilangnya proprioepsi; kesulitan dalam memutus stimulus visual, taktil, dan pendengaran.

d. Gangguan Efek Kognitif dan Psikologis

Kerusakan lobus frontal akan mempengaruhi kemampuan belajar, memori, atau fungsi intelektual kortikal lain yang lebih tinggi dapat terganggu. Disfungsi tersebut mungkin direfleksikan dalam terbatasnya rentang perhatian, kesulitan dalam membuat kesimpulan, pelupa, dan kekurangan motivasi. Yang kedua adalah depresi atau masalah psikologis lain seperti; labilitas emosional, permusuhan, frustasi, kemarahan, dan kehilangan kerja sama.

2.1.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada klien dengan stroke iskemik menurut (Smeltzer, 2013) meliputi :

a. Penatalaksanaan Medis

- 1) Rekombinan aktivator plasminogen jaringan (rt-PA), kecuali dikontraindikasikan.
- 2) Terapi antikoagulasi.
- 3) Penatalaksanaan peningkatan tekanan intrakranial (TIK): diuretik osmotik, pertahankan PaCO₂ pada 30 sampai 35 mmHg, posisi untuk mencegah hipoksia (tinggikan kepala tempat tidur untuk meningkatkan drainase vena dan menurunkan TIK yang meningkat).
- 4) Kemungkinan hemikraniektomi untuk mengatasi peningkatan TIK akibat edema otak pada stroke yang sangat luas.
- 5) Intubasi dengan slang endotrakeal untuk menetapkan kepatenan jalan napas, jika perlu.
- 6) Pantau hemodinamika secara kontinu (target tekanan darah tetap kontroversial bagi pasien yang tidak mendapatkan terapi trombolitik; terapi antihipertensi dapat ditunda kecuali tekanan darah sistolik melebihi 220 mmHg atau tekanan darah diastolik melebihi 120 mmHg).
- 7) Pengkajian neurologis untuk menentukan apakah stroke berkembang dan apakah terdapat komplikasi akut lain yang sedang terjadi.

b. Penatalaksanaan Komplikasi

- 1) Penurunan aliran darah serebral: Perawatan pulmonal, pemeliharaan kepatenan jalan napas, dan berikan suplemen oksigen sesuai kebutuhan.
- 2) Pantau adanya infeksi saluran kemih, disritmia jantung, dan komplikasi berupa imobilitas.

c. Pemeriksaan Diagnosis

1) Angiografi Serebri

Pada serebral angiografi membantu secara spesifik penyebab stroke seperti perdarahan atau obstruksi arteri, memperlihatkan secara tepat letak oklusi atau ruptur (Ariani, 2013).

2) CT Scan kepala

Pada stroke non-hemoragi akan terlihat adanya infark (Ariani, 2013). Ct-Scan sangat andal untuk mendeteksi perdarahan intrakranium, tetapi kurang peka

untuk mendeteksi stroke iskemik ringan, terutama pada tahap paling awal. *Cti-Scan* dapat memberi hasil negatif-semu (yaitu tidak memperlihatkan adanya kerusakan) hingga separuh dari semua kasus stroke iskemik (Feigen, 2007).

3) *USG Doppler*

Untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis) (Muttaqin, 2011).

4) *Electroencephalogram (EEG)*

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak (Muttaqin, 2011).

5) *Magnetik Resonansi Imagine (MRI)*

Menunjukkan darah yang mengalami infark, hemoragi, Malformasi Arterior Vena (MAV). Pemeriksaan ini lebih canggih dibanding *CT scan* (Ariani, 2013).

2.1.8 Komplikasi

Setelah mengalami stroke klien mungkin akan mengalami komplikasi, komplikasi ini dapat dikelompokkan berdasarkan (Muttaqin, 2011):

a. Dalam hal imobilisasi

Infeksi pernafasan, nyeri tekan, konstipasi, dan tromboflebitis.

b. Dalam hal paralisis

Nyeri pada daerah punggung, dislokasi sendi, deformitas, dan terjatuh.

c. Dalam hal kerusakan otak

Epilepsi dan sakit kepala.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

a. Anamnesis

1) Usia

Menurut Fransisca B. Batticaca (2008) stroke iskemik biasanya dialami oleh pasien yang berumur diatas 50 tahun.

2) Jenis Kelamin

Menurut Baughman (2000) dalam Ariani (2013) stroke biasanya juga dialami pada pasien wanita dengan riwayat penggunaan kontrasepsi oral dan kadar progesteron tinggi.

3) Keluhan Utama

Keluhan utama yang sering menjadi alasan klien untuk meminta bantuan kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan tingkat kesadaran (Muttaqin, 2011).

4) Riwayat Penyakit Saat Ini

Riwayat penyakit saat ini yang dapat dikaji adalah tentang kapan timbulnya, lamanya serangan, serta gejala yang timbul yang dialami pasien (Batticaca, 2008). Pada stroke yang diakibatkan oleh trombus, gejala-gejala akan muncul atau terjadi selama tidur atau segera setelah tidur. Defisit paling umum adalah kelemahan kontralateral wajah, tangan, lengan, dan tungkai, disfasia sementara dan beberapa gangguan sensorik. Serangan iskemik berlangsung beberapa menit sampai beberapa jam (Widagdo, Suharyanto, & dan Aryani, 2008). Menurut Muttaqin tahun 2011, pada riwayat penyakit saat ini yang dialami oleh penderita stroke iskemik biasanya serangan terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur, atau di pagi hari.

5) Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat antikoagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan. Pengkajian pemakaian obat-obat yang sering digunakan klien, seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta, dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih lanjut dan untuk memberikan tindakan selanjutnya (Muttaqin, 2011).

6) Riwayat Penyakit Keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, DM atau adanya

riwayat stroke dari generasi terdahulu (Muttaqin, 2011).

b. Data dasar pengkajian

1) Aktivitas/istirahat

a) Gejala :

Merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensai atau paralisis (hemiplegia).

b) Tanda :

(1) Gangguan tonus otot (flaksid, spastis); paralitik (hemiplegia), dan terjadi kelemahan umum.

(2) Gangguan penglihatan.

(3) Gangguan tingkat kesadaran (Doenges, 1999).

2) Sirkulasi

a) Gejala :

Adanya penyakit jantung (MI, reumatik/penyakit jantung vaskuler, GJK, endokarditis bakterial), polisitemia, riwayat hipotensi postural).

b) Tanda :

(1) Hipertensi arterial (dapat ditemukan/terjadi pada CSV) sehubungan dengan adanya malformasi vaskuler.

(2) Hipertensi frekuensi dapat bervariasi (karena ketidakstabilan fungsi jantung/kondisi jantung, dan obatan, efek stoke pada pusat vasomotor).

(3) Disritmia, perubahan EKG.

(4) Desiran pada karotis, femoralis, dan arteri iliaka/aorta yang abnormal (Doenges, 1999).

3) Integritas Ego

a) Gejala :

Perasaan tidak berdaya, perasaan putus asa.

b) Tanda :

(1) Emosi yang labil dan ketidaksiapan untuk marah, sedih, dan gembira.

(2) Kesulitan untuk mengekspresikan diri (Doenges, 1999).

4) Eliminasi

a) Gejala :

- (1) Perubahan pola berkemih, seperti inkontinensia urine, anuria.
 - (2) Distensi abdomen (distensi kandung kemih berlebihan), bising usus negatif (ileus paralitik) (Doenges, 1999).
- 5) Makanan/Cairan
- a) Gejala:
- (1) Nafsu makan hilang
 - (2) Mual muntah selama fase akut (peningkatan TIK)
 - (3) Kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah, pipi, dan tenggorok, disfagia.
 - (4) Adanya riwayat diabetes, peningkatan lemak dalam darah .
- b) Tanda:
- (1) Kesulitan menelan (gangguan pada refleks palatum dan faringel).
 - (2) Obesitas (faktor resiko) (Doenges, 1999).
- 6) Neurosensori
- a) Gejala:
- (1) Sinkope/pusing (sebelum serangan CVS/selama TIA)
 - (2) Klemahan/kesemutan (biasanya terjadi saat serangan TIA, yang ditemukan dalam berbagai derajat pada stroke jenis yang lain) sisi yang terkena terlihat seperti “mati/lumpuh”. Penglihatan menurun, seperti buta total, kehilangan daya lihat sebagian , penglihatan ganda, atau gangguan yang lainnya.
 - (3) Sentuhan: hilangnya rangsangan sensorik kontralateral pada ekstremitas kadang kadang pada wajah.
- b) Tanda:
- (1) Status mental/tingkat kesadaran: biasanya akan tetap sadar jika penyebabnya adalah trombosis yang bersifat alami. Gangguan tingkah laku (seperti apatis, menyerang); gangguan fungsi kognitif (seperti penurunan memori). Ekstremitas; klemahan/paralisis, gengaman tidak sama, refleks tendon melemah secara kontralateral.
 - (2) Pada wajah terjadi paralisis atau parase
 - (3) Afasia; gangguan atau kehilangan fungsi bahasa mungkin afasia motorik, reseptif, afasia global.

(4) Kehilangan kemampuan menggunakan motorik saat pasien ingin menggerakannya(apraksia)

(5) Ukuran reaksi pupil tidak sama, dilatasi atau miosis pupil ipsilateral (Doenges, 1999).

7) Nyeri/Kenyamanan

a) Gejala:

Sakit kepala dengan intensitas yang berbeda-beda (karena arteri karotis terkena).

b) Tanda:

Tingkah laku tidak stabil, gelisah, ketegangan pada otot (Doenges, 1999).

8) Pernapasan

a) Gejala:

merokok (faktor resiko)

b) Tanda:

(1) Ketidakmampuan menelan/batuk/hambatan jalan napas.

(2) Timbulnya pernapasan sulit atau tidak teratur.

(3) Suara napas terdengar ronki (aspirasi sekresi) (Doenges, 1999).

9) Keamanan

a) Tanda:

(1) Motorik sensorik: masalah dengan penglihatan

(2) Tidak mampu mengenali objek, warna, kata, dan wajah yang pernah dikenalnya dengan baik.

(3) Gangguan berespon terhadap panas dan dingin/gangguan regulasi suhu tubuh.

(4) Kesulitan dalam menelan, tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi sendiri.

(5) Gangguan dalam memutuskan, perhatian sedikit terhadap keamanan, tidak sabar/kurang kesadaran diri (Doenges, 1999).

c. Pemeriksaan Fisik

Setelah melakukan anamnesis yang mengarah pada keluhan-keluhan klien, pemeriksaan fisik sangat berguna untuk mendukung data dari pengkajian

anamnesis. Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan per sistem (B1-B6) dengan fokus pemeriksaan fisik pada pemeriksaan B3 (Brain) yang terarah dan dihubungkan dengan keluhan-keluhan dari klien (Muttaqin, 2011).

1) Keadaan Umum

Kesadaran umumnya baik, namun kadang juga ditemukan adanya sedikit penurunan kesadaran. Suara bicara kadang mengalami gangguan, yaitu sukar dimengerti, kadang tidak bisa bicara, dan tanda-tanda vital: tekanan darah meningkat, denyut nadi bervariasi (Muttaqin, 2011).

2) B1 (*Berathing*)

Pada klien dengan tingkat kesadaran *compos mentis* pada pengkajian pernapasan inspeksi pernapasan tidak ada kelainan. Palpasi thoraks didapatkan taktil premitus seimbang kanan dan kiri. Auskultasi tidak didapatkan bunyi napas tambahan (Muttaqin, 2011).

3) B2 (*Blood*)

Pengkajian pada sistem kardiovaskular didapatkan tekanan darah yang bervariasi (Batticaca, 2008). Penurunan tekanan darah dapat menjadi faktor yang menyebabkan iskemia serebri. Pada stroke iskemik akibat trombosis mungkin akan didapatkan frekuensi nadi yang cepat dan halus, sedangkan pada stroke iskemik akibat emboli frekuensi nadi bergantung pada etiologi penyakit jantung (Muttaqin, 2011).

4) B3 (*Brain*)

Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologis bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Lesi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya. Pengkajian B3 merupakan pemeriksaan terfokus dan lebih lengkap dibandingkan pengkajian pada sistem yang lainnya (Muttaqin, 2011).

a) Tingkat Kesadaran

Kualitas kesadaran klien merupakan parameter yang paling mendasar dan paling penting yang membutuhkan pengkajian. Tingkat kesadaran klien dan respons terhadap lingkungan adalah indikator paling sensitif untuk mendeteksi

disfungsi sistem persarafan. Beberapa sistem digunakan untuk membuat peringkat perubahan dalam kewaspadaan dan kesadaran (Muttaqin, 2011).

Pada stroke nonhemoragik didapatkan kesadaran umumnya baik (Muttaqin, 2011). Pada stroke iskemik akibat emboli didapatkan gangguan kesadaran sering pada awal kejadian atau perubahan yang terjadi sesuai dengan beratnya defisit neurologis, sedangkan pada stroke iskemik akibat trombosis kecepatan menurunnya sesuai dengan memberatnya defisit neurologis (Batticaca, 2008).

b) Fungsi Serebri

(1) Status mental

Observasi penampilan klien dan tingkah lakunya, nilai gaya bicara klien, observasi ekspresi wajah, dan aktivitas motorik dimana pada klien stroke tahap lanjut biasanya status mental klien mengalami perubahan.

(2) Fungsi intelektual

Didapatkan penurunan dalam ingatan dan memori baik dalam jangka pendek maupun jangka panjang. Penurunan kemampuan berhitung dan kalkulasi. Pada beberapa kasus klien mengalami *kerusakan otak*, yaitu kerusakan untuk mengenal persamaan dan perbedaan yang tidak begitu nyata.

(3) Kemampuan bahasa

Penurunan kemampuan bahasa tergantung dari daerah lesi yang memengaruhi fungsi dari serebri. Lesi pada daerah hemisfer yang dominan pada bagian posterior dari girus temporalis superior (area Wernicke) didapatkan *disfasia reseptif*, yaitu klien tidak dapat memahami bahasa lisan atau bahasa tertulis. Sedangkan lesi pada bagian posterior dari girus frontalis inferior (area Broca) didapatkan *disfasia ekspresif* di mana klien dapat mengerti, tetapi tidak dapat menjawab dengan tepat dan bicaranya tidak lancar. *Disartria* (kesulitan bicara/pelo) ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara. *Apraksia* (ketidakmampuan untuk melakukan yang dipelajari sebelumnya) seperti terlihat ketika klien mengambil sisir dan berusaha untuk menyisir rambutnya.

(4) Lobus frontal

Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologis didapatkan bila kerusakan telah terjadi pada lobus frontal kapasitas, memori, atau fungsi intelektual kortikal yang lebih tinggi mungkin rusak. Disfungsi ini dapat ditunjukkan dalam lapangan perhatian terbatas, kesulitan dalam pemahaman, lupa, dan kurang motivasi, yang menyebabkan klien ini menghadapi masalah frustrasi dalam program rehabilitasi mereka. Depresi umum terjadi dan mungkin diperberat oleh respons alamiah klien terhadap penyakit katastrofik ini. Masalah psikologis lain juga umum terjadi dan dimanifestasikan oleh labilitas emosional, bermusuhan, frustrasi, dendam, dan kurang kerja sama.

(5) Hemisfer

Stroke hemisfer kanan menyebabkan hemiparesis sebelah kiri tubuh, penilaian buruk, dan mempunyai kerentanan terhadap sisi kolateral sehingga kemungkinan jatuh ke sisi yang berlawanan tersebut. Stroke pada hemisfer kiri, mengalami hemiparesis kanan, perilaku lambat dan sangat hati-hati, kelainan lapangan pandang sebelah kanan, disfagia global, afasia (tidak lancar atau tidak dapat berbicara), dan mudah frustrasi (Muttaqin, 2011).

c) Pemeriksaan Saraf Kranial

(1) Saraf I

Biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.

(2) Saraf II

Disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensorik primer di antara mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visual-spasial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial) sering terlihat pada klien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.

(3) Saraf III, IV, dan VI

Apabila akibat stroke mengakibatkan paralisis sisi otot-otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral di sisi yang sakit.

(4) Saraf V

Pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigeminus, didapatkan penurunan kemampuan koordinasi gerakan menguyah. Penyimpangan

rahang bawah ke sisi ipsilateral dan kelumpuhan sisi otot-otot pterigoideus internus dan eksternus.

(5) Saraf VII

Persepsi pengecapan dalam batas normal, wajah asimetris, otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat.

(6) Saraf VIII: Tidak ditemukannya tuli konduktif dan tuli persepsi.

(7) Saraf IX dan X

Kemampuan menelan kurang baik, kesukaran membuka mulut.

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

(9) Saraf XII

Lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi. Indra pengecapan normal (Muttaqin, 2011).

d) Sistem Motorik

Stroke adalah penyakit motor neuron atas dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Karena neuron motor atas melintas, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak (Muttaqin, 2011).

(1) Inspeksi umum. Didapatkan hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh adalah tanda yang lain.

(2) Fasikulasi: Didapatkan pada otot-otot ekstremitas.

(3) Tonus otot: Didapatkan meningkat.

(4) Kekuatan otot. Pada penilaian dengan menggunakan nilai kekuatan otot pada sisi yang sakit didapatkan nilai 0.

(5) Keseimbangan dan koordinasi. Mengalami gangguan karena hemiparesis dan hemiplegia.

e) Pemeriksaan Refleks

(1) Pemeriksaan refleks dalam, pengetukan pada tendon, ligamentum, atau periosteum derajat refleks pada respons normal.

(2) Pemeriksaan refleks patologis

Pada fase akut refleks fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari refleks fisiologis akan muncul kembali didahului dengan refleks patologis.

f) Gerakan Involunter

Tidak ditemukan adanya tremor, *Tic* (kontraksi saraf berulang), dan distonia. Pada keadaan tertentu, klien biasanya mengalami kejang umum, terutama pada anak dengan stroke disertai peningkatan suhu tubuh yang tinggi. Kejang berhubungan sekunder akibat are fokal kortikal yang peka (Muttaqin, 2011).

g) Sistem Sensorik

Dapat terjadi hemihipestesi. Persepsi adalah ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi. Disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensorik primer di antara mata

dan korteks visual. Gangguan hubungan visual-spasial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dari area spasial) sering terlihat pada klien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian dengan bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.

Kehilangan sensorik karena stroke dapat berupa kerusakan sentuhan ringan atau mungkin lebih berat, dengan kehilangan proprioseptif (kemampuan untuk merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh) serta kesulitan dalam menginterpretasikan stimuli visual, taktil, dan auditorius (Muttaqin, 2011).

5) B4 (*Bladder*)

Setela stroke klien mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk menggunakan urinal karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang-kadang kontrol sfingter urinarius eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermiten dengan teknik steril. Inkontinensia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas (Muttaqin, 2011).

6) B5 (*Bowel*)

Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual, dan muntah pada fase akut. Mual sampai muntah dihubungkan dengan peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan kebutuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas (Muttaqin, 2011).

7) B6 (*Bone*)

Stroke adalah penyakit motor neuron atas dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Karena neuron motor atas melintas, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi motor paling umum adalah hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis, atau kelemahan salah satu sisi tubuh, adalah tanda yang lain. Pada kulit, jika klien kekurangan O₂ kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan jelek. Di samping itu perlu juga dikaji tanda-tanda dcubitus, terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke mengalami masalah mobilitas fisik. Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensorik, atau paralisis/hemiplegia, mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat (Muttaqin, 2011).

d. Pengkajian Psiko-sosio-spiritual

Pengkajian psikologis klien stroke meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif, dan perilaku klien. Pengkajian mekanisme koping yang digunakan klien juga penting untuk menilai respons emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respons atau pengaruh dalam kehidupan sehari-harinya baik dalam keluarga maupun dalam masyarakat. Apakah ada dampak yang timbul pada klien, yaitu timbul ketakutan akan kecacatan, rasa cemas, rasa ketidakmampuan untuk

melakukan aktivitas secara optimal, dan pandangan terhadap dirinya yang salah (gangguan citra tubuh).

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara. Pola persepsi dan konsep diri yang didapatkan, klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, tidak kooperatif. Pola penanggulangan stres, klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berpikir dan kesulitan berkomunikasi. Pola tata nilai dan kepercayaan, klien biasanya jarang melakukan ibadah spiritual karena tingkah laku yang tidak stabil, kelemahan atau kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

Karena klien harus menjalani rawat inap maka apakah keadaan ini memberi dampak pada status ekonomi klien, karena biaya perawatan dan pengobatan memerlukan dana yang tidak sedikit. Stroke memang suatu penyakit yang sangat mahal. Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan, dan perawatan dapat mengacaukan keuangan keluarga sehingga faktor biaya ini dapat memengaruhi stabilitas emosi dan pikiran klien dan keluarga. Perawat juga memasukkan pengkajian terhadap fungsi neurologis dengan dampak gangguan neurologis yang akan terjadi pada gaya hidup individu. Perspektif keperawatan dalam mengkaji terdiri dari dua masalah, yaitu keterbatasan yang diakibatkan oleh defisit neurologis dalam hubungannya dengan peran sosial klien dan rencana pelayanan yang akan mendukung adaptasi pada gangguan neurologi di dalam sistem dukungan individu (Muttaqin, 2011).

2.2.2 Diagnosa Keperawatan: Hambatan mobilitas fisik.

a. Definisi

Keterbatasan dalam gerak fisik satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah (Herdman & Kamitsuru, 2015).

b. Taksonomi Diagnosa Keperawatan

1) Toksonomi NANDA-I, Diagnosa Hambatan Mobilitas Fisik

2) Domain 4 : Aktivitas/Istirahat

- 3) Kelas 2 : Aktivitas/Olahraga
- 4) Kode Diagnosa : 00085 (diajukan tahun 1973, 1998, 2013)

c. Batasan Karakteristik

- 1) Dispnea setelah beraktivitas
- 2) Gangguan sikap berjalan
- 3) Gerakan lambat
- 4) Gerakan spastik
- 5) Gerakan tidak terkoordinasi
- 6) Instabilitas postur
- 7) Kesulitan membolak-balik posisi
- 8) Keterbatasan rentang gerak
- 9) Ketidaknyamanan
- 10) Melakukan aktivitas lain sebagai pengganti pergerakan (misalnya, meningkatkan perhatian pada aktivitas orang lain, mengendalikan perilaku, fokus pada aktivitas sebelum sakit).
- 11) Penurunan kemampuan melakukan keterampilan motorik halus (misalnya, menulis, menggambar, meremas, berpakaian, dan makan menggunakan tangan) (Dokter Indonesia, 2010).
- 12) Penurunan kemampuan melakukan keterampilan motorik kasar (misalnya, berjalan, berlari, melompat, naik tangga, menarik ataupun mendorong benda) (Dokter Indonesia, 2010).
- 13) Penurunan waktu reaksi
- 14) Tremor akibat bergerak.

e. Faktor yang Berhubungan

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

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

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 1 Intervensi keperawatan (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2013) dan (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2013)

Diagnosa: Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular.	
Hasil yang Dicapai (NOC)	Intervensi (NIC)
<p>a. Pergerakan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mampu mempertahankan keseimbangan tubuhnya tanpa adanya gangguan. 2) Tidak ada gangguan pada pergerakan otot klien. 3) Terdapat peningkatan pada kemampuan pergerakan sendi. <p>b. Toleransi Terhadap Aktivitas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tidak terdapat tanda/gangguan perubahan warna kulit klien. 2) Terdapat peningkatan kekuatan tubuh bagian atas klien. 3) Terdapat peningkatan kekuatan tubuh bagian bawah klien. <p>c. Konsekuensi Imobilitas: Fisiologi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tidak terjadi kontraktur sendi. 2) Klien mampu mempertahankan atau meningkatkan kekuatan otot. 3) Tidak terdapat gangguan pergerakan sendi. 	<p>a. Pengaturan Posisi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tempatkan pasien diatas matras atau tempat tidur terapeutik. 2) Jelaskan pada pasien bahwa badan pasien akan di balik. 3) Dorong pasien untuk terlibat dalam perubahan posisi. 4) Monitor status oksigenasi pasien (sebelum dan setelah perubahan posisi). 5) Imobilisasi atau sokong bagian tubuh yang terkena dampak, dengan tepat. 6) Jangan menempatkan pasien pada posisi yang dapat meningkatkan nyeri. 7) Meminimalisir gesekan dan cedera ketika memposisikan dan membalikkan tubuh pasien. 8) Gunakan papan untuk kaki atau <i>foodboard</i> bagi pasien menuju tempat tidur. 9) Sangga dengan sandaran yang sesuai. <p>b. Pengecekan Kulit</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor kulit untuk adanya ruam dan lecet. 2) Monitor sumber tekanan dan gesekan. 3) Dokumentasikan perubahan membran mukosa. 4) Lakukan langkah-langkah untuk mencegah kerusakan lebih lanjut (menjadwalkan reposisi). 5) Ajarkan anggota keluarga tanda-tanda kerusakan kulit dengan tepat. <p>c. Terapi Latihan: Mobilitas (pergerakan) Sendi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tentukan batasan pergerakan sendi dan efeknya terhadap fungsi sendi. 2) Jelaskan pada pasien atau keluarga manfaat dan tujuan melakukan latihan sendi. 3) Monitor lokasi dan kecenderungan adanya nyeri dan ketidaknyamanan selama pergerakan atau aktivitas. 4) Lindungi pasien dari trauma selama latihan. 5) Bantu pasien mendapatkan posisi tubuh yang optimal untuk pergerakan sendi pasif maupun aktif. 6) Dukung latihan ROM aktif, sesuai jadwal yang teratur dan terencana. 7) Lakukan latihan ROM pasif atau ROM dengan bantuan, sesuai indikasi. 8) Kolaborasi dengan ahli terapi fisik dalam mengembangkan dan menerapkan sebuah program latihan. <p>d. Terapi Latihan: Kontrol Otot</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tentukan kesiapan pasien untuk terlibat dalam

	<p>aktivitas atau protokol latihan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Evaluasi fungsi sensoris (misalnya, penglihatan, pendengaran, dan perabaan). 3) Jelaskan protokol dan rasionalisasi latihan pada pasien dan keluarga. 4) Sediakan privasi selama latihan, jika diinginkan. 5) Ulangi instruksi yang dilakukan pada pasien mengenai cara yang tepat dalam melakukan latihan untuk meminimalkan cedera dan memaksimalkan efeknya. 6) Orientasikan ulang pasien terhadap fungsi pergerakan tubuh. 7) Dorong pasien untuk mempraktikkan latihan secara mandiri, sesuai indikasi. 8) Monitor emosi pasien, kardiovaskuler, dan respon fungsional terhadap protokol latihan. 9) Evaluasi perkembangan pasien terhadap peningkatan atau restorasi fungsi dan pergerakan tubuh. 10) Berikan dukungan positif terhadap usaha pasien dalam latihan dan aktivitas fisik. 11) Kolaborasi dengan ahli terapi fisik, okupasional dan rekreasi dalam mengembangkan dan menerapkan program latihan, sesuai kebutuhan. 12) Konsultasikan dengan ahli terpa fisik untuk menentukan posisi optimal bagi pasien selama latihan dan jumlah pengulangan untuk setiap pola gerakan. 13) Kolaborasi dengan pemberi perawatan di rumah terkait protokol latihan dan kegiatan sehari-hari.
--	--

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan rencana keperawatan oleh perawat dan klien. Perawat bertanggung jawab terhadap asuhan keperawatan yang berfokus pada klien dan berorientasi pada hasil, fokus utama dari komponen implementasi adalah pemberian asuhan keperawatan yang aman dan individual dengan pendekatan multivokal. Implementasi perencanaan berupa penyelesaian tindakan yang diperlukan untuk memenuhi kriteria hasil sebagaimana yang digambarkan dalam rencana.

Implementasi keperawatan pada klien stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik salah satunya adalah dengan memberikan terapi latihan rentang gerak sendi *Range of Motion* (ROM), dimana pemberian terapi ROM dapat diberikan pada klien yang mengalami kelemahan anggota gerak tubuh bagian atas maupun anggota gerak tubuh bagian bawah, pemberian terapi latihan ROM yang dilakukan dapat meningkatkan kontraksi otot sehingga

mempercepat meningkatnya kekuatan otot. Hasil penelitian pada pasien stroke iskemik yang mengalami hemiparesis setelah dilakukan/diberikan terapi latihan rentang gerak sendi (ROM) menunjukkan adanya peningkatan kekuatan otot, tonus otot, dan kemampuan motorik fungsional (Gusty, 2012).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah suatu proses yang terencana dan sistemis dalam mengumpulkan, mengorganisir, menganalisis, dan membandingkan status kesehatan klien dengan kriteria hasil yang diinginkan, serta menilai derajat pencapaian hasil klien. Evaluasi terbagi atas dua jenis, yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan setiap selesai tindakan, berorientasi pada etiologi, dan dilakukan secara terus menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai. Sedangkan evaluasi sumatif yaitu evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna, berorientasi pada masalah keperawatan, dan rekapitulasi atau kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang diterapkan.

Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien dengan menggunakan komponen SOAP yakni S (data subjektif berupa keluhan klien), O (data objektif hasil pemeriksaan), A (analisis perbandingan data dengan teori), dan P (planning atau perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan) (Rohmah, 2014).

Evaluasi keperawatan pada pasien stroke iskemik yang mengalami hambatan mobilitas fisik (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2013) adalah:

a. Pergerakan

- 1) Klien mampu mempertahankan keseimbangan tubuhnya tanpa adanya gangguan.
- 2) Tidak ada gangguan pada pergerakan otot klien.
- 3) Terdapat peningkatan pada kemampuan pergerakan sendi.

b. Toleransi Terhadap Aktivitas

- 1) Tidak terdapat tanda/gangguan perubahan warna kulit klien.
- 2) Terdapat peningkatan kekuatan tubuh bagian atas klien.

3) Terdapat peningkatan kekuatan tubuh bagian bawah klien.

c. Konsekuensi Imobilitas: Fisiologi

1) Tidak terjadi kontraktur sendi.

2) Klien mampu mempertahankan atau meningkatkan kekuatan otot.

3) Tidak terdapat gangguan pergerakan sendi. .



BAB 3. METODE PENELITIAN

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

3.1 Desain Penulisan

Desain penulisan dalam laporan tugas akhir ini adalah laporan kasus. Laporan kasus yang digunakan adalah studi untuk mengeksplorasi proses asuhan keperawatan klien stroke iskemik pada Tn. M dan Ny. R dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik di Ruang Melati Rumah Sakit Daerah dr. Haryoto Lumajang tahun 2017.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah (atau dalam versi kualitatif disebut sebagai definisi operasional) adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut. Karakteristik yang dapat diamati (diukur) itulah yang merupakan kunci definisi operasional atau batasan istilah. Dapat diamati artinya memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena yang kemudian dapat diulangi lagi oleh orang lain (Nursalam, 2011).

Adapun istilah-istilah yang digunakan dalam studi kasus ini meliputi:

3.2.1 Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan dalam laporan kasus ini adalah suatu proses/tindakan yang dilakukan oleh penulis kepada 2 (dua) orang pasien stroke iskemik yang mengalami hambatan mobilitas fisik dan dirawat di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang, dengan mengkaji keluhan pasien, merumuskan diagnosa/masalah keperawatan, merencanakan tindakan yang akan dilakukan, melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan, dan mengevaluasi hasil atau respon pasien terhadap tindakan yang telah dilakukan.

3.2.2 Pasien Stroke Iskemik

Pasien stroke iskemik dalam laporan kasus ini adalah 2 (dua) orang pasien yang didiagnosa medis mengalami stroke iskemik dalam rekam medik pasien.

3.2.3 Hambatan Mobilitas Fisik

Merupakan kondisi dimana pasien terhambat dalam melakukan pergerakan tubuh secara mandiri, ditandai dengan adanya 2 atau lebih batasan karakteristik berikut: dispnea setelah beraktivitas, gangguan sikap berjalan, gerakan lambat, gerakan spastik, gerakan tidak terkoordinasi, instabilitas postur, kesulitan membolak-balik posisi, keterbatasan rentang gerak, ketidaknyamanan, melakukan aktivitas lain sebagai pengganti pergerakan (misalnya, meningkatkan perhatian pada aktivitas orang lain, mengendalikan perilaku, fokus pada aktivitas sebelum sakit), penurunan kemampuan melakukan keterampilan motorik halus (misalnya, menulis, menggambar, meremas, berpakaian, dan makan menggunakan tangan), penurunan kemampuan melakukan keterampilan motorik kasar (misalnya, berjalan, berlari, melompat, naik tangga, menarik ataupun mendorong benda), penurunan waktu reaksi, tremor akibat bergerak.

3.3 Partisipan

Partisipan dalam penyusunan studi kasus ini adalah 2 (dua) orang pasien yang memenuhi kriteria sebagai berikut:

3.3.1 menjalani rawat inap di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang

3.3.2 dengan diagnosa stroke iskemik pada rekam medik pasien

3.3.3 mengalami masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik

3.3.4 bersedia menjadi partisipan dengan menandatangani informed consent

3.4 Lokasi dan Waktu

3.4.1 Lokasi

Laporan kasus ini dilaksanakan dilaksanakan di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang, tepatnya di ruang Melati 5A dan 8E.

3.4.2 Waktu

Waktu yang penulis gunakan dalam melakukan studi kasus adalah pada tanggal 8 – 11 November 2017 pada klien 1, dan pada tanggal 9 – 11 Januari 2018 pada klien 2.

3.5 Pengumpulan Data

Proses pengumpulan data ini terdiri dari macam-macam data, sumber data, serta beberapa metode pengumpulan data penelitian kualitatif dalam keperawatan. Metode pengumpulan data penelitian kualitatif dalam keperawatan yaitu wawancara, observasi, dan studi dokumentasi (Afiyanti & Rachmawati, 2014).

3.5.1 Wawancara

Data pada laporan kasus ini yang diperoleh dengan cara wawancara adalah identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit saat ini, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, dan pola fungsi kesehatan.

3.5.2 Observasi

Data yang perlu dikumpulkan melalui observasi pada klien stroke iskemik dapat dilakukan dengan cara pemeriksaan fisik. Pemeriksaan fisik dilakukan per sistem (B1-B6) dengan fokus pemeriksaan fisik pada pemeriksaan B3 (Brain) yang terarah dan dihubungkan dengan keluhan-keluhan dari klien (Muttaqin, 2011).

3.5.3 Studi dokumentasi

Studi dokumentasi yang dilakukan oleh penulis terkait pengumpulan data pada kedua klien stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik adalah menggunakan studi dokumentasi pada rekam medis klien, hasil pemeriksaan laboratorium yang dijalani klien, dan pemeriksaan penunjang lain yang berhubungan dengan kondisi klien (*CT-Scan* dan foto thoraks).

3.6 Uji Keabsahan Data

Kualitas data atau hasil temuan suatu penelitian kualitatif ditentukan dari keabsahan data yang dihasilkan atau lebih tepatnya keterpercayaan, keautentikan, dan kebenaran terhadap data informasi, atau temuan yang dihasilkan dari hasil

penelitian yang telah dilakukan. Uji keabsahan data yang penulis lakukan pada laporan kasus ini adalah:

3.6.1 Kredibilitas (Keterpercayaan) Data

Kredibilitas data atau ketepatan dan keakurasian suatu data yang dihasilkan dari studi kualitatif menjelaskan derajat atau nilai kebenaran dari data yang dihasilkan termasuk proses analisis data tersebut dari penelitian yang dilakukan. Suatu hasil penelitian dikatakan memiliki kredibilitas yang tinggi atau baik ketika hasil-hasil temuan pada penelitian tersebut dapat dikenali dengan baik oleh para partisipannya dalam konteks sosial mereka (Afiyanti & Rachmawati, 2014).

Cara yang dilakukan oleh peneliti untuk memperoleh kredibilitas yang tinggi pada laporan kasus ini adalah dengan memperbanyak waktu bersama klien/partisipan selama mengambil data dan melibatkan diri dalam membantu pemenuhan kebutuhan klien yang dibantu juga oleh keluarga dalam rangka membina hubungan saling percaya antara peneliti dan klien/keluarga untuk menggali informasi seakurat mungkin sesuai dengan kondisi dan keluhan yang dirasakan klien.

3.6.2 Transferabilitas atau Keteralihan Data (*Applicability, Fittingness*)

Seberapa mampu suatu hasil penelitian kualitatif dapat diaplikasikan dan dialihkan pada keadaan atau konteks lain atau kelompok atau partisipan lainnya merupakan pertanyaan untuk menilai kualitas tingkat keteralihan atau transferabilitas. Istilah transferabilitas dipakai pada penelitian kualitatif untuk menggantikan konsep generalisasi yang digunakan pada penelitian kuantitatif (Afiyanti & Rachmawati, 2014).

Metode yang digunakan penulis dalam menyusun laporan tugas akhir ini adalah laporan kasus dengan penerapan proses pengumpulan data dalam keperawatan yang meliputi wawancara, observasi, dan studi dokumentasi pada Tn. M dan Ny. R yang menderita stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2017.

3.6.3 Dependabilitas (Ketertanggungjawaban)

Dependabilitas mempertanyakan tentang konsistensi dan reliabilitas suatu instrumen yang digunakan lebih dari sekali penggunaan. Masalah yang ada pada studi kualitatif adalah instrumen penelitian dan peneliti sendiri sebagai manusia yang memiliki sifat-sifat tidak dapat konsisten dan dapat diulang. Antara peneliti satu dengan peneliti lain memiliki fokus penekanan yang berbeda dalam menginterpretasikan dan menyimpulkan hasil temuannya (Afiyanti & Rachmawati, 2014).

Cara yang dapat dilakukan oleh peneliti untuk memperoleh hasil penelitian atau data yang konsisten adalah dengan melakukan analisis data yang terstruktur dan mengupayakan untuk menginterpretasikan hasil studinya dengan benar.

3.6.4 Konfirmabilitas

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

Peneliti mengenali pengalamannya dan pengaruh subjektif dari interpretasi yang telah dibuatnya, sehingga pembaca mengetahui proses reflektivitas yang dibuat peneliti. Selanjutnya, untuk memperoleh hasil penelitian kualitatif yang objektif, peneliti perlu menggunakan teknik pengambilan sampel dengan cara memaksimalkan variasi sampelnya, cara ini dapat mengurangi bias hasil penelitian (Afiyanti & Rachmawati, 2014).

3.7 Analisis Data

Analisis data pada pendekatan kualitatif merupakan analisis yang bersifat subjektif karena peneliti adalah instrumen utama untuk pengambilan data dan analisis data penelitiannya. Secara umum kegiatan analisis data pada pendekatan kualitatif memiliki empat tahapan, yaitu sebagai berikut (Afiyanti & Rachmawati, 2014).

3.7.1 Pengumpulan data

Dengan menggunakan hasil WOD (Wawancara, Observasi, dan Studi Dokumentasi). Hasil tersebut ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip atau catatan terstruktur.

3.7.2 Mereduksi data

Dari hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subjektif dan data objektif, dianalisa berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan dengan nilai normal.

3.7.3 Penyajian data

Dilakukan dalam bentuk tabel, gambar, bagan, ataupun teks naratif.

3.7.4 Kerahasiaan pasien dijaga dengan cara mengaburkan identitas pasien.

3.7.5 Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penulisan terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Menarik kesimpulan dilakukan dengan cara induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

3.8 Etika Penulisan

Prinsip dasar etik merupakan landasan untuk mengatur kegiatan suatu penelitian. Pengaturan ini dilakukan untuk mencapai kesepakatan sesuai kaidah penelitian antara peneliti dan subjek penelitian. Subjek penelitian kualitatif adalah manusia dan peneliti wajib mengikuti seluruh prinsip etik penelitian selama melakukan penelitian (Afiyanti & Rachmawati, 2014). Pertimbangan etik dalam studi kualitatif berkenaan dengan pemenuhan hak-hak partisipan seperti sebagai berikut.

3.8.1 Surat persetujuan (*Informed consent*)

Informed Consent seperti yang biasanya digunakan pada penelitian kuantitatif akan menjadi masalah karena sifat penelitian kualitatif yang tidak menekankan tujuan yang spesifik di awal. Peneliti tidak mungkin menjelaskan

keseluruhan studi yang akan dilakukan di awal, maka perlu adanya Persetujuan Setelah Penjelasan (PSP) dari manusia sebagai subjek atau partisipan yang dipelajari. Persetujuan partisipan merupakan wujud dari penghargaan atas harkat dan martabat dirinya sebagai manusia. PSP merupakan proses memperoleh persetujuan dari subjek/partisipan untuk berpartisipasi dalam kegiatan penelitian yang dilakukan (Afiyanti & Rachmawati, 2014).

3.8.2 Tanpa nama (*Anonimity*)

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

3.8.3 Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Penulis menjaga kerahasiaan data dan berbagai informasi yang diberikan oleh para partisipannya dengan sebaik-baiknya, untuk menjamin kerahasiaan data, penulis wajib menyimpan seluruh dokumentasi hasil pengumpulan data berupa lembar persetujuan mengikuti penelitian, biodata, hasil rekaman dan transkrip wawancara dalam tempat khusus yang hanya bisa diakses oleh penulis (Afiyanti & Rachmawati, 2014).

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan pada kedua pasien stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik didapatkan klien 1 dengan jenis kelamin laki-laki berusia 65 tahun dan klien 2 dengan jenis kelamin perempuan berusia 68 tahun. Klien 1 dengan nilai GCS E4V5M6 mengalami peningkatan kadar kolesterol darah dengan hasil 276 mg/dl, dan klien 2 dengan nilai GCS E4V4M5 mengalami riwayat penyakit asam urat dengan nilai uric acid 7,0 mg/dl dan kadar kolesterol 343 mg/dl. Kedua klien didapatkan mengalami gerakan yang lambat, klien kesulitan membolak-balikkan posisi, klien terlihat terbatas dalam bergerak dikarenakan kelemahan salah satu sisi tubuh, klien membutuhkan bantuan/sokongan untuk merubah posisi, klien tidak dapat berjalan, klien tidak mampu makan menggunakan tangannya, klien tidak mampu menggerakkan salah satu bagian sisi tubuh serta adanya penurunan nilai kekuatan otot ekstremitas pada salah satu sisi tubuh yang terkena.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan utama yang muncul pada kedua klien stroke iskemik adalah hambatan mobilitas fisik dikarenakan gangguan neoromuskular sebagai akibat dari tersumbatnya pembuluh darah otak. Diagnosa keperawatan lain yang sama dan muncul pada kedua klien antara lain ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, defisit perawatan diri, dan resiko jatuh. Diagnosa keperawatan lainnya yang muncul pada klien 1 adalah nyeri akut, hambatan komunikasi verbal, serta resiko konstipasi. Sedangkan diagnosa keperawatan lain yang muncul pada klien 2 antara lain diare.

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi yang digunakan untuk klien stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik menggunakan intervensi yang berdasar dari NIC tahun 2013. Adapun intervensi yang digunakan meliputi; terapi latihan: mobilitas (pergerakan) sendi, terapi latihan: kontrol otot, dan pengaturan posisi. Salah satu metode yang digunakan adalah dengan teknik *Range of Motion* (ROM) pasif.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

Adapun implementasi keperawatan yang dilakukan pada klien stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik selama 3 hari telah sama dengan yang direncanakan sesuai NIC tahun 2013 meliputi; terapi latihan: mobilitas (pergerakan) sendi, terapi latihan: kontrol otot, dan pengaturan posisi. Namun semua rencana tersebut tidak dilakukan pada satu waktu yang bersamaan, melainkan secara bertahap selama 3 hari perawatan.

5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang didapat pada klien stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik setelah dilakukan implementasi selama 3 hari sesuai dengan intervensi yang disusun. Pada hari ke tiga evaluasi masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik didapatkan teratasi sebagian dengan 2 dari 3 kriteria hasil yang berhasil dicapai sesuai dengan NOC tahun 2013. Kriteria hasil yang berhasil dicapai tersebut antara lain toleransi terhadap aktivitas (tidak terdapat tanda/gangguan perubahan warna kulit klien), dan konsekuensi imobilitas: fisiologis (tidak terjadi kontraktur sendi, dan tidak terdapat gangguan pergerakan sendi). Evaluasi pada masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik dapat teratasi sebagian dikarenakan masih adanya faktor yang dapat mempengaruhi tingkat keberhasilan terapi latihan ini yaitu minimnya monitoring dalam pemberian terapi latihan ROM pasif oleh keluarga klien ketika klien tidak didampingi penulis. Karena pemberian terapi latihan ROM pasif akan

lebih efektif apabila setiap gerakan diulang sebanyak 8 kali dan diberikan/dikerjakan sebanyak 2 kali dalam sehari.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Penulis

Penulis diharapkan untuk terus belajar dan meningkatkan wawasannya dalam bidang keperawatan tentang ilmu asuhan keperawatan, utamanya asuhan keperawatan stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik agar ilmu yang diperoleh dapat berguna dan membawa manfaat baik bagi diri sendiri ataupun bagi orang lain.

5.2.2 Bagi Perawat

Perawat diharapkan mampu memberikan asuhan keperawatan pada klien stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik secara optimal dengan mengaplikasikan terapi latihan seperti penerapan teknik *Range of Motion* (ROM) untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya kecacatan dan komplikasi yang dapat timbul sebagai akibat dari hambatan mobilitas yang dialami oleh klien stroke iskemik.

5.2.3 Bagi Keluarga

Keluarga harus mampu merawat anggota keluarga yang menderita stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik serta membantu kebutuhan klien dengan semaksimal mungkin sesuai dengan teknik/cara yang telah diajarkan oleh penulis yaitu dengan pemberian terapi latihan ROM pasif oleh anggota keluarga kepada klien agar peningkatan derajat kesembuhan dapat tercapai dan juga dapat mencegah komplikasi yang dapat terjadi pada klien stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik baik selama di rumah sakit maupun ketika klien telah diperbolehkan pulang ke rumah.

5.2.4 Bagi Rumah Sakit

Diharapkan rumah sakit dapat memberikan pelayanan dan perawatan yang optimal khususnya bagi pasien yang mengalami stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik dengan pembuatan lembar observasi tindakan keperawatan terapi latihan ROM khususnya bagi klien stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik dan penyusunan protap tindakan/prosedur dengan ditunjang sarana dan prasarana serta tenaga keperawatan yang mempuni dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik agar peningkatan derajat kesembuhan klien dapat tercapai dan pencegahan resiko komplikasi akibat hambatan mobilitas fisik yang diderita klien dapat dicapai semaksimal mungkin.

5.2.5 Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan bagi penulis selanjutnya untuk melakukan pengkajian klien stroke iskemik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik sejak hari pertama klien masuk rumah sakit dengan memperhatikan kondisi serta riwayat penyakit yang dimiliki klien. Sehingga pemberian asuhan keperawatan dapat lebih optimal dan dapat merumuskan waktu pencapaian asuhan keperawatan dengan lebih maksimal, juga perlu dikembangkan serta ditekankannya optimalisasi penerapan terapi latihan/tindakan keperawatan seperti penggunaan terapi latihan ROM pasif yang diulang sebanyak 8 kali pada setiap gerakan dan diberikan/dikerjakan selama 15-30 menit untuk setiap siklus latihan serta diberikan sebanyak 2 kali dalam sehari ataupun terapi latihan lain seperti latihan aerobik, latihan koordinasi, maupun latihan penguatan menggunakan teknik menggenggam bola yang dapat dilakukan oleh penulis selanjutnya sedini dan semaksimal mungkin pada klien yang menderita ketidakmampuan ringan atau sedang setelah terkena serangan stroke, sehingga peningkatan perbaikan kondisi klien dan pencegahan resiko komplikasi dapat dicapai semaksimal mungkin.

DAFTAR PUSTAKA

- Affandi, I. G. dan Panggabean, R. 2016. Pengelolaan Tekanan Tinggi Intrakranial Pada Stroke. *Jurnal Cermin Dunia Kedokteran* , 180-184.
- Afiyanti, Y., dan Rachmawati, I. N. 2014. *Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Riset Keperawatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Aini, A. Q., Pujarini, L. A., dan Nirlawati, D. D. 2016. Perbedaan Kadar Kolesterol Total Antara Penderita Stroke Iskemik dan Stroke Hemoragik. *Jurnal Biomedik Vol.8 No.2* , 2.
- Alchuriyah, S., dan Wahjuni, C. U. 2016. Faktor Resiko Kejadian Stroke Usia Muda Pada Pasien Rumah Sakit Brawijaya Surabaya. *Jurnal Berkala Epidemiologi, Vol. 4* , 63.
- Amin Huda Nur Arif, H. K. 2015. *Aplikasi NANDA NIC-NOC*. Jogjakarta: MediAction.
- Andarwati, N. A. 2013. *AINI APengaruh Latihan Rom Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pasien Hemiparese Post Stroke Di Rsud Dr. Moewardi Surakarta*. Surakarta: Skripsi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Anurogo, D., dan Usman, F. S. 2014. *45 Penyakit dan Gangguan Saraf- Deteksi Dini & Atasi 45 Penyakit dan Gangguan Saraf*. Yogyakarta: Rapha Publishing.
- Ariani, T. A. 2013. *Sistem Neurobehaviour*. Jakarta: Salemba Medika.
- Aspiani, R. Y. 2010. *Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskular*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Indonesia*. Jakarta.

- Batticaca, F. B. 2008. *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., dan Wagner, C. M. 2013. *Nursing Interventions Classification (NIC)*, Edisi 6. Yogyakarta: Mocomedia.
- Chang, E., Daly, J., dan Elliott, D. 2009. *Patofisiologi: aplikasi pada praktik keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Christensen, P. J., dan Kenney, J. W. 2009. *Proses Keperawatan: Aplikasi Model Konseptual*. Jakarta: EGC.
- Claudia Agustina, S. M. 2013. Pengaruh Latihan Range Of Motion (ROM) Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke di Irina Neurologi BLU RSUP PROF. DR. R. D. Kandou Manado. *E-Jurnal Keperawatan Volume 1. Nomor 1 Universitas Sam Ratulangi Manado* , 01-02.
- Doenges, M. E. 1999. *Rencana Asuhan Keperawatan: Pedoman untuk perencanaan dan pendokumentasian perawatan pasien*. Jakarta: EGC.
- Dokter Indonesia. 2010, Oktober 26. *Deteksi dan Stimulasi Kecerdasan Motorik Anak Sejak Dini*. Dipetik Mei 3, 2017, dari <https://klinikanakonline.com/2010/10/26/deteksi-dan-stimulasi-kecerdasan-motorik-anak-sejak-dini/>
- Erfida, K. D. 2016. *Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Iskemik di RSUD Dr. Haryoto Lumajang*. Lumajang: KTI Studi Kasus.
- Farid, M. 2012. Pengaruh Latihan Rom (Range Of Motion) Pasif Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Dengan Hemiparase. *Jurnal EduHealth Vol 2, No 2* .
- Feigen, V. 2007. *Stroke, Panduan Bergambar Tentang Pencegahan dan Pemulihan Stroke*. Jakarta: PT Bhuana Ilmu Populer.

- George Dewanto, d. 2009. *Panduan Praktis Diagnosis dan tata Laksana Penyakit Saraf*. Jakarta: EGC.
- Ginsberg, L. 2008. *Lecture Notes Neurologi Ed. 8*. Jakarta: Erlangga.
- Gusty, R. P. 2012. Efektivitas Pemberian Mobilisasi Dini terhadap Tonus Otot, Kekuatan Otot, dan Kemampuan Motorik Fungsional Pasien Hemiparise Paska Stroke Iskemik. *Ners Jurnal Keperawatan Volume 8, No 1* , 46.
- Harahap, Z. 2015. Pengaruh Latihan (ROM) Pasif Terhadap kekuatan otot ekstremitas Pada Pasien Stroke di Ruang RA4 RSUP H. Adam Malik Medan Tahun 2014. *Jurnal Ilmiah PANNMED* , 206-209.
- Hartono, A. 2011. *Buku Ajar Patofisiologi*. Jakarta: EGC.
- Herdman, T. H., dan Kamitsuru, S. 2015. *NANDA International Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi Ed. 10 2015-2017. Terjemahan oleh Budi Anna Keliat, dkk*. Jakarta: EGC.
- Hidayah, N. 2017. *Hubungan Hiperurisemia Pada Saat Masuk Rumah Sakit Dengan Defisit Neurologis Pada Kejadian Stroke Iskemik*. Surakarta: Fakultas Kedokteran Umum Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Hidayat, A. A. 2012. *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah Ed.2*. Jakarta: Salemba Medika.
- Husna, M., Kusworini, dan Wulansari, D. A. 2015. Korelasi Jumlah Leukosit Pada Saat Masuk Instalasi Gawat Darurat (IGD) dengan Manivestasi Klinis Penderita Stroke Iskemik Akut. *Malang Neurology Jurnal* , 46-51.
- Lili Indrawati, W. S. 2016. *Care Yourself Stroke*. Jakarta: Penebar Swadaya Grup.
- Martin, T. 2018, Maret 21. *Smoking and Atherosclerosis*. Dipetik Mei 21, 2018, dari Verywellmind: www.verywellmind.com

- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., dan Swanson, E. 2013. *Nursing Outcomes Classification (NOC), Edisi 5*. Yogyakarta: Mocomedia.
- Murtaqib. 2013. Pengaruh Latihan Range Of Motion (ROM) Aktif Terhadap Perubahan Rentang Gerak Sendi Pada Penderita Stroke di Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat Vol 9, No 2 UNEJ*, 107.
- Murti, A. S. 2014. *Asuhan Keperawatan Pada Tn. M Dengan Gangguan Sistem Persarafan Stroke Non Hemoragik di Ruang Anggrek Rumah Sakit Umum Daerah Pandang Arang Boyolali*. Surakarta: Fakultas Kesehatan Muhammadiyah Surakarta.
- Muttaqin, A. 2011. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nastiti, D. 2012. *Gambaran faktor risiko kejadian stroke pada pasien stroke rawat inap di rumah sakit Krakatau Medika tahun 2011*. Skripsi. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. 2016. *Asuhan Keperawatan Praktis Berdasarkan Penerapan Diagnosa Nanda, NIC, NOC dalam Berbagai Kasus Edisi Revisi Jilid 2*. Yogyakarta: Mediaction Publishing.
- Nursalam. 2011. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika.
- Oktavia, F., dan Martini, S. 2016. Besar Risiko Kejadian Hipertensi Berdasarkan Faktor Perilaku Pada Tentara Nasional Indonesia (TNI). *Jurnal MKMI*, 134-135.
- Patricia, H., Kembuan, M. A., dan Tumboimbela, M. J. 2015. Karakteristik Penderita Stroke iskemik yang di Rawat Inap di RSUP Prof. DR. R. D. Kandou Manado Tahun 2012-2013. *Jurnal e-Clinic*, 445-450.

- Perawaty, Dahlan, P., dan Astuti, H. 2014. Pola Makan dan Hubungannya dengan Kejadian Stroke di RSUD dr. Doris Sylvanus Palangka Raya. *Jurnal Gizi dan Dietetik Indonesia* , 57-58.
- Potter, dan Perry, G. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan; Konsep, Proses, dan Praktik. Vol 1. Ed 4.* Jakarta: ECG.
- Pradana, M. D. 2016. Upaya Peningkatan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Nonhemoragik di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro. *Tugas Akhir Karya Tulis Ilmiah, Universitas Muhammadiyah Surakarta* , 03-04.
- Rahayu, E. O. 2016. Perbedaan Resiko Stroke Berdasarkan Faktor Resiko Biologi Pada Usia Produktif. *Jurnal Berkala Epidemiologi Vol. 4, No. 1* , 118.
- Rohmah, N. 2014. *Proses Keperawatan Teori dan Aplikasi.* Jogjakarta: Ar-Ruzz Media.
- Sari, S. H., Agianto, dan Wahid, A. 2015. Batasan Karakteristik dan Faktor yang Berhubungan (Etiologi) Diagnosa Keperawatan: Hambatan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke. *Jurnal Dunia Keperawatan Vol.3 No.1* , 13.
- Satyanegara. 2014. *Ilmu Bedah Saraf.* Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Smeltzer, S. C. 2013. *Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth Edisi 12.* Jakarta: EGC.
- Sudewo, B. 2009. *Buku Pintar Hidup Sehat Cara Mas Dewo.* Jakarta: Agro Media Pustaka.
- Sutrisno, A. 2007. *Stroke Sebaiknya Anda Tahu Sebelum Anda Terserang Stroke.* Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Tanuwidjaja, W. 2008. *Kata-kata Motivasi Dosis Tinggi.* Yogyakarta: Media Pressindo.

- Tuminah, S., dan Riyadina, W. 2014. Hubungan Konsumsi Kopi Terhadap Stroke atau Penyakit Jantung Koroner. *Jurnal Gizi Indonesia* , 29-40.
- Turniani L, dkk. 2013. *Riset Kesehatan Dasar Dalam Angka (RISKESDAS 2013) Provinsi Jawa Timur*. Jakarta: Lembaga Penerbitan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Widagdo, W., Suharyanto, T., dan dan Aryani, R. 2008. *Asuhan Keperawatan Pada Kien Dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Wijaya, A. K. 2013. Patofisiologi Stroke Non-Hemoragik Akibat Trombus. *e-Jurnal Medika Udayana* , 1-15.
- Wiktionary. 2018, Februari 23. *Atherosclerosis*. Dipetik Mei 21, 2018, dari Wiktionary The Free Dictionary: <https://en.wiktionary.org>
- Yasmara, D., Nursiswati, dan Arafat, R. 2016. *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal Bedah: Diagnosis NANDA I 2015-2017 Intervensi NIC Hasil NOC*. Jakarta: EGC.
- Yunding, J. 2016. Penggunaan Massase Abdomen dalam Mengatasi Konstipasi Pada Pasien Stroke. *Prosiding Seminar dan Poster Ilmiah FDI DPD-Sulbar* , 127.

Lampiran 3.1

JADWAL PENYELENGGARAAN PROPOSAL DAN LAPORAN TUGAS AKHIR

KETERANGAN	TAHUN AKADEMIK 2017/2018							
	FEB	MARET	APRIL	MEI	JUNI-DES	JAN-FEB	MARET-MEI	JUNI
Konfirmasi Judul								
Penyusunan Proposal								
Sidang Proposal								
Revisi								
Pengumpulan Data								
Analisa Data								
Konsul Penyusunan Data								
Ujian Sidang KTI								
Revisi								
Pengumpulan Laporan Tugas Akhir								

Lampiran 3.2

SURAT PERMOHONAN IJIN PENGAMBILAN DATA

Lumajang, 07 Agustus 2017

Yth. Direktur
Akper Pemkab Lumajang
Di Lumajang

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya, mahasiswa Akper Pemkab Lumajang :

Nama : Indra Harianzah Putra
NPM : 15.030
Prodi : D3 Keperawatan
Tempat/ Tgl lahir : Lumajang/ 07 November 1996
Alamat : Jalan Sultan Agung Nomor 07 RT 003 RW 002 - Kelurahan
Jogoyudan – Kecamatan Lumajang – Kabupaten Lumajang

Telah mendapatkan ijin menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul :

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

Guna menyelesaikan tugas tersebut, saya perlu melakukan pengambilan data ke Institusi atau
Lembaga dan waktu penyusunan Karya Tulis Ilmiah sebagai berikut :

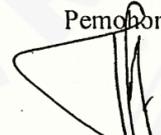
Nama Instansi Atau
Lembaga Tujuan : RSUD Dr.Haryoto Lumajang
Alamat : Jalan Basuki Rahmat Nomor 5 Kecamatan Lumajang – Kabupaten
Lumajang – Provinsi Jawa Timur
Waktu penelitian : Oktober 2017 - April 2018

Sehubungan dengan hal tersebut kami mohon perkenan Direktur memberikan surat pengantar
dan permohonan ijin untuk melakukan penelitian di institusi tersebut. Terlampir berkas
persyaratan yakni Proposal Karya Tulis Ilmiah.

Atas terpenuhinya permohonan ini, saya haturkan terimakasih

Mengetahui
Pembimbing,

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

Hormat Kami
Pemohon,

Indra Harianzah Putra.
NPM. 15.030

Wakil Direktur I,



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

Koordinator KTI



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

Lembar 1



PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
DINAS KESEHATAN
AKADEMI KEPERAWATAN
JL. BRIGJEN KATAMSO TELP. (0334) 882262,885920 FAX.(0334) 882262
LUMAJANG

**KEPUTUSAN DIREKTUR AKADEMI KEPERAWATAN
PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG**

Nomor : 188.4/691/427.55.28/2017

TENTANG

IJIN PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH

Direktur Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Lumajang, setelah menimbang pedoman menyusun Karya Tulis Ilmiah Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Lumajang, Nomor: 188.4/72/427.35.28/2017 Tanggal 20 Agustus 2017, dengan persetujuan pembimbing tanggal 3 Mei 2017.

MEMUTUSKAN

Menetapkan kepada mahasiswa tersebut dibawah ini :

Nama : Indra Harianzah Putra
 Nomor Pokok Mahasiswa : 15. 030
 Tempat, Tanggal Lahir : Lumajang, 07 November 1996
 Prodi : D3 Keperawatan
 Tingkat / Semester : II/IV (empat)
 Alamat : Jalan Sultan Agung Nomor 07 RT 003 RW 002 - Kelurahan
 Jogoyudan – Kecamatan Lumajang – Kabupaten Lumajang

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

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

Dengan pembimbing :

1. Achlish Abdullah, S.ST., M.Kes.

Surat Keputusan ini mulai berlaku sejak ditetapkan dan akan ditinjau kembali jika dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan.

Ditetapkan di : Lumajang
 Pada Tanggal : 07 Agustus 2017



Indra Harianzah Putra, S.Kep., Ners., MM.
 0850629 198703 2 008

Tembusan :

Yth. Bpk/Ibu Pembimbing mohon dilaksanakan sebagaimana mestinya.



PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. HARYOTO
 JALAN BASUKI RAHMAT NO, 5 TELP (0334) 881666 FAX (0334) 887383
 Email : rsdharyoto@yahoo.co.id
L U M A J A N G – 67311

Lumajang, 18 September 2017

Nomor : 445/1030/427.77/2017
 Sifat : Biasa
 Lampiran : -
 Perihal : Pengambilan Data

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

Sehubungan dengan surat Direktur Akper Pemkab Lumajang tanggal 7 Agustus 2017 Nomor : 422/652/427.55.28/2017 dan Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik tanggal 11 Agustus 2017 Nomor : 072/1104/427.75/2017 perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat, maka bersama ini kami sampaikan bahwa kami menyetujui kepada mahasiswa Akper Pemkab Lumajang untuk melakukan pengambilan data di ruang Saudara dan kami mohon bimbingannya kepada mahasiswa dimaksud, yaitu:

Nama : INDRA HARIANZAH PUTRA

NIM : 15.030

Judul :Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Iskemik Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2017

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

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

Ns. RUDIAH ANGGRAENI
 Penata Tk. I
 NIP. 19671209 199203 2 004

Lampiran 3.3

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

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : Akademi Keperawatan Pemkab Lumajang
--

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ny. I

Umur : 32 th

Jeniskelamin : Perempuan

Alamat : Jombang, Klapan

Pekerjaan : Guru

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

“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Iskemik Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2017”

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

Lumajang, 9 Januari 2018

Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian



Indra Hartanzah Putra
NPM. 15.030

Yang Menyetujui,
Peserta Penelitian



(.....)

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

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : Akademi Keperawatan Pemkab Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : NY-5
 Umur : 33 th
 Jenis kelamin : Perempuan
 Alamat : Dn. Karang, Sejah - Dendapan - Sukajati
 Pekerjaan : IBRT

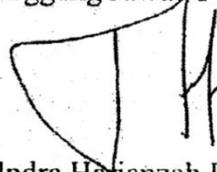
Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Iskemik Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2017”

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

Lumajang, 8-11-2017

Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian



Indra Harianzah Putra
NPM. 15.030

Yang Menyetujui,
Peserta Penelitian



(.....)

Lampiran 4.1 Analisa Data Lain Partisipan Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Nopember 2017 dan Januari 2018

Analisa data	No	Klien 1	Klien 2
Data	1.	<p>DS: Klien mengatakan bahwa ia merasa pusing, klien mengatakan pusing dirasa berputar.</p> <p>DO: 1) Klien mengalami kelemahan anggota gerak tubuh bagian sinistra $\frac{5}{5} \mid \frac{0}{0}$ 2) Kekuatan otot: $\frac{5}{5} \mid \frac{0}{0}$ 3) Terdapat disartria/artikulasi klien kurang jelas. 4) TTV: TD: 130/80 mmHg N : 80 X/menit S : 36,4 °C RR: 20 X/menit</p>	<p>DO: 1) Klien mengalami kelemahan anggota gerak tubuh bagian sinistra $\frac{5}{5} \mid \frac{0}{0}$ 2) Kekuatan otot: $\frac{5}{5} \mid \frac{0}{0}$ 3) Klien mengalami kesulitan dalam menelan. 4) TTV: TD: 180/100 mmHg N : 98 X/menit S : 37 °C RR: 20 X/menit</p>
	2.	<p>DS: Klien mengatakan merasa nyeri pada bagian pantat akibat terjatuh pada saat kejadian/serangan.</p> <p>DO: P: Nyeri akibat riwayat terjatuh pada saat terjadi serangan. Q: Klien mengatakan nyeri terasa cenut-cenut. R: Pada bagian pantat kanan dan kiri. S: Skala nyeri 4 (Kozier) T: Klien mengatakan nyeri menetap. Tanda-tanda vital: - Denyut Nadi: 80 kali / menit - Tekanan Darah: 130/80 mmHg - Respirasi: 20 kali / menit</p>	<p>DS: Keluarga klien mengatakan hari ini klien BAB cair sudah 5X, keluarga juga mengatakan bahwa klien sebelumnya tidak pernah minum susu.</p> <p>DO: 1) Klien BAB dengan konsistensi/bentuk cair, warna kuning, bau khas feses. 2) Bising usus: 40 X/menit</p>
	3.	<p>DS: Keluarga klien mengatakan bahwa ketika klien berbicara kata-kata klien terdengar kurang jelas.</p> <p>DO: 1) Artikulasi yang diucapkan klien terdengar kurang jelas. 2) Klien tampak kesulitan untuk menggunakan ekspresi wajah dalam berkomunikasi.</p>	<p>DS: Keluarga klien mengatakan bahwa pagi ini klien belum diseka.</p> <p>DO: 1) Klien tidak mampu membasuh tubuh secara mandiri. 2) Klien tidak mampu mengakses kamar mandi secara mandiri. 3) Klien tidak mampu mengambil perlengkapan mandi secara</p>

	<p>3) Klien tampak kesulitan untuk menggunakan ekspresi tubuh dalam berkomunikasi.</p>	<p>mandiri.</p> <p>4) Klien tidak mampu mengeringkan tubuh secara mandiri.</p> <p>5) Klien tidak mampu menjangkau sumber air secara mandiri.</p>
4.	<p>DS: Klien mengatakan belum diseka pagi ini.</p> <p>DO: 1) Klien tidak mampu membasuh tubuh secara mandiri. 2) Klien tidak mampu mengakses kamar mandi secara mandiri. 3) Klien tidak mampu mengambil perlengkapan mandi secara mandiri. 4) Klien tidak mampu mengeringkan tubuh secara mandiri. 5) Klien tidak mampu menjangkau sumber air secara mandiri.</p>	<p>DS: Keluarga klien mengatakan bahwa klien belum ganti pakaian pagi ini.</p> <p>DO: 1) Klien tidak mampu mengambil pakaian secara mandiri. 2) Klien tidak mampu mengenakan pakaian pada bagian tubuh atas dan bawah secara mandiri. 3) Klien tidak mampu melepas atribut pakaian bagian tubuh atas maupun bawah secara mandiri.</p>
5.	<p>DS: Klien mengatakan bahwa ia belum ganti pakaian pagi ini.</p> <p>DO: 1) Klien tidak mampu mengambil pakaian secara mandiri. 2) Klien tidak mampu mengenakan pakaian pada bagian tubuh atas dan bawah secara mandiri. 3) Klien tidak mampu melepas atribut pakaian bagian tubuh atas maupun bawah secara mandiri.</p>	<p>DS: Keluarga klien mengatakan tidak mengerti cara memberi makan klien menggunakan selang.</p> <p>DO: 1) Klien terpasang selang NGT. 2) Klien tidak mampu menggunakan tangannya untuk mengambil makanan dan memasukkan makanan ke mulut secara mandiri. 3) Klien tidak mampu memegang peralatan makan yang disediakan.</p>
6.	<p>DS: Klien mengatakan tidak dapat makan sendiri seperti dulu.</p> <p>DO: 1) Klien tidak mampu membuka wadah makanan secara mandiri. 2) Klien tidak mampu menggunakan tangannya untuk mengambil makanan dan memasukkan makanan ke mulut secara mandiri. 3) Klien tidak mampu memegang peralatan makan yang disediakan.</p>	<p>DO: 4) Klien tidak mampu melakukan higiene eliminasi secara mandiri. 5) Klien tidak mampu mencapai/mengakses kamar mandi secara mandiri.</p>
7.	<p>DO: Dewasa: Usia klien 65 tahun, klien dengan riwayat jatuh pada tanggal 03</p>	<p>DO: Dewasa: Usia klien 68 tahun, klien dengan riwayat jatuh pada tanggal 03</p>

	November 2017. Lingkungan: Ruangan rawat inap yang tidak pernah dikenal/dikunjungi klien sebelumnya. Fisiologis: Klien dengan gangguan mobilitas (kelemahan anggota gerak sebelah kiri), kekuatan otot ekstremitas sebelah kiri: 0	Januari 2018. Lingkungan: Ruangan rawat inap yang tidak pernah dikenal/dikunjungi klien sebelumnya. Fisiologis: Klien dengan gangguan mobilitas (kelemahan anggota gerak sebelah kiri), kekuatan otot ekstremitas sebelah kiri: 0
	8. DO: Fungsional: Terdapat perubahan lingkungan baru bagi klien, aktivitas fisik klien yang kurang gerak. Fisiologis: Asupan cairan < 2 liter/hari, asupan serat klien kurang, perubahan makanan (menyesuaikan menu dari rumah sakit)	
Penyebab	1. Gangguan aliran arteri/vena	Gangguan aliran arteri/vena
	2. Agen Cedera Biologis (Riwayat Jatuh)	Malabsorpsi (Laktosa susu sapi)
	3. Gangguan sistem saraf pusat	Kelemahan anggota gerak tubuh bagian kiri
	4. Kelemahan anggota gerak tubuh bagian kiri	Kelemahan anggota gerak tubuh bagian kiri
	5. Kelemahan anggota gerak tubuh bagian kiri	Kelemahan anggota gerak tubuh bagian kiri
	6. Kelemahan anggota gerak tubuh bagian kiri	Kelemahan anggota gerak tubuh bagian kiri
	7. Faktor risiko: Dewasa, lingkungan, Fisiologis	Faktor risiko: Dewasa, lingkungan, Fisiologis
	8. Faktor risiko: Fungsional, fisiologis	
Masalah	1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral	Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral
	2. Nyeri Akut	Diare
	3. Hambatan komunikasi verbal	Defisit perawatan diri: mandi
	4. Defisit perawatan diri: mandi	Defisit perawatan diri: berpakaian
	5. Defisit perawatan diri: berpakaian	Defisit perawatan diri: makan
	6. Defisit perawatan diri: makan	Devisit perawatan diri: eliminasi
	7. Risiko jatuh	Risiko jatuh
	8. Risiko Konstipasi	

Lampiran 4.2 Diagnosa Keperawatan Lain Yang Muncul Pada Partisipan Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Nopember 2017 dan Januari 2018

Klien 1	Klien 2
<p>1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan gangguan aliran arteri/vena ditandai dengan: DS: Klien mengatakan bahwa ia merasa pusing, klien mengatakan pusing dirasa berputar.</p> <p>DO: 1) Klien mengalami kelemahan anggota gerak tubuh bagian sinistra 2) Kekuatan otot: 3) Ekstremitas kanan atas: 5 4) Ekstremitas kanan bawah: 5 5) Ekstremitas kiri atas: 0 6) Ekstremitas kiri bawah: 0 7) Terdapat disartria/artikulasi klien kurang jelas. 8) TTV: TD: 130/80 mmHg N : 80 X/menit S : 36,4 °C RR: 20 X/menit</p> <p>2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (riwayat jatuh) ditandai dengan: DS: klien mengatakan merasa nyeri pada bagian pantat akibat terjatuh pada saat kejadian/serangan. DO: P: Nyeri akibat riwayat terjatuh pada saat terjadi serangan. Q: Klien mengatakan nyeri terasa cunut-cunut. R: Pada bagian pantat kanan dan kiri. S: Skala nyeri 4 (Kozier) T: Klien mengatakan nyeri menetap. Tanda-tanda vital: - Denyut Nadi: 80 kali / menit - Tekanan Darah: 130/80 mmHg - Respirasi: 20 kali / menit</p> <p>3. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan sistem saraf pusat ditandai dengan: DS: Keluarga klien mengatakan bahwa ketika klien berbicara kata-kata klien terdengar kurang jelas.</p>	<p>1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan gangguan aliran arteri/vena ditandai dengan: DO: 1) Klien mengalami kelemahan anggota gerak tubuh bagian sinistra 2) Kekuatan otot: 3) Ekstremitas kanan atas: 5 4) Ekstremitas kanan bawah: 5 5) Ekstremitas kiri atas: 0 6) Ekstremitas kiri bawah: 0 7) Terdapat disartria/artikulasi klien kurang jelas. 8) TTV: TD: 180/100 mmHg N : 98 X/menit S : 37 °C RR: 20 X/menit</p> <p>2. Diare berhubungan dengan malabsorpsi (laktosa susu sapi) ditandai dengan: DS: Keluarga klien mengatakan hari ini klien BAB cair sudah 5X, keluarga juga mengatakan bahwa klien sebelumnya tidak pernah minum susu. DO: 1) Klien BAB dengan konsistensi/bentuk cair, warna kuning, bau khas feses. 2) Bising usus: 40 X/menit</p> <p>3. Defisit perawatan diri: mandi berhubungan dengan kelemahan anggota gerak tubuh bagian kiri ditandai dengan: DS: Keluarga klien mengatakan bahwa pagi ini klien belum diseka. DO: 1) Klien tidak mampu membasuh tubuh secara mandiri. 2) Klien tidak mampu mengakses kamar mandi secara mandiri. 3) Klien tidak mampu mengambil perlengkapan mandi secara mandiri. 4) Klien tidak mampu mengeringkan tubuh secara mandiri. 5) Klien tidak mampu menjangkau sumber air secara mandiri.</p>

<p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Artikulasi yang diucapkan klien terdengar kurang jelas. 2) Klien tampak kesulitan untuk menggunakan ekspresi wajah dalam berkomunikasi. 3) Klien tampak kesulitan untuk menggunakan ekspresi tubuh dalam berkomunikasi. <p>4. Defisit perawatan diri: mandi berhubungan dengan kelemahan anggota gerak tubuh bagian kiri ditandai dengan: DS: Klien mengatakan belum diseka pagi ini. DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien tidak mampu membasuh tubuh secara mandiri. 2) Klien tidak mampu mengakses kamar mandi secara mandiri. 3) Klien tidak mampu mengambil perlengkapan mandi secara mandiri. 4) Klien tidak mampu mengeringkan tubuh secara mandiri. 5) Klien tidak mampu menjangkau sumber air secara mandiri. <p>5. Defisit perawatan diri: berpakaian berhubungan dengan kelemahan anggota gerak tubuh bagian kiri ditandai dengan: DS: Klien mengatakan bahwa ia belum ganti pakaian pagi ini. DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien tidak mampu mengambil pakaian secara mandiri. 2) Klien tidak mampu mengenakan pakaian pada bagian tubuh atas dan bawah secara mandiri. 3) Klien tidak mampu melepas atribut pakaian bagian tubuh atas maupun bawah secara mandiri. <p>6. Defisit perawatan diri: makan berhubungan dengan kelemahan anggota gerak tubuh bagian kiri ditandai dengan: DS: Klien mengatakan tidak dapat makan sendiri seperti dulu. DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien tidak mampu membuka wadah makanan secara mandiri. 2) Klien tidak mampu menggunakan tangannya untuk mengambil makanan dan memasukkan makanan ke mulut 	<p>4. Defisit perawatan diri: berpakaian berhubungan dengan kelemahan anggota gerak tubuh bagian kiri ditandai dengan: DS: Keluarga klien mengatakan bahwa klien belum ganti pakaian pagi ini. DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien tidak mampu mengambil pakaian secara mandiri. 2) Klien tidak mampu mengenakan pakaian pada bagian tubuh atas dan bawah secara mandiri. 3) Klien tidak mampu melepas atribut pakaian bagian tubuh atas maupun bawah secara mandiri. <p>5. Defisit perawatan diri: makan berhubungan dengan kelemahan anggota gerak tubuh bagian kiri ditandai dengan: DS: Keluarga klien mengatakan tidak mengerti cara memberi makan klien menggunakan selang. DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien terpasang selang NGT. 2) Klien tidak mampu menggunakan tangannya untuk mengambil makanan dan memasukkan makanan ke mulut secara mandiri. 3) Klien tidak mampu memegang peralatan makan yang disediakan. <p>6. Devisit perawatan diri: eliminasi berhubungan dengan kelemahan anggota gerak tubuh bagian kiri ditandai dengan: DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien tidak mampu melakukan higiene eliminasi secara mandiri. 2) Klien tidak mampu mencapai/mengakses kamar mandi secara mandiri. <p>7. Risiko jatuh berhubungan dengan faktor risiko; dewasa, lingkungan, dan fisiologis ditandai dengan: DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Dewasa: Usia klien 68 tahun, klien dengan riwayat jatuh pada tanggal 03 Januari 2018. 2) Lingkungan: Ruangan rawat inap yang tidak pernah dikenal/dikunjungi klien sebelumnya. 3) Fisiologis: Klien dengan gangguan mobilitas
--	---

<p>secara mandiri.</p> <p>3) Klien tidak mampu memegang peralatan makan yang disediakan.</p> <p>7. Risiko jatuh berhubungan dengan faktor risiko; dewasa, lingkungan, dan fisiologis ditandai dengan: DO:</p> <p>1) Dewasa: Usia klien 65 tahun, klien dengan riwayat jatuh pada tanggal 03 November 2017.</p> <p>2) Lingkungan: Ruangan rawat inap yang tidak pernah dikenal/dikunjungi klien sebelumnya.</p> <p>3) Fisiologis: Klien dengan gangguan mobilitas (kelemahan anggota gerak sebelah kiri), kekuatan otot ekstremitas sebelah kiri: 0</p> <p>8. Risiko konstipasi berhubungan dengan faktor risiko fungsional dan fisiologis ditandai dengan: DO:</p> <p>1) Fungsional: Terdapat perubahan lingkungan baru bagi klien, aktivitas fisik klien yang kurang gerak.</p> <p>2) Fisiologis: Asupan cairan < 2 liter/hari, asupan serat klien kurang, perubahan makanan (menyesuaikan menu dari rumah sakit).</p>	<p>(kelemahan anggota gerak sebelah kiri), kekuatan otot ekstremitas sebelah kiri: 0</p>
--	--

Lampiran 4.3

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR
RANGE OF MOTION**A. Pengertian**

Latihan *Range Of Motion*(ROM) adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot (Sulistiawan & Husna, 2014).

B. Tujuan

1. Menentukan nilai kemampuan sendi tulang dan otot dalam melakukan pergerakan.
2. Mengkaji tulang, sendi, dan otot.
3. Mencegah terjadinya kekakuan sendi.
4. Memperlancar sirkulasi darah.
5. Memperbaiki tonus otot.
6. Meningkatkan mobilisasi sendi.
7. Memperbaiki toleransi otot untuk latihan (Sulistiawan & Husna, 2014).

C. Klasifikasi

- a. ROM Aktif adalah kontraksi otot secara aktif melawan gaya gravitasi seperti mengangkat tungkai dalam posisi lurus.
- b. ROM Pasif yaitu gerakan otot klien yang dilakukan oleh orang lain dengan bantuan oleh klien (Sulistiawan & Husna, 2014).

D. Indikasi**a. Indikasi ROM Aktif**

- 1) Pada saat pasien dapat melakukan kontraksi otot secara aktif dan menggerakkan ruas sendinya baik dengan bantuan atau tidak.

- 2) Pada saat pasien memiliki kelemahan otot dan tidak dapat menggerakkan persendian sepenuhnya, digunakan A-AROM (*Active-Assistive ROM*), adalah jenis ROM Aktif yang manabantuan diberikan melalui gaya dariluar apakah secara manual atau mekanik, karena otot penggerak primer memerlukan bantuan untuk menyelesaikan gerakan).
- 3) ROM Aktif dapat digunakan untuk program latihan aerobik.
- 4) ROM Aktif digunakan untuk memelihara mobilisasi ruas diatas dan dibawah daerah yang tidak dapat bergerak.

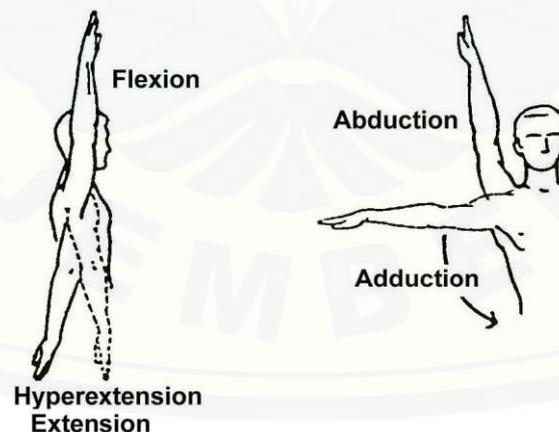
b. Indikasi ROM Pasif

- 1) Pada daerah dimana terdapat inflamasi jaringan akut yang apabila dilakukan pergerakan aktif akan menghambat proses penyembuhan.
- 2) Ketika pasien tidak dapat atau tidak diperbolehkan untuk bergerak aktif pada ruas atau seluruh tubuh, misalnya keadaan koma, kelumpuhan atau *bed rest* total (Sulistiawan & Husna, 2014).

Prosedur Tindakan melatih *Range Of Motion*:

Tahap pertama pada ekstremitas atas:

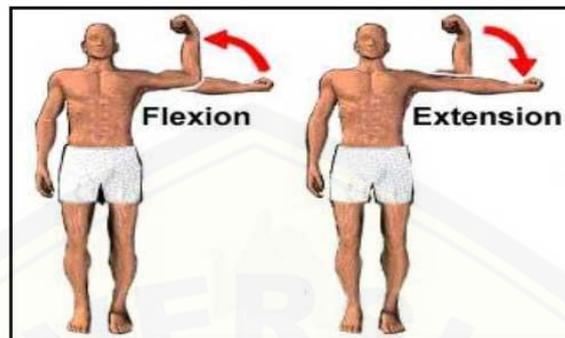
1. Bahu



Gerakkan lengan abduksi-adduksi (geser lengan menjauh menyamping dari badan,biarkan lengan berputar dan berbalik), fleksi-ekstensi (angkat lengan lurus melewati kepala pasien, istirahatkan lengan terlentang diatas kepala ditempat tidur) hiper ekstensi (arahkan tangan menuju ke arah belakang) (Pradana, 2016).

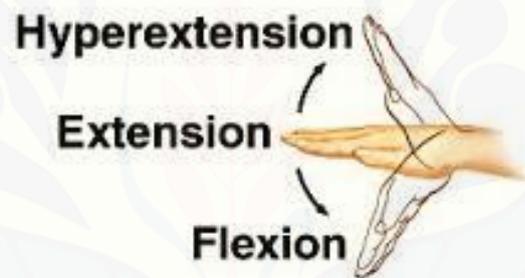
2. Bagian siku

FLEKSI DAN EKSTENSI



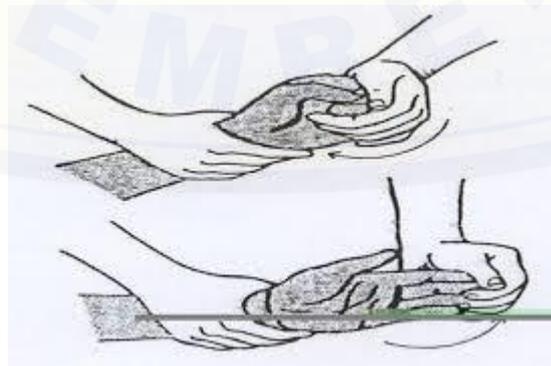
Menggerakkan lengan bawah fleksi-ekstensi (tekuk lengan pasien sehingga lengan menyentuh kebau, luruskanlengan ke depan) (Pradana, 2016).

3. Pergelangan tangan



Fleksi (tekuk pergelangan tangan ke bawah), Ekstensi (luruskan telapak tangan), dan hiper ekstensi (tekuk pergelangan tangan ke belakang/ke atas dan tegakkan jari-jari).

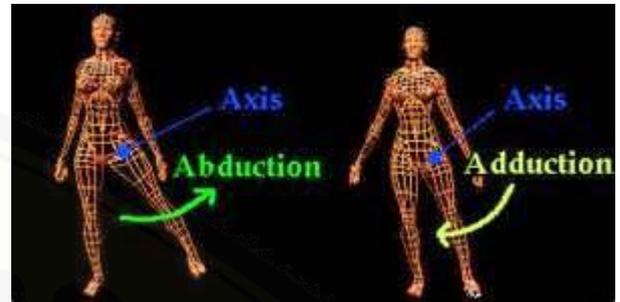
4. Jari-jari



Fleksi-ekstensi (memegang telapak tangan, tekuk semua jari sekali, luruskan semua jari sekali).

Tahap kedua pada ekstremitas bawah:

1. Panggul



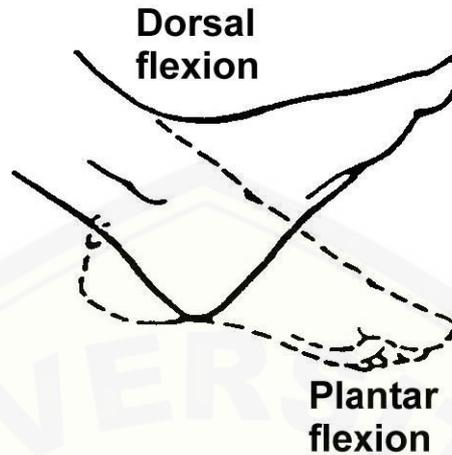
Yaitu menggerakkan kaki fleksi (angkat kaki ke arah atas semampu mungkin), Ekstensi (menurunkan kaki dan meluruskan lutut) kemudian abduksi dan adduksi kaki keluar-kedalam (geser kaki mengarah ke samping badan kemudian geser menuju ke arah dalam/kembali).

2. Lutut



Menggerakkan lutut fleksi-ekstensi (tekuk lutut dan luruskan sampai lurus)

3. Pergelangan kaki



Lakukan pergerakan dorsal fleksi (yaitu mengarahkan kaki/pergelangan kaki menekuk) dan plantar fleksi (yaitu meluruskan pergelangan kaki) pada pergelangan kaki

4. Jari kaki



fleksi-ekstensi (tekuk semua jari menurun dan mendorong semua jari ke belakang).

Setiap gerakan *ROM* harus diulang sekitar 8 kali dan dikerjakan minimal 2 kali sehari. Pada latihan ekstremitas ini dapat dilakukan tangan/kaki kanan ataupun tangan/kaki kiri terlebih dahulu. Jika pasien terdapat kesulitan melakukan latihan *ROM*, keluarga atau perawat dapat membantunya (Pradana, 2016).

Tahap yang ketiga: Pengaturan posisi

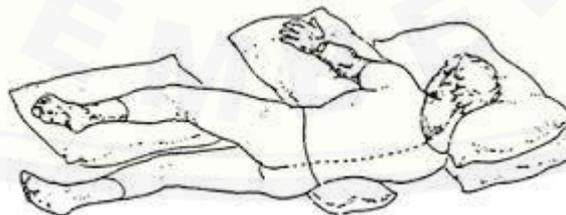
Pengaturan atau perubahan posisi ini dilakukan setiap dua sampai tiga jam sekali. Dimulai dari:

1. Tidur terlentang

Posisikan pasien terlentang dengan bantal pada sisi yang mengalami hambatan.

2. Miring kekiri

Posisikan pasien miring ke arah kiri dengan memberikan bantal.

3. Miring kekanan.

Posisikan pasien miring ke arah kiri dengan memberikan bantal (Pradana, 2016).

Lampira 4.4

**SATUAN ACARA PENYULUHAN
“STROKE ISKEMIK”**



**DISUSUN OLEH :
Indra Harianzah Putra
NIM 152303101029**

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

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Topik	: Stroke Iskemik
Hari/Tanggal	: Kamis, 09 November 2017
Waktu / Jam	: 20 Menit / 09.00 – 10.00 WIB
Tempat	: Ruang melati No. 5 RSUD dr. Haryoto Lumajang
Penyuluh	: Indra Harianzah Putra

A. Analisa situasional

- 1) Peserta penyuluhan
 - a) Keluarga Tn. M
 - b) Jumlah peserta sekitar 2 orang
 - c) Minat dan perhatian cukup baik
- 2) Penyuluh
 - a) Mampu mengkomunikasikan penyuluhan dengan metode yang sesuai
 - b) Penyuluh mengerti dan memahami materi penyuluhan
- 3) Ruangan
 - a) Cukup luas dan sesuai dengan jumlah peserta juga dengan kursi yang memadai
 - b) Penerangan cukup terang

B. Tujuan Instruksional

- 1) Tujuan Umum
Setelah diberikannya penyuluhan ini diharapkan keluarga Tn. M mampu mengerti tentang penyakit Stroke Iskemik.
- 2) Tujuan Khusus
Setelah mengikuti penyuluhan diharapkan keluarga mampu :
 - a) Mampu menyebutkan pengertian Stroke Iskemik.
 - b) Mampu menyebutkan penyebab dari Stroke Iskemik.
 - c) Mampu menyebutkan gejala yang muncul dari Stroke Iskemik.

C. Sub pokok bahasan

- 1) Pengertian Stroke Iskemik.

- 2) Penyebab Stroke Iskemik.
- 3) Gejala Stroke Iskemik.

D. Kegiatan penyuluhan

Kegiatan dan waktu	Kegiatan penyuluhan	Kegiatan peserta	Metode	Media
Pembukaan (5 menit)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam pembukaan 2. Memperkenalkan diri 3. Mengkaji apersepsi audience 4. Menyampaikan relevansi 5. Kontrak waktu. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab salam 2. Mendengarkan 3. Memperhatikan 	Ceramah	-
Penyajian (10 menit)	<p>a. Menjelaskan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pengertian Stroke Iskemik. 2) Penyebab Stroke Iskemik. 3) Gejala Stroke Iskemik. <p>b. Menjawab pertanyaan.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengarkan 2. Memperhatikan 3. Bertanya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ceramah. 2. Tanyajawab 	Leaflet
Penutup (5menit)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mengevaluasi hasil penyuluhan dan bertanya pada audiens 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab pertanyaan 2. Menjawab salam penutup 	Ceramah	-

	2) Menyampaikan kesimpulan			
	3) Menyampaikan tindak lanjut			

E. Materi Penyuluhan

Terlampir

F. Media

1) Leaflet

G. Metode Penyuluhan

1) Ceramah

2) Tanya jawab

H. Evaluasi

Menanyakan kembali tentang materi yang dijelaskan kepada peserta penyuluhan, tentang :

- 1) Tolong ibu jelaskan apa yang dimaksud Stroke Iskemik?
- 2) Tolong ibu sebutkan salah satu penyebab dari penyakit Stroke Iskemik?
- 3) Tolong ibu sebutkan salah satu gejala dari penyakit Stroke Iskemik?

MATERI PENYULUHAN

STROKE ISKEMIK

A. Pengertian

Stroke adalah penyakit serebrovaskular (pembuluh darah otak) yang ditandai dengan gangguan fungsi otak karena adanya kerusakan atau kematian jaringan otak akibat berkurangnya atau tersumbatnya aliran darah dan oksigen ke otak. Stroke iskemik terjadi bila jaringan dan sel-sel otak mengalami kekurangan oksigen dan nutrisi yang disebabkan adanya penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah (Lili Indrawati, 2016).

Stroke iskemik (non hemoragic) yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti (Nurarif & Kusuma, 2016).

B. Penyebab

Terdapat beberapa masalah yang dapat memungkinkan terjadinya stroke iskemik, antara lain:

1) Trombosis serebri

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemia jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesti di sekitarnya. Trombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemia serebri. Tanda dan gejala neurologis sering kali memburuk dalam 48 jam setelah terjadinya trombosis otak.

2) Aterosklerosis

Aterosklerosis adalah mengerasnya pembuluh darah serta berkurangnya kelenturan atau elastisitas dinding pembuluh darah. Manifestasi klinis aterosklerosis bermacam-macam. Kerusakan dapat terjadi melalui mekanisme berikut: lumen arteri menyempit dan mengakibatkan berkurangnya aliran darah,

oklusi mendadak pembuluh darah karena terjadi trombosis, merupakan tempat pembentukan trombus, kemudian melepaskan kepingan trombus (embolus) dan dinding arteri menjadi lemah dan terjadi aneurisma (Muttaqin, 2011).

3) Hiperkoagulasi pada polisitemia

Darah bertambah kental, peningkatan viskositas/hematokrit meningkat dapat melambatkan aliran darah serebri (Muttaqin, 2011).

4) Arteritis (radang pada arteri)

5) Emboli

Emboli serebri merupakan penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak, dan udara. Pada umumnya emboli berasal dari trombus di jantung yang terlepas dan menyumbat sistem arteri serebri. Emboli tersebut berlangsung cepat dan gejala yang timbul kurang dari 10-30 detik. Beberapa keadaan yang dapat menimbulkan emboli: katup-katup jantung yang rusak akibat penyakit jantung reumatik, infark miokardium, fibrilasi, dan keadaan aritmia menyebabkan berbagai bentuk pengosongan ventrikel sehingga darah membentuk gumpalan kecil dan sewaktu-waktu kosong sama sekali mengeluarkan embolus-embolus kecil. Endokarditis oleh bakteri dan nonbakteri, menyebabkan terbentuknya gumpalan-gumpalan pada endokardium (Muttaqin, 2011).

C. Gejala Klinis

Menurut (Smeltzer, 2013) manifestasi klinis pada stroke iskemik adalah sebagai berikut:

1) Kehilangan Motorik

Hemiplegia, hemiparesis, paralisis kulai (lemah) dan kehilangan atau penurunan refleks tendon dalam (manifestasi klinis awal) dilanjutkan dengan (setelah 48 jam) kemunculan kembali refleks tendon dalam dan secara abnormal meningkatnya tonus otot (spastisitas).

2) Kehilangan Komunikasi

Disartria (sulit berbicara), disfagia (gangguan bicara) atau afasia (kehilangan kemampuan berbicara), apraksia (ketidakmampuan untuk melaksanakan tindakan yang telah dipelajari sebelumnya).

3) Gangguan Persepsi dan Kehilangan Sensori

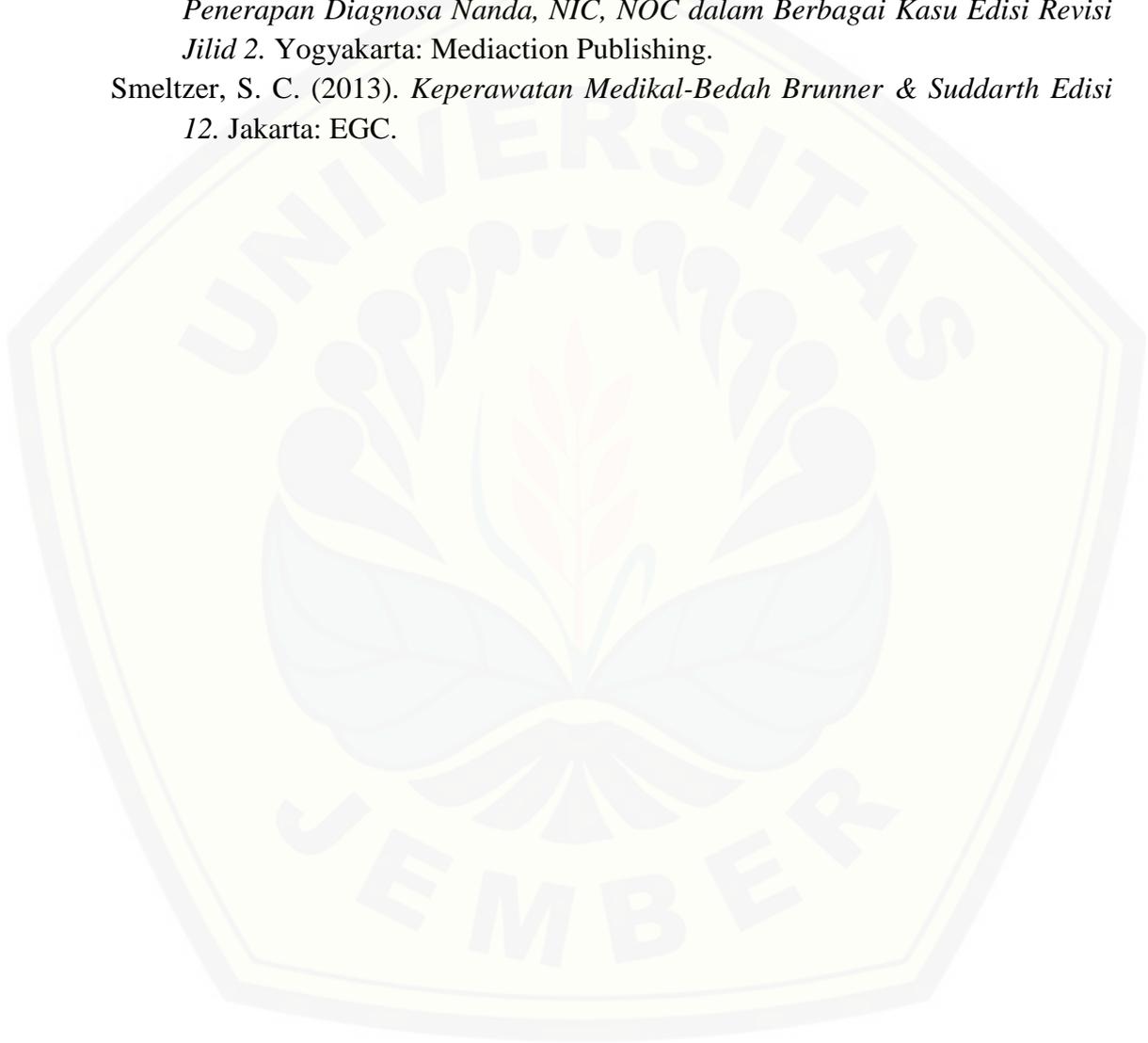
Disfungsi persepsi-visual (hemianopia homonimus [kehilangan setengah bagian lapang pandang]), gangguan dalam hubungan spasial-visual (mempersepsikan hubungan antara dua objek atau lebih dalam area yang renggang) sering kali terlihat pada pasien dengan kerusakan hemisfer kanan, kehilangan sensori: sedikit gangguan dalam merasakan sentuhan atau lebih berat dengan hilangnya proprioepsi; kesulitan dalam memutus stimulus visual, taktil, dan pendengaran.

4) Gangguan Efek Kognitif dan Psikologis

Kerusakan lobus frontal akan mempengaruhi kemampuan belajar, memori, atau fungsi intelektual kortikal lain yang lebih tinggi dapat terganggu. Disfungsi tersebut mungkin direfleksikan dalam terbatasnya rentang perhatian, kesulitan dalam membuat kesimpulan, pelupa, dan kekurangan motivasi. Yang kedua adalah depresi atau masalah psikologis lain seperti; labilitas emosional, permusuhan, frustasi, kemarahan, dan kehilangan kerja sama.

DAFTAR PUSTAKA

- Lili Indrawati, W. S. (2016). *Care Yourself Stroke*. Jakarta: Penebar Swadaya Grup.
- Muttaqin, A. (2011). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis Berdasarkan Penerapan Diagnosa Nanda, NIC, NOC dalam Berbagai Kasus Edisi Revisi Jilid 2*. Yogyakarta: Mediacion Publishing.
- Smeltzer, S. C. (2013). *Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth Edisi 12*. Jakarta: EGC.



Lampiran 4.5

STROKE ISKEMIK



Oleh:
Indra Harianzah Putra
152303101029

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

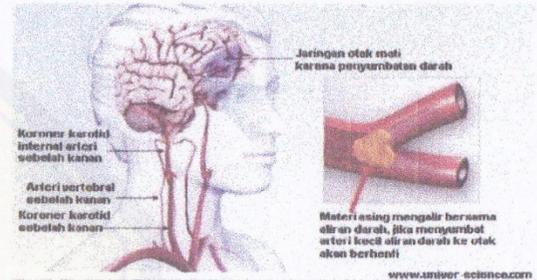
**APA ITU
STROKE ISKEMIK?**



Adalah kematian jaringan otak sebagai akibat kekurangan aliran darah dan oksigen pada jaringan otak yang disebabkan oleh tersumbatnya pembuluh darah pada otak.

Penyebab stroke iskemik:

Dapat diebabkan karena adanya sumbatan atau penyempitan pembuluh darah otak akibat penumpukan bekuan darah, lemak, ataupun udara.



TANDA DAN GEJALA:

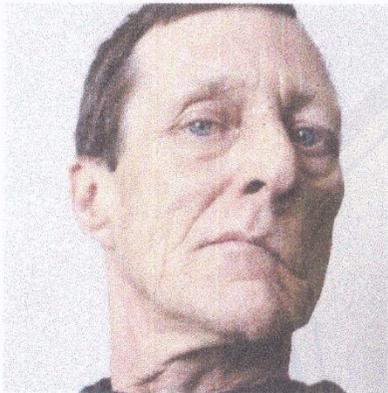
1. Kehilangan Motorik
Terjadinya kelemahan pada anggota gerak tubuh.



www.univer-science.com

2. Kehilangan Komunikasi

Klien dapat mengalami kondisi tidak bisa berbicara, wajah perot, sulit berbicara, dan gangguan dalam mengucapkan artikulasi kata (pelo).



4. Gangguan Efek Kognitif dan Psikologis

Terjadinya gangguan daya ingat, pikun, kesulitan berkonsentrasi, emosi yang tidak stabil, frustrasi, dsb.



3. Gangguan Persepsi dan Kehilangan Sensori

Terjadinya gangguan penglihatan, pendengaran, penciuman, dan perabaan.



Lampiran 4.6

SATUAN ACARA PENYULUHAN
“Latihan *Range Of Motion* (ROM)”



DISUSUN OLEH :
Indra Harianzah Putra
NIM 152303101029

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN UNEJ
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Topik	: Latihan <i>Range Of Motion</i> (ROM)
Hari/Tanggal	: Kamis, 09 November 2017
Waktu / Jam	: 20 Menit / 09.00 – 10.00 WIB
Tempat	: Ruang melati No. 5 RSUD dr. Haryoto Lumajang
Penyuluh	: Indra Harianzah Putra

A. Analisa situasional

- 1) Peserta penyuluhan
 - a) Keluarga Tn. M
 - b) Jumlah peserta sekitar 2 orang
 - c) Minat dan perhatian cukup baik
- 2) Penyuluh
 - a) Mampu mengkomunikasikan penyuluhan dengan metode yang sesuai
 - b) Penyuluh mengerti dan memahami materi penyuluhan
- 3) Ruangan
 - a) Cukup luas dan sesuai dengan jumlah peserta juga dengan kursi yang memadai
 - b) Penerangan cukup terang

B. Tujuan Instruksional

- 1) Tujuan Umum

Setelah diberikannya penyuluhan ini diharapkan keluarga Tn. M mampu mengerti tentang Latihan *Range Of Motion* (ROM) dan menerapkannya pada Tn. M.
- 2) Tujuan Khusus

Setelah mengikuti penyuluhan diharapkan keluarga mampu :

 - a) Mampu menyebutkan pengertian Latihan *Range Of Motion* (ROM).
 - b) Mampu menyebutkan Manfaat Latihan *Range Of Motion* (ROM).
 - c) Mampu memperagakan Latihan *Range Of Motion* (ROM) kepada Tn. M .

C. Sub pokok bahasan

- 1) Pengertian Latihan *Range Of Motion* (ROM).
- 2) Manfaat Latihan *Range Of Motion* (ROM).
- 3) Klasifikasi Latihan *Range Of Motion* (ROM).
- 4) Indikasi Latihan *Range Of Motion* (ROM).
- 5) Kontraindikasi Latihan *Range Of Motion* (ROM).
- 6) Macam-macam gerakan pada Latihan *Range Of Motion* (ROM).

D. Kegiatan penyuluhan

Kegiatan dan waktu	Kegiatan penyuluhan	Kegiatan peserta	Metode	Media
Pembukaan (5 menit)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam pembukaan 2. Memperkenalkan diri 3. Mengkaji apersepsi audience 4. Menyampaikan relevansi 5. Kontrak waktu. 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Menjawab salam 5. Mendengarkan 6. Memperhatikan 	Ceramah	-
Penyajian (10 menit)	<p>a. Menjelaskan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengertian Latihan <i>Range Of Motion</i> (ROM). 2. Manfaat Latihan <i>Range Of Motion</i> (ROM). 3. Klasifikasi 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Mendengarkan 5. Memperhatikan 6. Bertanya 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Ceramah. 4. Tanyajawab 5. Demonstrasi 	Leaflet

	<p>Latihan <i>Range Of Motion</i> (ROM).</p> <p>4. Indikasi Latihan <i>Range Of Motion</i> (ROM).</p> <p>5. Kontraindikasi Latihan <i>Range Of Motion</i> (ROM).</p> <p>6. Macam-macam gerakan pada Latihan <i>Range Of Motion</i> (ROM).</p> <p>b. Menjawab pertanyaan.</p>			
Penutup (5menit)	<p>1. Mengevaluasi hasil penyuluhan dan bertanya pada audiens</p> <p>2. Menyampaikan kesimpulan</p> <p>3. Menyampaikan tindak lanjut</p>	<p>3. Menjawab pertanyaan</p> <p>4. Menjawab salam penutup</p>	Ceramah	-

E. Materi Penyuluhan

Terlampir

F. Media

- 1) Leaflet

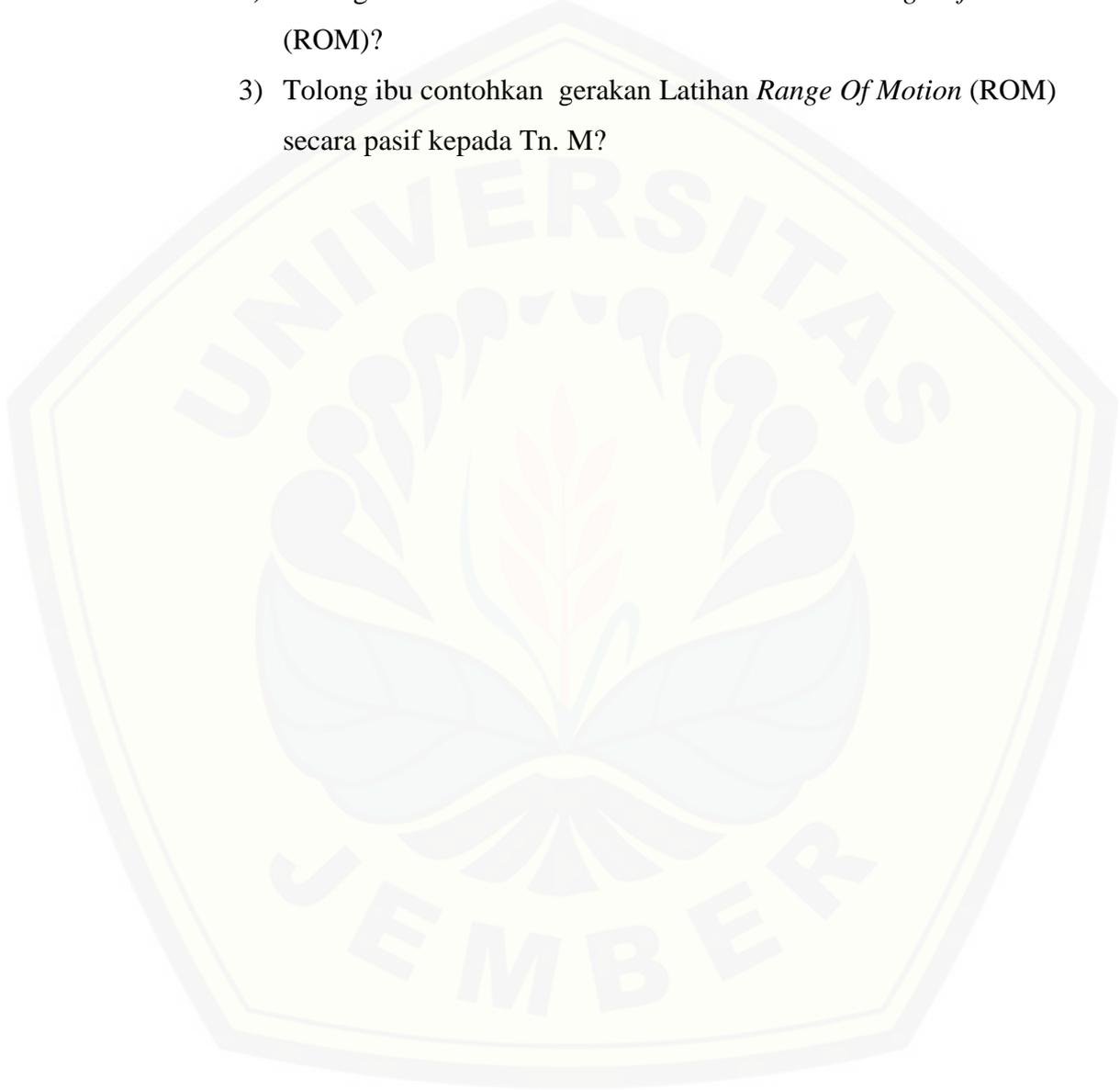
G. Metode Penyuluhan

- 1) Ceramah
- 2) Tanya jawab

H. Evaluasi

Menanyakan kembali tentang materi yang dijelaskan kepada peserta penyuluhan, tentang :

- 1) Tolong ibu jelaskan apa yang dimaksud Latihan *Range Of Motion* (ROM)?
- 2) Tolong ibu sebutkan salah satu manfaat Latihan *Range Of Motion* (ROM)?
- 3) Tolong ibu contohkan gerakan Latihan *Range Of Motion* (ROM) secara pasif kepada Tn. M?



MATERI PENYULUHAN LATIHAN *RANGE OF MOTION* (ROM)

A. Pengertian

Latihan *Range Of Motion*(ROM) adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot (Sulistiawan & Husna, 2014).

B. Manfaat

- 1) Menentukan nilai kemampuan sendi tulang dan otot dalam melakukan pergerakan.
- 2) Mengkaji tulang, sendi, dan otot.
- 3) Mencegah terjadinya kekakuan sendi.
- 4) Memperlancar sirkulasi darah.
- 5) Memperbaiki tonus otot.
- 6) Meningkatkan mobilisasi sendi.
- 7) Memperbaiki toleransi otot untuk latihan (Sulistiawan & Husna, 2014).

C. Klasifikasi

- 1) ROM Aktif adalah kontraksi otot secara aktif melawan gaya gravitasi seperti mengangkat tungkai dalam posisi lurus.
- 2) ROM Pasif yaitu gerakan otot klien yang dilakukan oleh orang lain dengan bantuan oleh klien (Sulistiawan & Husna, 2014).

D. Indikasi

- 1) Indikasi ROM Aktif
 - (a) Pada saat pasien dapat melakukan kontraksi otot secara aktif dan menggerakkan ruas sendinya baik dengan bantuan atau tidak.
 - (b) Pada saat pasien memiliki kelemahan otot dan tidak dapat menggerakkan persendian sepenuhnya, digunakan A-AROM (*Active-Assistive ROM*), adalah

jenis ROM Aktif yang manabantuan diberikan melalui gaya dariluar apakah secara manual atau mekanik, karena otot penggerak primer memerlukan bantuan untuk menyelesaikan gerakan).

- (c) ROM Aktif dapat digunakan untuk program latihan aerobik.
- (d) ROM Aktif digunakan untuk memelihara mobilisasi ruas diatas dan dibawah daerah yang tidak dapat bergerak.

2) Indikasi ROM Pasif

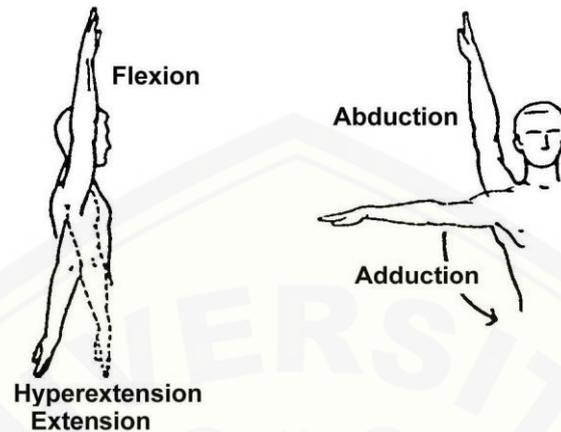
- (a) Pada daerah dimana terdapat inflamasi jaringan akut yang apabila dilakukan pergerakan aktif akan menghambat proses penyembuhan. Ketika pasien tidak dapat atau tidak diperbolehkan untuk bergerak aktif pada ruas atau seluruh tubuh, misalnya keadaan koma, kelumpuhan atau *bed rest* total (Sulistiawan & Husna, 2014).

E. Kontraindikasi

- 1) Latihan ROM tidak boleh diberikan apabila gerakan dapat mengganggu proses penyembuhan cedera.
 - (a) Yang terkontrol dengan seksama dalam batas-batas gerakan yang bebas nyeri selama fase awal penyembuhan akan memperlihatkan manfaat terhadap penyembuhan dan pemulihan.
 - (b) Terdapatnya tanda-tanda terlalu banyak atau terdapat gerakan yang salah, termasuk meningkatnya rasa nyeri dan peradangan.
- 2) ROM tidak boleh dilakukan bila respon pasien atau kondisinya membahayakan (*life threatening*).
 - (a) PROM dilakukan secara hati-hati pada sendi-sendi besar, sedangkan AROM pada sendi ankle dan kaki untuk meminimalisasi venous stasis dan pembentukan trombus.
 - (b) Pada keadaan setelah infark miokard, operasi arteri koronaria, dan lain-lain, AROM pada ekstremitas atas masih dapat diberikan dalam pengawasan yang ketat (Sulistiawan & Husna, 2014).

F. Macam-macam gerakan ROM

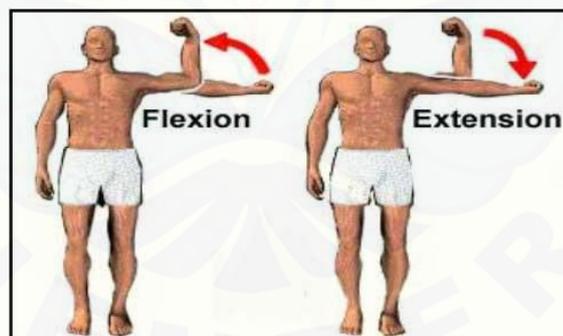
1) Bahu



Gerakkan lengan abduksi-adduksi (geser lengan menjauh menyamping dari badan, biarkan lengan berputar dan berbalik), fleksi-ekstensi (angkat lengan lurus melewati kepala pasien, istirahatkan lengan terlentang diatas kepala di tempat tidur) hiper ekstensi (arahkan tangan menuju ke arah belakang).

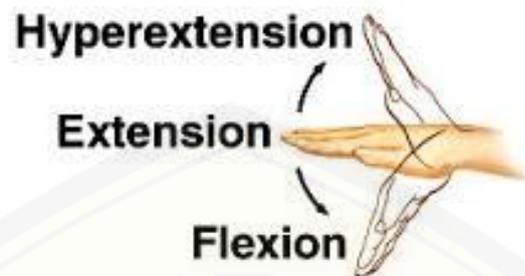
2) Bagian siku

FLEKSI DAN EKSTENSI



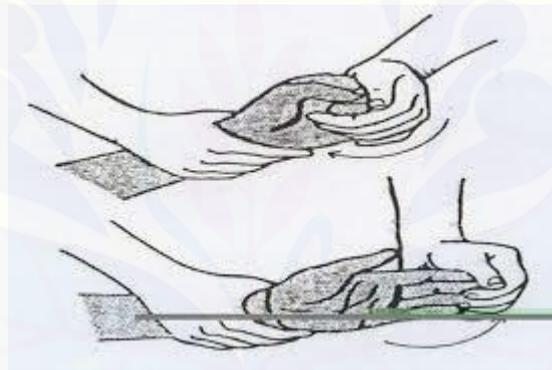
Menggerakkan lengan bawah fleksi-ekstensi (tekuk lengan pasien sehingga lengan menyentuh kebahu, luruskanlengan ke depan)

3) Pergelangan tangan



Fleksi (tekuk pergelangan tangan ke bawah), Ekstensi (luruskan telapak tangan), dan hiper ekstensi (tekuk pergelangan tangan kebelakang/ke atas dan tegakkan jari-jari).

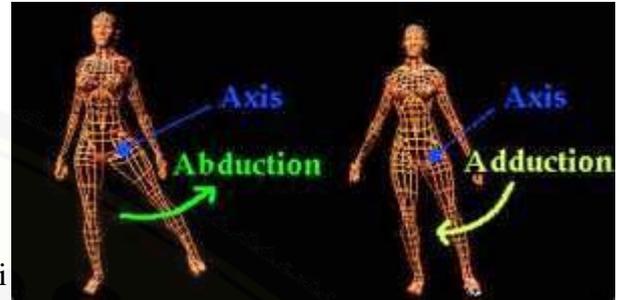
4) Jari-jari



Fleksi-ekstensi (memegang telapak tangan, tekuk semua jari sekali, luruskan semua jari sekali).

Tahap kedua pada ekstremitas bawah:

1) Panggul



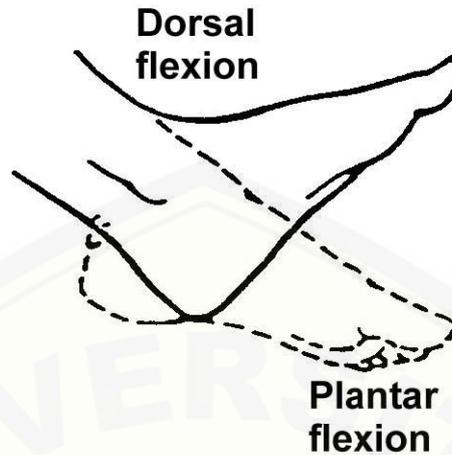
mungkin), Ekstensi (menurunkan kaki dan meluruskan lutut) kemudian abduksi dan adduksi kaki keluar-kedalam (geser kaki mengarah kesamping badan kemudian geser menuju ke arah dalam/kembali).

2) Lutut



Menggerakkan lutut fleksi-ekstensi (tekuk lutut dan luruskan sampai lurus)

3) Pergelangan kaki



Lakukan pergerakan dorsal fleksi (yaitu mengarahkan kaki/pergelangan kaki menekuk) dan plantar fleksi (yaitu meluruskan pergelangan kaki) pada pergelangan kaki.

4) Jari kaki

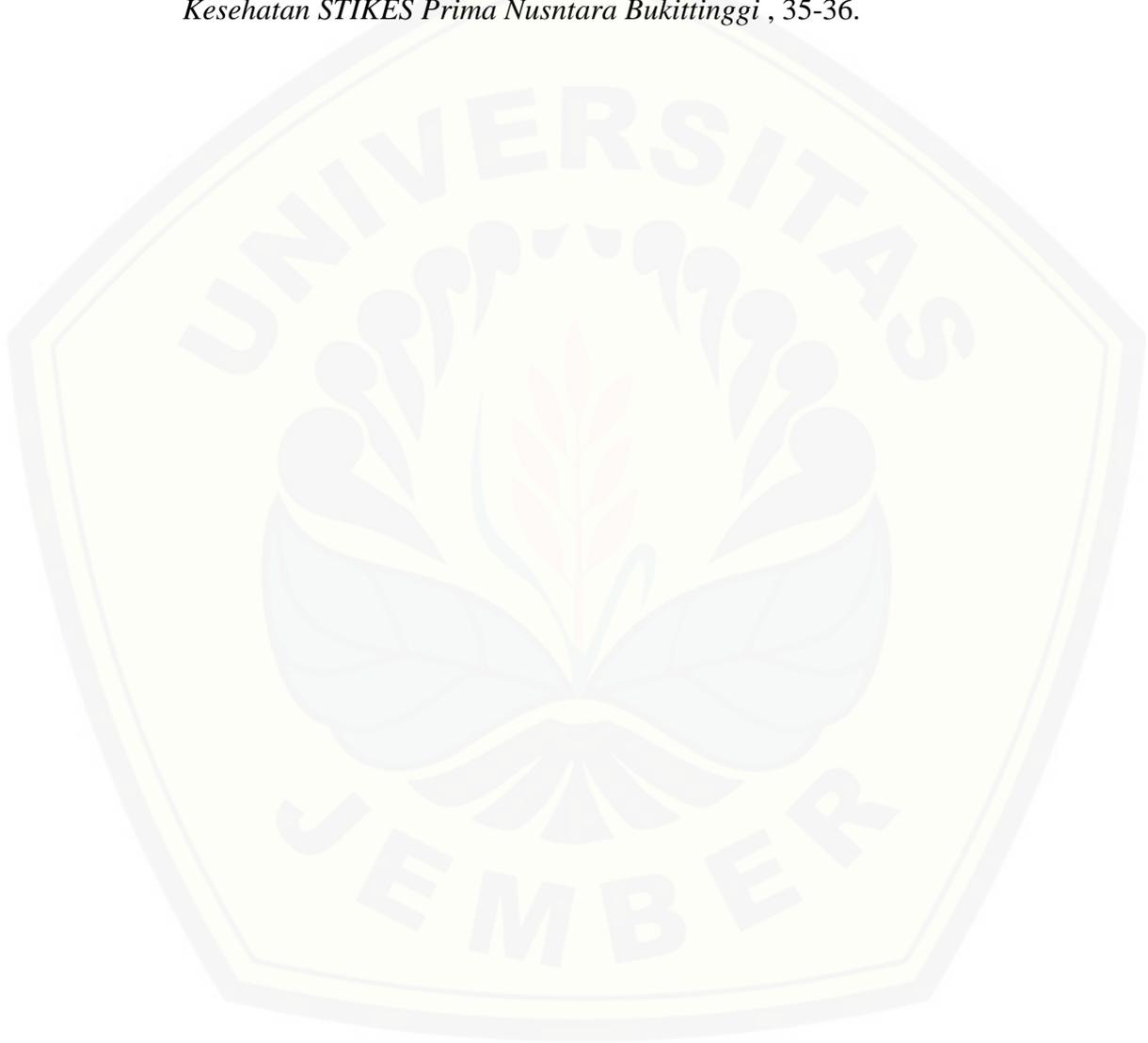


fleksi-ekstensi (tekuk semua jari menurun dan mendorong semua jari ke belakang).

Setiap gerakan *ROM* harus diulang sekitar 8 kali dan dikerjakan minimal 2 kali sehari. Pada latihan ekstremitas ini dapat dilakukan tangan/kaki kanan ataupun tangan/kaki kiri terlebih dahulu. Jika pasien terdapat kesulitan melakukan latihan *ROM*, keluarga atau perawat dapat membantunya (Pradana, 2016).

DAFTAR PUSTAKA

- Pradana, M. D. (2016). Upaya Peningkatan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Nonhemoragik di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro. *Tugas Akhir Karya Tulis Ilmiah, Universitas Muhammadiyah Surakarta* , 03-04.
- Sulistiawan, A., & Husna, E. (2014). Pengaruh Terapi Aktif Menggenggam Bola Terhadap Kekuatan Otot Pasien Stroke di RSSN Bukittinggi. *Jurnal Kesehatan STIKES Prima Nusntara Bukittinggi* , 35-36.



Lampiran 4.7

LATIHAN RANGE OF MOTION
(ROM)



Oleh:

Indra Harianzah Putra

15203101029

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN UNEJ
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018

A. Pengertian



Latihan ROM adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan/memperbaiki tingkat kemampuan pergerakan sendi secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan kekuatan otot.

B. Manfaat

1. Mencegah terjadinya kekakuan sendi.
2. Memperlancar sirkulasi darah.
3. Memperbaiki tonus otot.
4. Meningkatkan mobilisasi sendi.

C. Klasifikasi

1. ROM Aktif: dilakukan secara mandiri.
2. ROM Pasif: dilakukan dengan bantuan orang lain.

D. Indikasi

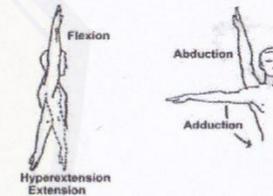
1. ROM Aktif:
Individu dapat menggerakkan anggota gerak tubuhnya secara mandiri.
2. ROM Pasif:
Individu tidak dapat/tidak diperbolehkan menggerakkan anggota gerak tubuhnya secara mandiri.

E. Kontraindikasi

Latihan ROM tidak boleh diberikan apabila gerakan dapat mengganggu proses penyembuhan/membahayakan (*life threatening*).

F. Macam-macam gerakan ROM

1. Bahu

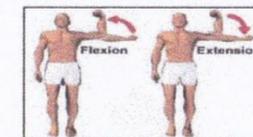


Abduksi-adduksi (geser lengan menjauh menyamping dari badan).

Fleksi-ekstensi (angkat lengan lurus melewati kepala pasien).

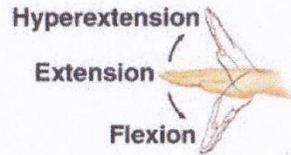
Hiperekstensi (arahkan tangan menuju ke arah belakang).

2. Bagian siku



Fleksi-ekstensi (tekuk lengan sampai menyentuh ke bahu, luruskan lengan ke depan).

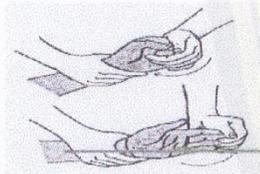
3. Pergelangan tangan



Fleksi-Ekstensi (tekuk pergelangan tangan ke bawah dan lurus telapak tangan).

Hiperekstensi (tekuk pergelangan tangan ke atas dan tegakkan jari-jari).

4. Jari-jari



Fleksi-ekstensi (memegang telapak tangan, tekuk semua jari & lurus semua jari sekali).

5. Panggul

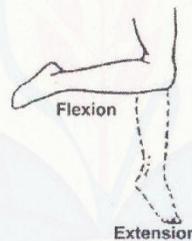


Fleksi-Ekstensi (angkat kaki ke arah atas semampurnya & menurunkan kaki dan meluruskan lutut)



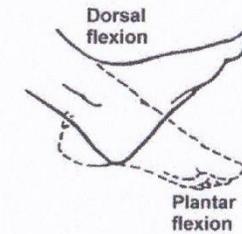
Abduksi-Adduksi kaki (geser kaki mengarah kesamping badan kemudian geser menuju ke arah dalam/kembali).

6. Lutut



Lutut fleksi-ekstensi (tekuk lutut dan lurus sampai lurus).

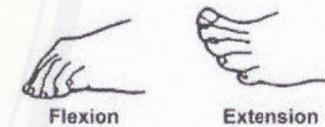
7. Pergelangan kaki



Dorsal fleksi (yaitu mengarahkan kaki/pergelangan kaki menekuk)

Plantar fleksi (yaitu meluruskan pergelangan kaki) pada pergelangan kaki.

8. Jari kaki



Fleksi-Ekstensi (tekuk semua jari menurun dan mendorong semua jari kebelakang).

***Setiap gerakan ROM harus diulang sekitar 8 kali dan dikerjakan minimal 2 kali sehari.**

Lampiran 4.8

LEMBAR CHECK LIST
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN STRKOE ISKEMIK
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN HAMBATAN MOBILITAS
FISIK DI RUANG MELATI RSUD dr. HARYOTO LUMAJANG
TAHUN 2017

Petunjuk Pengisian:

Isilah semua tindakan yang telah dilakukan dengan memberi tanda centang (√) pada pilihan jawabandan beri keterangan dalam kolom yang tersedia.

No	Tindakan (ROM) pasif	Dilakukan			
		Klien 1		Klien 2	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1.	Bahu: a. Abduksi b. Adduksi	√ √		√ √	
2.	Siku: a. Fleksi b. Ekstensi	√ √		√ √	
3.	Pergelangan Tangan: a. Fleksi b. Ekstensi	√ √		√ √	
4.	Jari-jari: a. Fleksi (menggenggam) b. Ekstensi (membuka genggam)	√ √		√ √	

5.	Panggul: a. Fleksi b. Ekstensi c. Abduksi d. Adduksi	√ √ √ √		√ √ √ √	
6.	Lutut: a. Fleksi b. Ekstensi	√ √		√ √	
7.	Pergelangan kaki: a. Dorsal fleksi b. Plantar Fleksi	√ √		√ √	
8.	Jari kaki: a. Fleksi b. Ekstensi	√ √		√ √	
9.	Tidur Terlentang	√		√	
10.	Miring kiri	√		√	
11.	Miring kanan	√		√	

Keterangan:

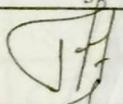
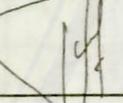
Terapi latihan diberikan oleh penulis sebanyak 1 kali sehari dan setiap gerakan diulangi sebanyak 8 kali pada setiap klien.

Lampiran 4.9

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

**LOG BOOK PENYUSUNAN KTI
MAHASISWA D3 UNEJ KAMPUS LUMAJANG**

NAMA MAHASISWA : Indra Harianzah Putra
N I M : 152303101029
PROGRAM STUDI : D3 Keperawatan UNEJ Kampus Lumajang
JUDUL KARYA TULIS ILMIAH : Asuhan Keperawatan pada pasien stroke iskemik dengan masalah Keperawatan hambatan mobilitas fisik di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang
TAHAP PENULISAN KTI

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
1	6-2-2019.	Konsep bab 4. (perubahan)	✓ Rent Alat bantu membeli keranjang ✓ beli Alat keranjang.		
2.	7-2-2019	BBLH membuat	Perlu sbabny F, T, D → Pembahasan → Fald Ole tajin → Wai & Pemas, Test Dak Religi ← Ds DO.		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4		6
3.	13/2 ¹⁸	trial sub 4 pala. mufi, lshg Elung	Review sege arah li-ate.		
4.	14/2	sub 4	Review FTU -> Per tajam.		
5	15/2 2018.	BAB 4	Review se-ang		
6.	20/2 2018	BAB 4.	Acc selang review Cant pol elung, pola pungur		
7.	21/2 2018.	BAB 4.	Review Rah F T, O		
8.	22/2 2018.	BAB 4	Konfirmasi hand review kemant terkait pengpr.		
9	23/2 2018.	BAB 4	Re pembelan masalah Def Festa / Hk Pk ... N. C. Cij Re - Selai Fon 4 Opini		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
10	28/2 2018	Konrol BAB 4	TD → pembalasan - - - dan sep		
11	5/3 2018	Konrol BAB 4	Bla Sep →		
12	8/3 2018	Konrol BAB 4	Be ... Sep ... pembalasan ...		
13	19/3 2018	Konrol BAB 4	Ambas Duit Sep Lupa ... pembalasan ...		
14	2/4 2018	Konrol BAB 4	Rogis - see and		
15	3/4 2018	Konrol BAB 4: implementasi & evaluasi Konrol BAB 5	Rogis Sep Ambas		
16	4/4 2018	Konrol BAB 4: implementasi Konrol BAB 5	pembalasan → see - lengkap - see see Rogis - see el pembalasan		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
17.	5/4 2018	Konsul BAB 5	Konsul Sam > Apple		
18.	6/4 2018	Konsul Samu BAB 5	Samu Revisi lagi BAB 5 revisi Acc		
19.	19/4 2018	Konsul Revisi selang BAB 1-5 (Bu Sari)	Revisi sedikit lagi untuk BAB 4 dan penulisan		
20	23/4 2018	Konsul Revisi selang BAB 1, 4, 5 (Bu Sari)	ACC		
21	7/5 2018	Konsul Revisi selang BAB 1, 2 lampiran (PAK AELISH)	ACC		
22.	20/4 2018	Konsul Revisi selang (Bu Indri): Cover, BAB 1, 2	Perbaiki sesuai hasil konsultasi Cover, BAB 1, 2		
23	29/4 2018	Konsul Revisi selang BAB 2, 3, 4, 5	Perbaiki untuk BAB 3 & BAB 4 *		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
24	2/5 2018	Konrol Revisi KTI BAB 3 & BAB 1	Selahkan lanjut untuk BAB 4		
25	9/5 2018	Konrol Revisi KTI BAB 4	Tambahkan sesuai hasil revisi dan banyakin untuk BAB 4 implementasi - evaluasi		
26	14/5 2018	Konrol Revisi KTI BAB 4 implementasi & pembahasan.	Perbaiki lagi sesuai hasil revisi dan tambahkan sesuai hasil bimbingan		
27	17/5 2018	Konrol Revisi KTI BAB 4	Masih ada beberapa poin yang harus diperbaiki sesuai hasil bimbingan		
28	21/5 2018	Konrol Revisi KTI BAB 4, implementasi & pembahasan.	Lanjutkan dengan ringkasan tinggal memperbaiki sedikit lagi untuk BAB 4		
29	22/5 2018	Konrol Revisi KTI & Ringkasan, BAB 4.	Selahkan lanjut ringkasan, perbaiki sesuai hasil bimbingan		
30	25/5 2018	Konrol Revisi KTI Ringkasan.	See revisi		