

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS
ASUHAN KEPERAWATAN TEKNIK LATIHAN PENGUATAN SENDI
PADA PASIEN *STROKE NON HEMORAGIK* (SNH) DENGAN
GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI RUANG *STROKE*
RSUD dr. M. YUNUS BENGKULU
TAHUN 2021**



**DISUSUN OLEH
GITA NOVERA
NIM P0 5120420 011**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI PROFESI NERS
TAHUN 2021**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS
ASUHAN KEPERAWATAN TEKNIK LATIHAN PENGUATAN SENDI
PADA PASIEN *STROKE NON HEMORAGIK* (SNH) DENGAN
GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI RUANG *STROKE*
RSUD dr. M. YUNUS BENGKULU
TAHUN 2021**

**Karya Ilmiah ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
untuk memperoleh Gelar Profesi Ners (Ns)**

**DISUSUN OLEH :
GITA NOVERA
NIM. P05120420011**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN BENGKULU
PRODI PROFESI NERS
TAHUN 2021**

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Dengan Judul

**ASUHAN KEPERAWATAN TEKNIK LATIHAN PENGUATAN SENDI
PADA PASIEN *STROKE NON HEMORAGIK* (SNH) DENGAN
GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI RUANG *STROKE*
RSUD dr. M. YUNUS BENGKULU
TAHUN 2021**

Disiapkan oleh:

GITA NOVERA
NIM. P05120420011

Karya Ilmiah Akhir Ners ini Telah Diperiksa dan Disetujui Untuk
Dipersentasikan Dihadapan Tim Penguji Program Studi Pendidikan
Profesi Ners Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Pada Tanggal : 16 September 2021

Oleh

Pembimbing



Ns. Rahma Annisa, S.Kep. M.Kep
NIP. 198503232010122002

HALAMAN PENGESAHAN

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Dengan Judul

**ASUHAN KEPERAWATAN TEKNIK LATIHAN PENGUATAN SENDI
PADA PASIEN *STROKE NON HEMORAGIK* (SNH) DENGAN
GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI RUANG *STROKE*
RSUD dr. M. YUNUS BENGKULU
TAHUN 2021**

Dipersiapkan dan dipresentasikan oleh:

GITA NOVERA
NIM. P05120420011


Karya Ilmiah Akhir Ners ini Telah diuji dan dinilai oleh Tim Penguji pada Sidang Karya Ilmiah Akhir Ners Program Studi Pendidikan Profesi Ners Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu Pada Tanggal 16 September 2021 dan dinyatakan

LULUS
Tim Penguji

1. **Ns. Septivanti, S.Kep, M.Pd**
NIP.197409161997032001
2. **Ns. Anditha.R, M.Kep, Sp.Kep.M.B**
NIP. 198406152008042003
3. **Ns. Rahma Annisa, S.Kep. M.Kep**
NIP. 198503232010122002

(.....
.....
.....)

Mengetahui,
Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners Program Profesi
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu


Ns. Hermansyah, S.Kep.,M.Kep
NIP. 197507161997031002

HALAMAN PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Gita Novera

Nim : P05120420011

Judul KIAN : Asuhan Keperawatan Teknik Latihan Penguatan Sendi
Pada Pasien *Stroke Non Hemoragik (SNH)* Dengan
Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang *Stroke* RSUD dr.
M. Yunus Bengkulu Tahun 2021

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa karya ilmiah akhir ners ini adalah betul-betul hasil karya saya dan bukan hasil penjiplakan dari hasil karya orang lain. Demikian pernyataan ini saya buat dan apabila kelak dikemudian hari terbukti dalam karya ilmiah akhir ners ada unsur penjiplakan, maka saya bersedia mempertanggung jawabkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Bengkulu, 10 September 2021
Yang Menyatakan,

Gita Novera
NIM. P05120420011

BIODATA

	<p>Nama : Gita Novera</p> <p>Tempat, Tanggal Lahir : Lalang Luas, 09 November 1997</p> <p>Agama : Islam</p> <p>Jenis Kelamin : Perempuan</p> <p>Alamat : Jalan Hibrida 14, RT 11, RW 08, No 18 Sidomulyo, Gading Cempaka, Bkl.</p> <p>Riwayat Pendidikan : 1. SD Negeri 07 Mukomuko</p> <p>2. SMP Negeri 32 Mukomuko</p> <p>3. SMA Negeri 05 Mukomuko</p> <p>4. D4 Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu</p>
---	--

KATA PENGANTAR

Puji Syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ners ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Teknik Latihan Penguatan Sendi Pada Pasien *Stroke Non Hemoragik (SNH)* Dengan Gngguan Mobilitas Fisik di Ruang Stroke RSUD Dr.M.Yunus Bengkulu”

Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dari berbagai pihak, Karya Ilmiah Akhir Ners ini tidak dapat diselesaikan. Penulis banyak mendapatkan bantuan baik berupa informasi, data atau pun dalam bentuk lainnya. Untuk itu, ucapan banyak terima kasih dihaturkan kepada:

1. Ibu Eliana, SKM, MPH, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Bengkulu.
2. Ibu Ns. Septiyanti, S.Kep., M.Pd, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
3. Bapak Ns. Hermansyah., M.Kep, selaku ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
4. Ibu Ns. Rahma Annisa,S.Kep,M.Kep, selaku pembimbing yang telah meluangkan waktu, tenaga dan fikiran untuk memberikan bimbingan dan pengarahan dengan penuh kesabaran kepada penulis dalam menyusun karya ilmiah akhir ners ini.
5. Seluruh Tenaga Pendidik dan Kependidikan Jurusan Keperawatan, yang telah sabar mendidik dan membimbingku selama satu tahun ini.
6. RSUD dr.M Yunus Bengkulu yang telah memberikan izin bagi penulis untuk melakukan penelitian
7. Semua pihak yang telah banyak memberikan bantuan dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir Ners ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan karya ilmiah akhir nersini masih ada kekurangan baik dari segi penulisan maupun penyusunan dan metodologi, oleh karena itu penulis

mengharapkan saran dan bimbingan dari berbagai pihak agar penulis dapat berkarya lebih baik dan optimal lagi di masa yang akan datang.

Semoga bimbingan dan bantuan serta nasihat yang telah diberikan akan menjadi amal baik oleh Allah Yang Maha Esa. Penulis berharap semoga Karya Ilmiah Akhir Ners yang telah penulis susun ini dapat bermanfaat bagi semua pihak serta dapat membawa perubahan positif terutama bagi penulis sendiri dan mahasiswa jurusan keperawatan Bengkulu lainnya.

Bengkulu, September 2021

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
LEMBAR PERNYATAAN	iv
HALAMAN BIODATA	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR BAGAN.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian.....	4
D. Manfaat Penelitian	5

BAB II TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Stroke	7
1. Pengertian Stroke	7
2. Penyebab Stroke	8
3. Klasifikasi Stroke	8
4. Komplikasi	11
5. Patofisiologi	11
6. WOC/Patway Stroke	12
7. Manifestasi Klinis	13
8. Faktor Resiko	13
9. Pemeriksaan Penunjang	13
10. Penatalaksanaan	14
B. Penelitian Terkait Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke	15
C. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik	22
1. Pengkajian	26
2. Diagnosa Keperawatan	29
3. Perencanaan	30
4. Implementasi	31
5. Evaluasi	31

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

A. Rencana Studi Kasus	32
B. Subyek Studi Kasus	32
C. Definisi Operasional	33
D. Tempat dan Waktu	34
E. Pengumpulan Data	34
F. Penyajian Data	34
G. Etika Studi Kasus	35

BAB IV HASIL STUDI KASUS

A. Gambaran Pengkajian Keperawatan Pasien stroke di Ruang Stroke RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu	37
B. Gambaran Riwayat Kesehatan	38
C. Pengkajian Kebutuhan Fisik	39
D. Pemeriksaan Fisik	42
E. Pemeriksaan Penunjang	43
F. Terapi Medis	44
G. Gambaran Diagnosa Keperawatan	46
H. Gambaran Implementasi Keperawatan	48

BAB V PEMBAHASAN

A. Gambaran Pengkajian Keperawatan	60
B. Gambaran Diagnosa Keperawatan	61
C. Gambaran Perencanaan Keperawatan	61
D. Gambaran Implementasi Keperawatan	63
E. Keterbatasan Studi Kasus	65

BAB VI PENUTUP

A. Kesimpulan.....	66
B. Saran.....	67

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

TABEL	HALAMAN
Tabel 2.1	23
Tabel 2.2	30
Tabel 4.1	37
Tabel 4.2	38
Tabel 4.3	39
Tabel 4.4	42
Tabel 4.5	43
Tabel 4.6	44
Tabel 4.7	46
Tabel 4.8	47
Tabel 4.9	58
Tabel 4.10	54

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut *World Health Organization* (WHO) stroke adalah suatu gangguan fungsi neurologis akut yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah dan terjadi secara mendadak (dalam beberapa detik) atau setidaknya tidaknya secara cepat (dalam beberapa jam) dengan gejala-gejala dan tanda-tanda yang sesuai dengan daerah otak terganggu (Erlita, 2017). Selain itu stroke juga merupakan etiologi kecacatan jangka panjang nomor satu di dunia, *stroke* dapat menimbulkan kecacatan bagi penderita yang mampu bertahan hidup, salah satunya adalah gangguan mobilitas fisik akibat kelemahan pada ekstremitas dan penurunan kekuatan otot yang dapat menghambat pemenuhan aktivitas kehidupan sehari-hari (Septiyani, 2017).

Berdasarkan data WHO (2016) menunjukkan angka kejadian *Stroke* didunia mencapai lebih 5,1 juta. Diperkirakan 7,6 juta orang akan meninggal karena *stroke* pada tahun 2030. Di Amerika Serikat *stroke* menjadi urutan ketiga penyebab kematian setelah penyakit jantung dan kanker. Penyakit stroke ialah masalah kesehatan yang menjadi penyebab utama terbanyak yang menimbulkan kecacatan didunia yang terjadi pada usia dewasa (Halimi, 2019).

Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar Kemenkes RI tahun 2018, Jumlah penderita penyakit Stroke di Indonesia tahun 2018 berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan (Nakes) diperkirakan sebanyak 1.236.825 orang (0,7%), sedangkan berdasarkan diagnosis Nakes atau gejala diperkirakan sebanyak 2.137.941 orang (12,1). Berdasarkan diagnosis Nakes maupun gejala, provinsi Sumatera Selatan memiliki estimasi jumlah penderita Stroke sebanyak 87.676 orang (16,0%) dan 49.865 orang (9,1%). Penyakit Stroke ini dapat disebabkan oleh berbagai macam penyakit dan juga gaya hidup. Berbagai macam penyakit penyebab Stroke antara lain: Hipertensi, penyakit jantung dan diabetes melitus. Penyebab terbanyak penyakit *Stroke* yaitu

Hipertensi (34,1%) penduduk umur 18 tahun keatas di Indonesia .Adapun faktor risiko utama pasien Stroke antara lain 34,1% hipertensi, 21,8% penyakit jantung, 1,5% dan 8,5% diabetes melitus (Kemenkes RI, 2018).

Dinas Kesehatan Kota Bengkulu mencatat salah satu penyakit tidak menular yang merenggut ratusan nyawa orang di Kota Bengkulu adalah stroke dan hipertensi. Stroke menduduki urutan pertama penyebab kematian dan kelumpuhan terbanyak di Kota Bengkulu, angka kematian dan kelumpuhan akibat penyakit stroke pada tahun 2018 sebanyak 85 orang yang mengalami kematian dan yang mengalami kelumpuhan sebanyak 115 orang. Namun, tahun 2019 meningkat menjadi 115 orang mengalami kematian dan 165 mengalami kelumpuhan (Dinas Kesehatan Kota Bengkulu, 2020).

Prevalensi *Stroke* RSUD.dr.M.Yunus Bengkulu berjumlah 721 kasus pada tahun 2017, terdapat 1.134 kasus *Stroke* pada tahun 2018, dan 2019 1.324 kasus, dan 508 kasus pada tahun 2020 terdapat 1 (medical record RSUD.dr.M.Yunus Bengkulu 2021).

Manifestasi klinis dari penyakit *stroke* adalah gangguan fungsi otak, baik sebagian maupun menyeluruh, yang berlangsung dengan cepat, lebih dari 24 jam berupa kelemahan atau kelumpuhan, gangguan menelan, bicara tidak jelas, sulit memikirkan kata-kata, kehilangan keseimbangan, gangguan kesadaran atau sampai menyebabkan kematian, tanpa penyebab lain selain gangguan vaskuler. Serangan stroke mengakibatkan kemampuan motorik pasien mengalami kelemahan atau hemiparesis (Nasir, 2017). Hemiparasis yang disebabkan oleh stroke akut menyebabkan kekakuan, kelumpuhan, kekuatan otot melemah dan akibatnya mengurangi rentang gerak sendi dan fungsi ekstremitas atau gangguan mobilitas fisik (Benjamin, 2017).

Pasien *stroke* yang mengalami hemiparesis dapat mengakibatkan gangguan mobilitas fisik dan menurunnya aktifitas sehari-hari. Hemiparesis pada pasien *stroke* dapat mengakibatkan ketidakmampuan dan ketergantungan. Perubahan fisik yang dialami pasien *stroke* akan berdampak pada kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas sehari- hari (Permatasari, 2019).

Penerapan penatalaksanaan perawat dalam memberi asuhan keperawatan juga dapat dilakukan dengan kolaborasi pemberian terapi farmakologis dan non farmakologis, Penatalaksanaan farmakologis pada pasien stroke menurut Mutiarasari tahun 2019 yaitu dengan pemberian obat *Intravenous recombinant tissue plasminogen activator* (rt-PA), Terapi antikoagulan dan terapi antiplatelet. Selain dengan intervensi farmakologis, upaya meningkatkan mobilitas fisik dan aktivitas sehari-hari pasien *stroke* juga dapat dilakukan dengan cara non farmakologis seperti latihan fisik (Tim Pokja SIKI, 2018).

Penerapan penatalaksanaan perawat dalam memberi asuhan keperawatan juga dapat dilakukan dengan *evidence based nursing* seperti terapi ROM dengan menggenggam bola karet, mobilisasi dan rangsangan takstil, *mirror therapy*.

Penanganan *stroke non hemoragik* dengan pemberian intervensi keperawatan untuk meningkatkan kekuatan otot dengan metode ROM aktif maupun pasif dengan menggunakan bola karet yang dilakukan tiga sampai empat kali sehari. Latihan terutama pada tangan yang penting untuk aktifitas keseharian meliputi latihan seperti fleksi, ekstensi, abduksi, pronasi, supinasi dan rotasi (Sudrajat, 2017). Latihan gerakan ROM dengan bola karet bertujuan untuk merangsang serat-serat otot untuk berkontraksi, teknik ini akan melatih reseptor sensorik dan motorik. Korteks yang menuju ke otot lain juga membesar ukurannya sehingga terjadi peningkatan kekuatan otot dan mobilitas fisik terpenuhi.

Mobilisasi adalah suatu pergerakan yang dihasilkan dari perubahan posisi tubuh atau perpindahan lokasi. Mobilisasi yang digunakan dibantu dengan masase, *stretching*, gerakan pasif sendi, dan gerakan aktif dibantu. Untuk rangsangan taktil yang diberikan yaitu menggosok kulit daerah anggota gerak atas dengan sikat yang dilakukan berulang-ulang untuk meningkatkan pemulihan motoris anggota gerak atas yang mengalami kelemahan pada penderita *stroke*.

Perawat memegang peranan penting terhadap keberhasilan rehabilitasi pasien stroke. Berdasarkan teori keperawatan Handerson perawat memiliki peran dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia diantaranya membantu aktivitas harian pasien. Teori orem menjelaskan bahwa keberhasilan perawatan pasien dapat terpenuhi dengan kemampuan individu untuk terlibat dalam proses meningkatkan mobilitas fisik dibantu oleh perawat (Aini,2018)

Penatalaksanaan pasien *Stroke non hemoragik* yang di rawat di ruang stroke RSUD dr. M.Yunus Bengkulu sudah dilakukan tindakan farmakologis dan non farmakologis seperti kolaborasi pemberian obat-obatan, Terapi fisioterapi dan ROM. Berdasarkan data dari hasil rekam medik RSUD Dr.M yunus Bengkulu angka kejadian stroke dari tahun ketahun terus meningkat. Permasalahan pada pasien dengan penyakit *stroke* dapat berupa gangguan mobilitas fisik. Peran perawat sangat penting dalam meningkatkan mobilitas fisik pasien dengan melakukan berbagai macam terapi seperti terapi ROM, rangsangan taktil, terapi *Music movement*, terapi menggenggam bola karet dan terapi cermin, agar pasien *stroke* bisa meningkatkan kekuatan otot dan mobilitas fisik sehingga penulis tertarik untuk mengetahui dan mengangkat masalah ini dengan judul“Asuhan Keperawatan teknik latihan penguatan sendi pada pasien *stroke non hemoragik* (SNH) dengan gangguan mobilitas fisik di Ruang Stroke di RSUD dr.M.Yunus Bengkulu Tahun 2021”

B. Rumusan Masalah

Bagaimana gambaran Asuhan Keperawatan teknik latihan penguatan sendi pada pasien *stroke non hemoragik* (SNH) Dengan Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Stroke RSUD dr.M.Yunus Bengkulu Tahun 2021

C. Tujuan Studi Kasus

a) Tujuan Umum

Diketahui asuhan keperawatan pemenuhan mobilitas fisik pada pasien *stroke non hemoragik* (SNH).

b) Tujuan Khusus

- a. Diketahui pengkajian Keperawatan pemenuhan mobilitas fisik pada pasien *stroke non hemoragik* (SNH).
- b. Diketahui diagnosis keperawatan pemenuhan mobilitas fisik pada pasien *stroke non hemoragik* (SNH).
- c. Diketahui perencanaan keperawatan pemenuhan mobilitas fisik pada pasien *stroke non hemoragik* (SNH).
- d. Diketahui implementasi keperawatan pemenuhan mobilitas fisik pada pasien *stroke non hemoragik* (SNH).
- e. Diketahui evaluasi keperawatan pemenuhan mobilitas fisik pada pasien *stroke non hemoragik* (SNH).

D. Manfaat Studi Kasus

1. Bagi Mahasiswa

Karya tulis ilmiah akhir ini sebagai bahan masukan untuk meningkatkan ilmu pengetahuan, pengalaman dan menambah keterampilan atau kemampuan mahasiswa dalam menerapkan asuhan keperawatan teknik latihan penguatan sendi pada pasien *stroke non hemoragik* (SNH) dengan gangguan mobilitas fisik.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat menambah referensi dalam meningkatkan mutu pendidikan dan sebagai bahan pertimbangan untuk lebih memperkaya pengetahuan dan bahan ajar mengenai pemenuhan mobilitas fisik pada pasien *stroke non hemoragik* (SNH).

3. Bagi Pelayan Kesehatan

Karya Tulis Ilmiah Akhir ini dapat dijadikan sebagai bahan masukan dan sumber informasi bagi perawat dalam meningkatkan pelayanan keperawatan khususnya asuhan keperawatan pemenuhan pemenuhan mobilitas fisik pada pasien *stroke non hemoragik* (SNH).

4. Bagi Pasien dan Keluarga

Karya Tulis Ilmiah akhir ini diharapkan bisa menjadi informasi tambahan bagi pasien dan keluarga dalam mengatasi masalah Stroke dengan *evidence based nursing* terbaru.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Stroke

1. Pengertian

Stroke adalah gangguan fungsi saraf yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah ke otak. Gangguan fungsi saraf ini timbul secara mendadak (dalam beberapa detik) atau secara cepat (dalam beberapa jam) dengan gejala dan tanda yang sesuai daerah fokal otak yang terganggu. Stroke non hemoragik atau stroke iskemik merupakan jenis stroke yang paling umum. Hampir 88% pasien menderita stroke iskemik atau stroke non hemoragik. Pada stroke non hemoragik terjadi iskemia pada jaringan otak akibat dari sumbatan atau penurunan aliran darah dan oksigen otak (Candra et al, 2016).

Kondisi yang mendasari *stroke non hemoragik* adalah terjadinya penumpukan lemak yang melapisi dinding pembuluh darah atau yang biasanya disebut aterosklerosis. Kolesterol, homosistein dan zat lainnya dapat melekat pada dinding arteri, membentuk zat lengket yang disebut plak. Seiring berjalannya waktu, plak menumpuk dan menyebabkan darah sulit mengalir dengan baik dan sehingga mengakibatkan bekuan darah (trombus). Adapun tanda dan gejala stroke non hemoragik, yaitu : kelemahan pada bagian wajah, kelemahan pada tangan dan kaki secara tiba-tiba, kesemutan atau mati rasa pada wajah, tangan, dan kaki, kesulitan berbicara dan memahami pembicaraan, kehilangan keseimbangan tubuh, sakit kepala tiba-tiba, dan gangguan pengelihatian (Kanggeraldo et al., 2018).

2. Penyebab

Stroke non hemoragik adalah trombosis karena plak aterosklerosis pada pembuluh darah yang menyuplai oksigen dan darah (vaskularisasi) ke otak atau akibat emboli dari pembuluh darah di luar otak yang tersangkut pada arteri otak. Terbentuknya plak fibrosis (ateroma) terjadi pada

percabangan arteri. Lalu, trombosit melekat pada permukaan plak bersama fibrin. Trombosit yang melekat pada plak dan makin lama akan membesar sehingga terjadi thrombus. Trombus dan emboli di dalam pembuluh darah akan terlepas dan terbawa hingga terperangkap dalam pembuluh darah distal, kemudian mengakibatkan berkurangnya aliran darah menuju ke otak sehingga jaringan sekitar otak (sel) dan akan mengalami kekurangan nutrisi dan oksigen. Sel otak yang mengalami kekurangan oksigen dan glukosa akan mengakibatkan asidosis lalu menyebabkan natrium klorida dan air masuk ke dalam jaringan (sel) otak dan kalium meninggalkan jaringan (sel) otak sehingga terjadi edema. Selanjutnya, kalium akan masuk dan memicu beberapa radikal bebas sehingga terjadi kerusakan membran sel dan tubuh mengalami defisit neurologis (Sudoyo et al., 2016).

Sekitar 80% pasien stroke mengalami hemiparese atau kelemahan pada salah satu sisi tubuhnya. Kelemahan tangan dan kaki pada pasien stroke akan mempengaruhi kekuatan otot. Penurunan kekuatan otot merupakan salah satu tanda dan gejala dari stroke non hemoragik. Penurunan kekuatan otot terjadi karena imobilisasi atau ketidakmampuan bergerak akibat kelemahan yang dialami oleh penderita stroke non hemoragik. Seseorang yang mengalami gangguan gerak atau gangguan pada kekuatan otot akan berdampak pada aktivitas sehari-hari. Penurunan kekuatan otot pada stroke non hemoragik perlu menjalani proses rehabilitasi seperti mobilisasi dini untuk mengembalikan fungsi motoriknya sehingga pasien tidak mengalami defisit kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan untuk mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot (Bakara, 2016).

3. Klasifikasi

Stroke non hemoragik merupakan 88% dari seluruh kasus *stroke*. Pada *stroke* iskemik terjadi iskemia akibat sumbatan atau penurunan aliran darah otak. Berdasarkan perjalanan klinis, dikelompokkan menjadi :

- 1) TIA (*Transient Ischemic Attack*) Pada TIA gejala neurologis timbul dan menghilang kurang dari 24 jam. Disebabkan oleh gangguan akut fungsi fokal serebral, emboli maupun trombosis.
- 2) RIND (*Reversible Ischemic Neurologic Deficit*) Gejala neurologis pada RIND menghilang lebih dari 24 jam namun kurang dari 21 hari.
- 3) *Stroke In Evolution Stroke* yang sedang berjalan dan semakin parah dari waktu ke waktu.
- 4) *Completed Stroke* Kelainan neurologisnya menetap dan tidak berkembang lagi. *Stroke non hemoragik* terjadi akibat penutupan aliran darah ke sebagian otak tertentu, maka terjadi serangkaian proses patologik pada daerah iskemik.

Perubahan ini dimulai dari tingkat seluler berupa perubahan fungsi dan bentuk sel yang diikuti dengan kerusakan fungsi dan integritas susunan sel yang selanjutnya terjadi kematian neuron. *Stroke non hemoragik* dibagi lagi berdasarkan lokasi penggumpalan, yaitu :

- 1) *Stroke non Hemoragik Embolik* Pada tipe ini embolik tidak terjadi pada pembuluh darah otak, melainkan di tempat lain seperti di jantung dan sistem vaskuler sistemik. Embolisasi kardiogenik dapat terjadi pada penyakit jantung dengan shunt yang menghubungkan bagian kanan dengan bagian kiri atrium atau ventrikel. Penyakit jantung rheumatoid akut atau menahun yang meninggalkan gangguan pada katup mitralis, fibrilasi atrium, infark kordis akut dan embolus yang berasal dari vena pulmonalis. Kelainan pada jantung ini menyebabkan curah jantung berkurang dan serangan biasanya muncul disaat penderita tengah beraktivitas fisik seperti berolahraga
- 2) *Stroke non Hemoragik Trombus* Terjadi karena adanya penggumpalan pembuluh darah ke otak. Dapat dibagi menjadi *stroke* pembuluh darah besar (termasuk sistem arteri karotis) merupakan 70% kasus *stroke non hemoragik* trombus dan *stroke* pembuluh darah kecil (termasuk sirkulus Willis dan sirkulus posterior). Trombosis pembuluh darah kecil terjadi ketika aliran darah

terhalang, biasanya ini terkait dengan hipertensi dan merupakan indikator penyakit atherosclerosis.

4. Komplikasi *Stroke*

Mengalami *stroke* tidak berhenti pada akibat yang terjadi di otak saja tetapi berdampak juga pada bagian tubuh lainnya dan menimbulkan masalah emosional. Beberapa komplikasi stroke, diantaranya :

- a) Bekuan darah, bekuan darah mudah terjadi pada kaki yang lumpuh, penumpukan cairan, dan pembengkakan, embolisme paru.
- b) Pneumonia, terjadi karena pasien biasanya tidak dapat batuk atau menelan dengan baik sehingga menyebabkan cairan terkumpul di paru-paru dan selanjutnya terinfeksi.
- c) Kekakuan otot dan sendi, terbaring lama akan menimbulkan kekakuan pada otot dan sendi (gangguan mobilitas fisik).
- d) Nyeri bahu dan dislokasi, keadaan pangkal bahu yang lepas dari sendinya. Ini terjadi karena otot disekitar bahu yang mengontrol sendi dapat rusak akibat gerakan saat ditopang orang lain.
- e) Pembengkakan otak
- f) Infeksi saluran kemih
- g) Gangguan proses berpikir dan ingatan : pikun (demensia)
- h) Depresi, Perubahan gaya hidup akibat disabilitas fisik menimbulkan depresi yang dialami pasien selama masa penyesuaian pasca stroke.
- i) Gangguan Pemenuhan aktifitas harian (defisit perawatan diri)
- j) Dekubitus, tidur yang terlalu lama karena lumpuh dapat mengakibatkan luka/lecet pada bagian tubuh yang menjadi tumpuan saat berbaring, seperti : pinggul, pantat, sendi kaki, dan tumit.

5. Patofisiologis Stroke

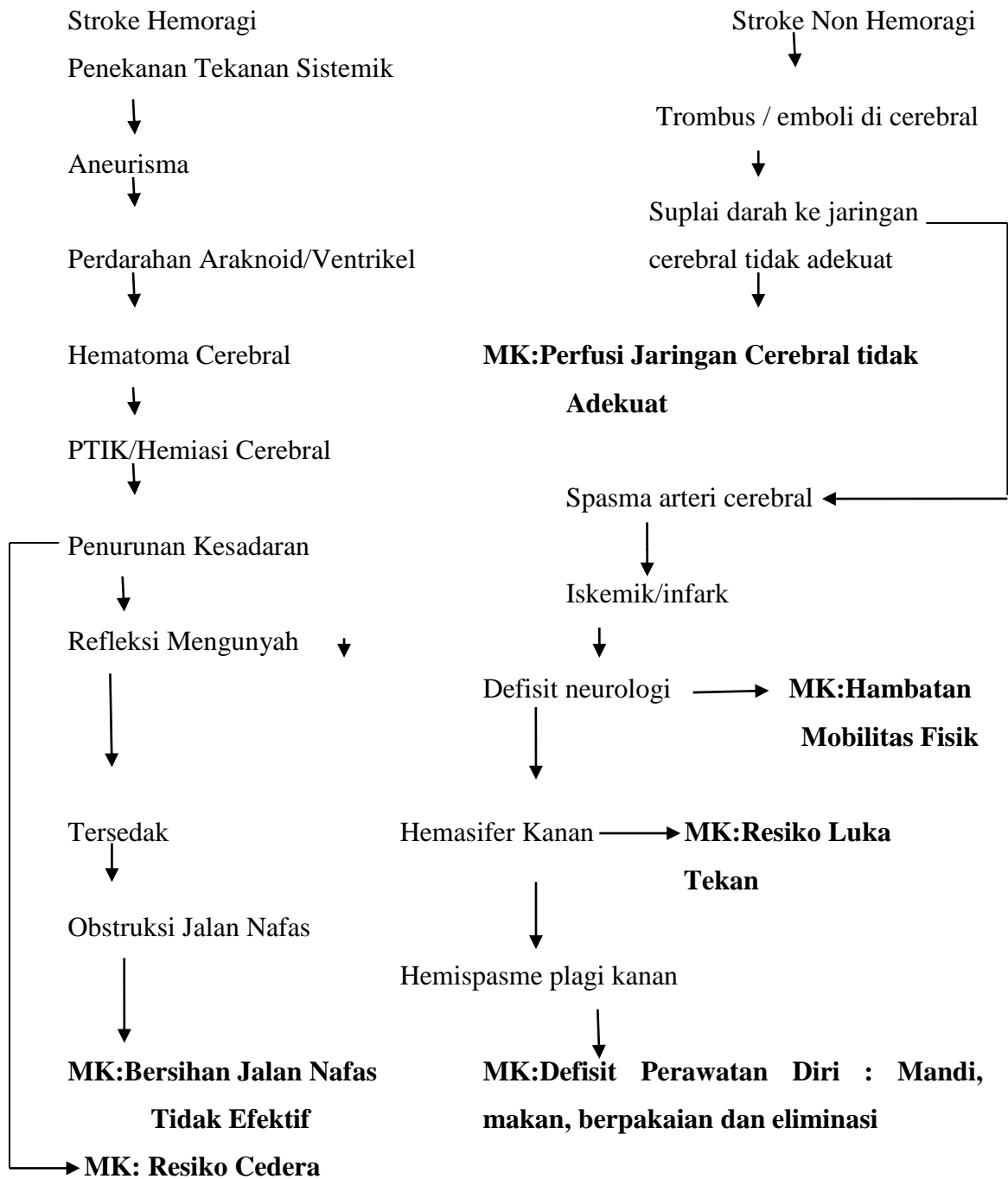
Otak mempunyai kecepatan metabolisme yang tinggi, dengan berat hanya 2 % dari berat badan, menggunakan 20% oksigen total dari 20% darah yang beredar. Pada keadaan normal aliran darah otak yang membawa oksigen dipertahankan oleh suatu mekanisme autoregulasi \pm 58ml/100 gr/mnt dengan *mean arterial blood pressure* (MABP) antara 50-

160 mmHg. Jika terjadi perubahan tekanan >160 mmHg akan terjadi edema serebri, namun jika MABP <50 mmHg akan terjadi iskemia.

Iskemia akan cepat menghasilkan kerusakan jaringan otak yang permanen, sehingga aliran darah menurun atau terhenti karena adanya sumbatan yang menghalangi suplai darah ke otak. Faktor lain seperti hipertensi, diabetes mellitus, merokok dan stres akan meningkatkan tekanan darah ke otak dan menyebabkan pecahnya pembuluh darah karena arteri tersebut berdinding tipis karena lecet bekas plak. Perdarahan tersebut menyebabkan otak tercemar oleh kumpulan darah (hematom) atau darah masuk ke selaput otak (subaraknoid). Pada pembuluh darah yang pecah dapat terjadi vasokonstriksi yang dapat menghambat aliran darah ke otak dan menimbulkan gejala pada daerah yang terkena.

Darah menuju ke otak melalui dua arteri karotis yang membawa darah ke bagian depan dari sisi kiri dan kanan otak. Dua arteri lainnya adalah arteri vertebralis yang mengalirkan darah ke tungkai dan bagian belakang otak. Kedua arteri ini mengikuti saluran vertebral atau tulang belakang dan disekitar leher. Otak bagian kanan berhubungan dengan pengenalan terhadap ruang, tubuh, kemampuan menggambar, seni dan bangunan. Sedangkan otak kiri berfungsi pada kemampuan berpikir logis, berbicara, berhitung dan menulis.

6. WOC/ Patway Stroke



Sumber : (Nurarif Huda, 2016)

7. Manifestasi klinis

Menurut Oktavianus (2017) manifestasi klinis stroke sebagai berikut :

a. Stroke iskemik

Tanda dan gejala yang sering muncul yaitu; timbulny hanya sebentar Selma beberapa menit sampai beberapa jam dan hilang sendiri dengan atau tanpa pengobatan, serangan bisa muncul lagi dalam wujud yang sama, memperberat atau malah menetap.

- 1) *Reversible ischemic neurologic defisit* (RIND) gejala timbul lebih dari 24 jam
- 2) *Progressing stroke* atau *stroke in evolution* gejala amakin lama makin berat (progresif) disebabkan gangguan aliran darah makin lama makin berat
- 3) Sudah menetap atau permanen

b. Faktor resiko

Stroke non hemoragik merupakan proses yang multi kompleks dn didasari oleh berbagai macam factor resiko. Ada faktor yang tidak dapat dimodifikasi, dapat dimodifikasi dan masih dalam penelitian yaitu;

a. Tidak dapat dirubah:

- 1) Usia
- 2) Jenis kelamin
- 3) Ras - Genetik

a. Dapat dirubah:

- 1) Hipertensi
- 2) Merokok
- 3) DM
- 4) Kelainan Jantung
- 5) Hiperlipidemia
- 6) Nutrisi
- 7) Obesitas
- 8) Aktivitas Fisik

b. Dalam penelitian lebih lanjut:

- 1) Sindroma metabolik
- 2) Penyalahgunaan zat
- 3) Kontrasepsi oral
- 4) Obstructive sleep apnea
- 5) Infeksi
- 6) Inflamasi

9. Pemeriksaan Penunjang (Mutiarasari, 2019)

a) Angiografi serebral

Menentukan penyebab *stroke* secara spesifik perdarahan atau obstruksi arteri.

b) Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT).

Untuk mendeteksi luas dan daerah abnormal dari otak, yang juga mendeteksi, melokalisasi dan mengukur stroke (sebelum nampa oleh pemindai CT).

c) CT Scan

Pemindaian ini memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma adanya jaringan otak yang infark atau iskemia dan posisinya secara pasti.

d) MRI (*Magnetic Imaging Resonance*)

Menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan besar terjadinya perdarahan otak. Hasil yang didapatkan area yang mengalami lesi dan infark dan hemoragik.

e) EEG

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak.

f) Pemeriksaan Laporatorium

1. Lumbang fungsi : pemeriksaan likuor merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan pendarahan yang kecil biasanya

warna likuor masih normal (Xantokhrom), sewaktu hari-hari pertama.

2. Pemeriksaan darah rutin (Glukosa, elektrolit, ureum, kreatinin)
3. Pemeriksaan kimia darah : pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia atau gula darah dapat mencapai 250 mg di dalam serum dan kemudian berangsur turun kembali.
4. Pemeriksaan darah lengkap: untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri

10. Penatalaksanaan Keperawatan

Penatalaksanaan pada pasien stroke Menurut Sudoyo. 2015 ada beberapa penatalaksanaan sebagai berikut :

- a) Mempertahankan saluran nafas yang paten yaitu lakukan pengisapan lendir yang sering, oksigenasi, kalau perlu lakukan trakeostomi, membantu pernafasan.
- b) Mengendalikan tekanan darah berdasarkan kondisi pasien, termasuk untuk usaha memperbaiki hipotensi dan hipertensi.
- c) Berusaha menentukan dan memperbaiki aritmia jantung.
- d) Menempatkan pasien dalam posisi yang tepat, harus dilakukan secepat mungkin pasien harus dirubah posisi tiap 2 jam dan dilakuka nlatihan-latihan gerak pasif.
- e) Mengendalikan hipertensi dan menurunkan TIK
- f) Mengatur posisi kepala dengan meninggikan kepala 15-30 menghindari flexi dan rotasi kepala yang berlebihan.

Penatalaksanaan pada pasien *stroke* Menurut Pollock (2016) ada beberapa penatalaksanaan sebagai berikut :

- a) Pemberian terapi Rom
- b) Pemberian terapi Rangsangan taktil
- c) Pemberian terapi *Music movement*.
- d) Latihan treadmill
- e) Terapi cermin
- f) Mobilisasi dini

g) Dukungan Ambulasi

h) Terapi genggam bola

B. Penelitian Terkait Pemenuhan Mobilitas fisik Pasien

1. Asuhan keperawatan keluarga pada kasus post stroke dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik di Desa Bluluk Kabupaten Lamongan

Pasien *stroke* cenderung mengalami ketergantungan terhadap orang lain dalam aktivitas sehari-hari. Gejala ini terjadi akibat berbagai defisit neurologik yang disebabkan oleh adanya gangguan pembuluh darah pada otak, dimana gejala sisa yang berkepanjangan dapat mengakibatkan kecacatan pada pasien sehingga pasien tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri atau mengalami gangguan mobilitas fisik (Carlo, 2018).

Masalah mobilitas fisik yang dialami pasien *stroke* dilakukan latihan fisik berupa latihan *Range Of Motion* (ROM). Latihan ROM adalah latihan pergerakan maksimal yang dilakukan oleh sendi. Latihan ROM menjadi salah satu bentuk latihan yang berfungsi dalam pemeliharaan fleksibilitas sendi dan kekuatan otot pada pasien *stroke*. Upaya yang dilakukan pada pasien *stroke* yang mengalami masalah gangguan motorik yaitu dengan memberikan terapi ROM untuk meningkatkan kemampuan pada otot agar tidak terjadi kelumpuhan atau hemiparase pada tangan dan kaki yang tidak diinginkan (Hermina, 2016)

2. Genggam bola untuk mengatasi hambatan mobilitas fisik pada pasien *stroke non hemoragik*

Terapi non farmakologi untuk mengatasi hambatan mobilitas fisik pada *stroke non hemoragik* salah satunya adalah penerapan genggam bola karena dengan penerapan ini menambah kekuatan tangan sehingga bisa diukur. Penerapan genggam bola pada *stroke* adalah pengukuran semiobjektif. Latihan ini untuk menstimulasi motorik pada tangan dengan cara menggegam bola.

Menurut Astriani, dkk (2016) menyatakan bahwa rata-rata nilai kekuatan sebelum diberikan genggam bola nilainya 8,46. Dan nilai kekuatan otot setelah diberikan genggam bola selama 5-10 menit nilainya 11,23. Hal ini menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna antara kekuatan otot genggam sebelum dan setelah diberikan latihan ROM dengan bola karet selama 10 menit. Dari kedua jurnal tersebut dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh kekuatan otot yang lemah menjadi meningkat selama diberikan penerapan genggam bola selama 3 – 10 menit.

Pada penelitian ini ditemukan hasil dari implementasi genggam bola dijelaskan bahwa tindakan yang dilakukan sebelum menggenggam bola yaitu dengan menekuk, meluruskan siku, menggenggam, membuka genggam, merenggangkan, merapatkan kembali jari-jari dan mendekatkan ibu jari ke telapak tangan hal ini karena untuk modal membangkitkan otot pada tangan dan jari-jari agar bisa melakukan aktivitas kembali, sedangkan untuk waktu yang diberikan hanya 3-10 menit mampu meningkatkan kekuatan otot dalam mengatasi hambatan mobilitas fisik, hal ini juga didukung oleh penelitian Astriani, 2016 menyatakan dilakukan latihan ROM dengan bola karet pada pasien SNH yang mengalami kekuatan otot selama 5-10 menit dapat menunjukkan adanya peningkatan nilai kekuatan otot genggam, yang terjadi secara tidak signifikan namun secara perlahan.

3. Pengaruh *music movement therapy* terhadap kemampuan aktivitas harian pada pasien *stroke*

Penanganan yang tepat dapat menurunkan resiko kecacatan akibat stroke. Rehabilitasi merupakan penanganan yang tepat untuk menangani pasien dengan penurunan fungsi motorik untuk meningkatkan aktivitas harian pasien *Music movement therapy* merupakan kombinasi terapi musik dengan latihan (ROM) yang bermanfaat untuk meningkatkan fungsi motorik (Tong, et.al, 2015 : Rantepadang, A. 2019). Melalui proses rehabilitasi *music movement therapy* kemampuan aktivitas harian pasien

stroke dapat meningkat sehingga tingkat kemandirian dan kualitas hidup merekapun secara secara berangsur meningkat. Adapun tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisa pengaruh *Music Movement Therapy* terhadap kemampuan aktivitas harian penderita *stroke*.

Hasil penelitian ini menunjukkan rata-rata ktivitas harian responden sebelum intervensi berada pada ketergantungan berat sesudah intervensi mengalami peningkatan menjadi ketergantungan sedang, pada kelompok kontrol tetap berada pada ketergantungan berat. Ini mengidentifikasi bahwa responden mengalami peningkatan aktivitas harian setelah mengikuti program *music movement therapy*, sama halnya pada hasil uji statistik bivariate, dimana kemampuan aktivitas harian sebelum dan sesudah intervensi *music movement therapy*, maupun di dapatkan nilai $p=0.000$ (<0.05) ini menunjukkan bahwa secara statistik ada peningkatan kemampuan aktivitas harian yang signifikan sesudah intervensi *music movement therapy*, begitu juga bila dibandingkan antara kelompok intervensi dan kontrol ($p=0.000$), dengan kata lain bahwa ada pengaruh *music movement therapy* terhadap kemampuan aktivitas harian pasien *stroke*.

4. *Lateral prehension grip exercise* meningkatkan kekuatan otot penderita *stroke*

Hambatan mobilitas fisik merupakan keterbatasan dalam gerak fisik atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah Hambatan mobilitas fisik adalah keadaan dimana seseorang tidak dapat bergerak secara bebas karena kondisi yang mengganggu pergerakan (aktivitas), misalnya mengalami trauma tulang belakang, cedera otak berat disertai fraktur pada ekstremitas dan faktor yang berhubungan dengan hambatan mobilitas (Herdman, 2016).

Pada pemecahan masalah yang dialami pasien, penulis memberikan intervensi yaitu mengajarkan terapi latihan *Lateral Prehension Grip* (LGS) untuk mempertahankan kekuatan otot, melancarkan aliran darah,

mencegah terjadinya kontraktur, mengajari pasien untuk miring kanan dan miring kiri agar tidak terjadi komplikasi yang berkelanjutan karena adanya masalah hambatan mobilitas fisik tersebut. Terapi latihan Lateral Prehension Grip (LGS) yang dilakukan terhadap pasien yaitu berupa gerakan sendi pada jari- jari tangan yang mengalami kelemahan otot atau penurunan fungsi otot. Terapi dilakukan selama 15-20 menit, setiap gerakan dipertahankan 15-20 detik, dan dilakukan 1 kali selama 3 kali pertemuan, serta dapat diulang kembali oleh pasien dengan dibantu keluarga.

Dari hasil pengamatan didapatkan adanya perubahan atau peningkatan kekuatan otot pada jari jari tangan yang mengalami kelemahan. Berdasarkan hasil penerapan latihan lateral prehension grip ini sangat efektif karena dapat meningkatkan kekuatan otot dan genggam jari. penelitian ini dapat disimpulkan bahwa latihan lateral prehension grip berpengaruh dalam meningkatkan luas gerak sendi (LGS) jari tangan pada pasien *stroke*.

Dari hasil penerapan latihan lateral prehension grip didapatkan hasil yakni pasien mengalami perubahan dalam menggenggam untuk jari-jari tangan. Perubahan genggam pada masing- masing pasien tiap hari anantara 2-7 derajat di ukur dengan busur derajat setiap kali penerapan latihan oleh penulis. Latihan ini cocok untuk dilakukan kepada pasien yang mengalami kelemahan anggota gerak khususnya bagian jari-jari tangan pada pasien *stroke*. Latihan ini di terapkan oleh penulis kepada ketiga pasien selama tiga hari berturut-turut serta meminta kesediaan pasien untuk dapat melakukannya sendiri setelah penulis mencontohkan latihan tersebut, tujuannya agar semakin maksimal dalam menggenggam dan meminimalkan kekakuan sendi atau kontraktur (Nugroho, 2020).

5. Efektivitas *mirror therapy* terhadap peningkatan kekuatan otot pada pasien *post stroke* : *literatur review*

Terdapat terapi untuk meningkatkan kekuatan otot salah satunya pada *mirror therapy*. *Mirror therapy* merupakan terapi rehabilitasi yang di dalamnya sebuah cermin ditempatkan diantara tangan atau kaki sehingga bayangan anggota tubuh yang tidak sakit memberikan ilusi gerakan normal pada anggota tubuh yang sakit. Berbagai wilayah otak untuk gerakan, sensasi, dan rasa sakit distimulasi. *Mirror therapy* dengan menggunakan ilusi optic cermin yang memberikan stimulasi visual pada otak sehingga dapat mempengaruhi peningkatan fungsi motorik ekstremitas(Lesmana,etal.,2018).

Mirror Therapy merupakan terapi latihan dan mengandalkan imajinasi atau pembayangan motorik pada pasien, cermin digunakan sebagai media pemberi stimulasi visual kepada otak untuk pergerakan pada anggota tubuh yang hemiparasis. (Colomer, 2016) mengatakan bahwa *Mirror Therapy* efektif pada perbaikan motorik pasien dengan hemiparesis ringan sampai sedang. (Chan and Au-Yeung, 2018). Selain ekstremitas atas, *Mirror therapy* juga memfasilitasi pemulihan motorik pada tungkai bawah juga dapat mengurangi penyimpangan gaya berjalan. *Mirror therapy* dikombinasikan terapi motorik konvensional mengurangi penyimpangan gaya berjalan pada pasien hemiparetik post stroke kronis (Arya, 2017).

Berdasarkan penelitian oleh (Colomer, 2016), kelompok eksperimental menunjukkan peningkatan yang signifikan dalam sensasi taktil yang diamati sebagai peningkatan sensitivitas sentuhan atau kepekaan terhadap sentuhan ringan dengan intervensi selama 45 menit, 3 hari dalam seminggu. Sejalan dengan (Jan *et al.*, 2019) 40 pasien dengan stroke iskemik maupun hemoragik melakukan *mirror therapy* durasi 2 jam perhari, 3 hari seminggu selama 6 minggu. Ada perbedaan yang signifikan diantara keduanya nilai rata-rata pra-perawatan dan pasca-perawatan dari fungsi lengan atas, fungsi tangan dan gerak maju kegiatan tangan.

Hasil penelitian ini menyatakan *Literatur review* diatas yaitu *mirror therapy* terbukti efektif dalam peningkatan kekuatan otot pasien post stroke. *Mirror therapy* efektif diberikan pada semua pasien dengan jenis stroke yang mengalami hemiparesis. Teknik yang efektif digunakan untuk mendapatkan hasil maksimal yaitu berupa gerakan fleksi ekstensi siku, pergelangan tangan, Pronasi dan supinasi lengan bawah, dan gerakan jari mencengkeram serta posisi jari pada ekstremitas atas dan gerakan poin penting pada ekstremitas bawah yaitu fleksi ekstensi lutut, ankle dorsiflexion, hip internal, external rotation dan toe movement. Kombinasi gabungan antara *Mirror Therapy* dengan metode lain dapat lebih meningkatkan kekuatan motorik pasien. Pelaksanaan *Mirror Therapy* juga mempengaruhi penurunan rasa nyeri ekstremitas pada pasien.

6. Pengaruh mobilisasi dan rangsangan taktil secara bersamaan terhadap pemulihan motorik anggota gerak atas pada pasien stroke

Pemulihan motoris anggota gerak atas dapat terjadi oleh karena pemberian latihan seperti mobilisasi dan rangsangan taktil. Mobilisasi adalah suatu pergerakan yang dihasilkan dari perubahan posisi tubuh atau perpindahan lokasi. Mobilisasi yang digunakan dibantu dengan *massage*, *stretching*, gerakan pasif sendi, dan gerakan aktif dibantu. Untuk rangsangan taktil yang diberikan yaitu menggosok kulit daerah anggota gerak atas dengan sikat yang dilakukan berulang-ulang. Pemulihan anggota gerak atas pada subyek penelitian yang dinilai dengan melihat adanya perubahan pada pemulihan dalam fungsi motorik halus *grasp* (menggenggam), *grips* (memegang dengan cara mencengkeram), *pinch* (menjepit/mencubit) dan fungsi motoris kasar (*gross motoric*).¹⁰ Penilaian berapa besar perubahan pemulihan motoris yang terjadi pada subyek penelitian dinilai dengan tes *ARA* dan *motricity index*.^{10,11} Tujuan penelitian ini ialah untuk mengetahui pengaruh mobilisasi dan rangsangan taktil secara bersamaan terhadap pemulihan motoris anggota gerak atas yang mengalami kelemahan pada penderita *stroke*.

Hasil penelitian ini Didapatkan adanya Pengaruh mobilisasi dan rangsangan taktil secara bersamaan terhadap pemulihan motorik anggota gerak atas dinilai dengan menggunakan tes ARA dan *motricity index*. Hasil penelitian mendapatkan 18 pasien stroke laki-laki dan perempuan dengan rerata usia 53,9 tahun. Hasil tes uji Wilcoxon signed ranks mendapatkan adanya perbedaan sangat bermakna dari hasil akhir dan awal baik tes ARA ($P = 0,0001$) maupun *motricity index* ($P = 0,0001$).

Simpulan: Terdapat peningkatan pemulihan motorik ekstremitas atas pada pasien stroke setelah mendapat intervensi berupa mobilisasi dan rangsangan taktil secara bersamaan.

Tabel 2.1

No	Penulis & Judul	Jurnal & Tahun Terbit	Sample Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Endah Sri Wijayanti “Asuhan keperawatan keluarga pada kasus post stroke dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik di Desa Bluluk Kabupaten Lamongan ”	Surya Jurnal Media Komunikasi IlmuKesehatan Vol 13, No 02 Agustus 2021	Subyek dalam penelitian ini berjumlah 5 responden	Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian studi kasus, merupakan penelitian dengan cara mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan keluarga pada kasus post stroke dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik.	Endah Sri Wijayanti Asuhan keperawatan keluarga pada kasus post stroke dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik di Desa Bluluk Kabupaten Lamongan ”
2.	“Nur Azizah Wahyuningsih” “Genggam bola untuk mengatasi hambatan mobilitas fisik pada pasien stroke nonhemoragik ”	Jurnal Manajemen Asuhan Keperawatan Vol. 4 No. 1, Halaman 35-42 Januari 2020	Subyek dari studi kasus ini adalah 2 orang pasien stroke.	Studi kasus dilakukan dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui suatu kasus dengan menggunakan bentuk rancangan <i>one group pretest posttest</i> .	Pada penelitian ini ditemukan hasil dari implementasi genggam bola dijelaskan bahwa tindakan yang dilakukan sebelum menggenggam bola yaitu dengan menekuk, meluruskan siku, menggenggam, membuka genggam, merenggangkan, merapatkan kembali jari-jari dan mendekatkan ibu jari ke telapak tangan hal ini karena untuk modal membangkitkan otot pada tangan dan jari-jari agar bisa melakukan aktivitas kembali, sedangkan untuk waktu yang diberikan hanya 3-10 menit mampu meningkatkan kekuatan otot dalam mengatasi hambatan mobilitas fisik.

3.	Andreas rantepadang, angelia tendean “Pengaruh music movement therapy terhadap kemampuan aktivitas harian Pada pasien stroke”	E-ISSN :2685-7154 Volume 1, No.2,Oktober 2019	Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien stroke yang dirawat di salah satu rumah sakit pemerintah di Sulawesi Utara,	Rancangan penelitian dalam penelitian ini menggunakan metode eksperimen semu dengan pendekatan <i>Pretest and posttest nonequivalent control group</i>	Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata kemampuan aktivitas harian pasien sebelum intervensi 26.87 kategori sangat tergantung dan setelah intervensi meningkat menjadi 67.52 kategori tergantung sedang, pada kelompok kontrol pada pertama 26.56 dan setelah hari ke empat belas meningkat menjadi 49.68 tetapi tetap pada kategori sangat tergantung. Uji <i>Wilcoxon</i> dan <i>Mann-whitney</i> menunjukkan pengaruh yang signifikan MMT terhadap kemampuan aktivitas harian pasien stroke dengan <i>p-value</i> <.05. Rekomendasi: MMT dapat digunakan sebagai terapi komplementer untuk meningkatkan kemampuan aktivitas harian pasien stroke.
4.	Irmawan Andri Nugroho*, Mochamad Chabibi, Suhono “Lateral prehension grip exercise meningkatkan kekuatan otot penderita stroke.”	Global health science,volume 4 issue 2,Tahun 2020	Subjek pada penelitian ini adalah pasien dengan Stroke Non Hemoragik yang berjumlah 3 (tiga) orang	Penelitian ini menggunakan desain studi kasus deskriptif.	Adaya perubahan atau peningkatan kekuatan otot dan genggaman jari pasien atau grip yang sebelumnya mengalami kelemahan. Agar hasil dari tindakan yang dilakukan perawat terhadap pasien maksimal
5.	Aristam Aisyaroh, Kharisma Nur Azizah, Achlis Abdillah, Rizeki Dwi Fibriansari ”Efektivitas <i>mirror therapy</i> terhadap peningkatan kekuatan otot pada pasien <i>post stroke: literatur review</i>	Jurnal Ilmu Keperawatan Medikal Bedah Vol. 4 (1), , Hal. 13-24 ISSN 2338-2058 (print), ISSN 2621-2986		Metode yang digunakan pada penyusunan <i>Literature review</i> menggunakan PRISMA <i>checklist</i> untuk menentukan penyeleksian studi serta menggunakan dengan format PICOS.	<i>Literatur rerivew</i> diatas yaitu <i>mirror therapy</i> terbukti fektif dalam peningkatan kekuatan otot pasien post stroke. <i>Mirror therapy</i> efektif diberikan pada semua pasien dengan jenis stroke yang mengalami hemiparesis. Kombinasi gabungan antara <i>Mirror Therapy</i> dengan metode lain dapat lebih

	”	(online). Bulan Mei Tahun 2021			meningkatkan kekuatan motorik pasien. Pelaksanaan <i>Mirror Therapy</i> juga mempengaruhi penurunan rasa nyeri ekstremitas pada pasien.
6.	Susanto Leonard S. Angliadi “Pengaruh mobilisasi dan rangsangan taktil secara bersamaan terhadap pemulihan motorik anggota gerak atas pada pasien stroke”	<i>Jurnal Biomedik (JBM), Volume 8, Nomor 3, hlm.197-202 November 2016</i>	Subyek penelitian ialah pasien yang mengalami stroke	Jenis penelitian ini ialah eksperimental dengan <i>pretest-posttest design</i> .	Hasil penelitian mendapatkan 18 pasien stroke laki-laki dan perempuan dengan rerata usia 53,9 tahun. Hasil tes uji Wilcoxon signed ranks mendapatkan adanya perbedaan sangat bermakna dari hasil akhir dan awal baik tes ARA ($P = 0,0001$) maupun <i>motricity index</i> ($P = 0,0001$). Simpulan: Terdapat peningkatan pemulihan motorik ekstremitas atas pada pasien stroke setelah mendapat intervensi berupa mobilisasi dan rangsangan taktil secara bersamaan.

C. Konsep Asuhan Keperawatan Pasien *Stroke Non Hemoragik (SNH)*

1. Pengkajian

a. Identitas klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk RS, nomor register dan diagnosa medis.

b. Keluhan utama

Stroke non hemoragik biasanya mengalami perubahan tingkat kesadaran, mual muntah, kelemahan reflek, afasia (gangguan komunikasi), difasia (memahami kata), kesemutan, nyeri kepala, kejang sampai tidak sadar dan biasanya didapatkan kelemahan anggota gerak sebelah badan, dan mengalami gangguan mobilitas fisik serta penurunan kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

c. Riwayat penyakit sekarang

Serangan *stroke* seringkali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi bicara pelo, sulit berkomunikasi nyeri kepala, mual, muntah, bahkan kejang sampai tidak sadarkan diri, disamping gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

d. Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsional yang lama, penggunaan obat-obatan anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif dan kegemukan.

e. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus atau stroke sebelumnya.

f. Riwayat psikososial-spiritual

Biasanya pasien mengalami perubahan hubungan dan peran

terjadi karena pasien sulit melakukan aktivitas dan komunikasi. Rasa cemas pada pasien mengakibatkan kegelisahan, kegelisahan tersebut mengakibatkan gangguan dalam melakukan pelaksanaan tindakan dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas sehari-hari.

g. Pola fungsi kesehatan

1) Pola nutrisi

Nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut, kehilangan sensasi (rasa kecap, cabai, garam, cuka) pada lidah, tenggorokan, pipi, disfagia ditandai dengan klien kesulitan dalam menelan.

2) Pola eliminasi

Biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltic usus. Sedangkan pada eliminasi urine terjadi retensi urin.

3) Pola istirahat tidur

Biasanya pasien sering terbangun karena mimpi buruk, sulit tidur, tidak merasa segar setelah bangun

4) Pola aktivitas

Dalam beraktivitas pasien mengalami kesulitan melakukan gerakan karena pada pasien hemiplegia akan mengalami kelumpuhan pada salah satu anggota gerak, sedangkan pada pasien hemiparesis rentang dalam bergerak karena salah satu tangan, kaki atau wajah mengalami kelumpuhan sehingga terjadi gangguan mobilitas fisik.

5) Pemeriksaan fisik

a) Kesadaran

Pada pasien stroke biasanya mengalami tingkat kesadaran somenolen dengan GCS 10-12 pada awal terserang *stroke*.

b) Rambut

Biasanya kepala kotor, berketombe, penyebaran rambut

tidak merata

c) Wajah

Biasanya wajah nyeri pada satu sisi, wajah terlihat miring, dan pucat.

d) Mata

Biasanya pada pasien *stroke* konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil tidak isokor dan tidak ada edema pada pelopak mata

e) Hidung

Terkadang pasien *stroke* tidak bias menyebutkan bau yang diberikan perawat namun ada juga yang bias menyebutkan bau, dan biasanya ketajaman penciuman hidung kiri dan kanan berbeda.

f) Mulut dan gigi

Pada pasien *stroke* biasanya mengalami masalah pada bau mulut, gigi kotor, mukosa bibir kering, peradangan pada gusi. Pasien *stroke* biasanya dapat menjulurkan lidah dan dapat dipencongkan ke kiri dan kanan namun artikulasi kurang jelas saat bicara.

g) Telinga

Biasanya tampak kotor

h) Leher

Biasanya pasien *stroke* mengalami gangguan menelan. Pada pemeriksaan kaku kuduk biasanya positif.

i) Abdomen

Biasanya simetris, tidak asites dan bising usus tidak terdengar

j) Ekstranmitas

Biasanya mengalami kelemahan atau kelumpuhan (Rosjidi. 2017).

3) Diagnosa Keperawatan

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

a. Penyebab :

- Kerusakan integritas struktur tulang
- Perubahan metabolisme
- Ketidakbugaran fisik
- Penurunan kendali otot
- Penurunan kebugaran otot
- Keterlambatan perkembangan
- Kontraktur
- Malnutrisi
- Gangguan muskuloskeletal
- Gangguan neuromuskular
- Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia
- Efek agen farmakologis
- Program pembatasan gerak
- Nyeri
- Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- Gangguan kognitif
- Kecemasan
- Keengganan dalam melakukan pergerakan
- Gangguan sensoripersepsi

b. Data Mayor

Subjektif : Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Objektif :

- Kekuatan otot menurun
- Rentang gerak (ROM) menurun
-

c. Data Minor

Subjektif :

- Nyeri saat bergerak
- Enggan melakukan pergerakan
- Merasa cemas saat bergerak

Objektif :

- Sendi kaku
- Gerakan tidak terkoordinasi
- Gerakan terbatas dan lemah

NO	DIAGNOSA	INTERVENSI KEPERAWATAN	
		TUJUAN /KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN
1	Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Gangguan Neuromuskular (SDKI)	<p>Mobilitas Fisik Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat.</p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Nyeri menurun 4. Kaku sendi menurun 5. Gerakan terbatas menurun 6. Kelemahan fisik menurun 	<p>Teknik Latihan Penguatan Sendi</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya ▪ Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan ▪ Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi ▪ Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu ▪ Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu ▪ Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi ▪ Anjurkan melakukan mobilisasi dini ▪ Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur) <p><i>Evidence Based Nursing Practice</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberian Terapi ROM 2. Pemberian Terapi Genggam Bola 3. Mobilisasi 4. Rangsangan Tastil

3. Implementasi

Implementasi yang merupakan komponen dari proses keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tindakan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Implementasi mencakup melakukan, membantu atau mengarahkan kinerja aktivitas kehidupan sehari-hari, memberikan arahan perawatan untuk mencapai tujuan yang berpusat pada klien dan mengevaluasi kerja anggota staf dan mencatat serta melakukan pertukaran informasi yang relevan dengan perawatan kesehatan berkelanjutan dari klien. Implementasi meluangkan rencana asuhan kedalam tindakan. Setelah rencana di kembangkan, sesuai dengan kebutuhan dan prioritas klien, perawat melakukan intervensi keperawatan spesifik, yang mencakup tindakan perawat dan tindakan (Potter & Perry. 2016).

4. Evaluasi

Evaluasi adalah proses keperawatan mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien kearah pencapaian tujuan. Tahap akhir yang bertujuan untuk mencapai kemampuan klien dan tujuan dengan melihat perkembangan klien. Evaluasi klien stoke dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya pada tujuan (Potter & Perry, 2016).

BAB III

METODELOGI

A. Rencana Studi Kasus

Studi kasus ini menggunakan desain penelitian deskriptif kualitatif dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Pada studi kasus KIAN ini, penulis berupaya untuk memberikan gambaran secara sistematis, aktual dan akurat tentang asuhan keperawatan dukungan perawatan diri pada pasien *Stroke* di Ruang Stroke RSUD dr. M. Yunus Bengkulu Tahun 2021. Pendekatan asuhan keperawatan yang digunakan meliputi tahapan pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan.

B. Subjek Studi Kasus

Studi kasus penelitian yang digunakan dalam gambaran asuhan keperawatan manajemen sensasi perifer pada pasien Stroked di Ruang *Stroke* RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu. Individu yang menderita penyakit *Stroke*. Adapun subjek penelitian yang peneliti sekarang lakukan berjumlah dua orang pada pasien *Stroke* yang mengalami gangguan mobilitas fisik di Ruang Stroke RSUD dr. M. Yunus Bengkulu dengan criteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut:

1. Kriteria Inklusi

- a. Pasien *Stroke* berjenis kelamin laki-laki atau perempuan
- b. Pasien yang telah didiagnosa menderita *Stroke*
- c. Pasien yang bersedia menjadi responden
- d. Berusia 45-59 tahun
- e. Mengalami keterbatasan rentang gerak/gangguan mobilitas fisik.

2. Kriteria Ekklusi

- a. Pasien pulang Atas Permintaan Sendiri (APS) atau dirujuk
- b. Pasien meninggal dunia saat dirawat inap
- c. Pasien yang mengalami penurunan kesadaran.

C. Definisi Oprasional

1. Asuhan keperawatan adalah suatu proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan pada pasien *stroke*
2. *Stroke* adalah suatu kondisi gangguan system persyarafan yang dialami oleh pasien dengan dignosa medis yang telah di tetapkan oleh dokter tercantum dalam rekam medik dan mengalami hemiparesis.
3. Teknik latihan penguatan sendi adalah upaya dalam meningkatkan mobilitas fisik pasien dengan menggunakan teknik gerakan tubuh aktif atau pasif seperti memberikan latihan ROM dengan terapi menggenggam bola dan mobilisasi dengan rangsangan takstil untuk mempertahankan atau mengembalikan dan meningkatkan fleksibilitas sendi sehingga pasien mengalami peningkatan dalam mobilits fisik.

Latihan ROM adalah latihan pergerakan maksimal yang dilakukan oleh sendi. Latihan ROM menjadi salah satu bentuk latihan yang berfungsi dalam pemeliharaan fleksibilitas sendi dan kekuatan otot pada pasien *stroke*. Penerapan genggam bola pada *stroke* adalah pengukuran semiobjektif. Latihan ini untuk menstimulasi motorik pada tangan dengan cara menggegam bola (Hermina Desiane, 2016). dilakukan 5-10 menit dan di ulang 3-4 kali dalam sehari selama 6 hari dan boleh di lanjutkan oleh keluarga.

Mobilisasi adalah suatu pergerakan yang dihasilkan dari perubahan posisi tubuh atau perpindahan lokasi. Mobilisasi yang digunakan dibantu dengan masase, *stretching*, gerakan pasif sendi, dan gerakan aktif dibantu. Untuk rangsangan taktil yang diberikan yaitu menggosok kulit daerah anggota

gerak atas dengan sikat yang dilakukan berulang-ulang. Dukungan mobilisasi untuk meningkatkan kemampuan aktifitas pergerakan fisik dilakukan dengan membantu dan mengarahkan pasien untuk merubah posisi berbaring miring ke kiri dan kanan secara bergantian setiap 2 jam.

D. Tempat dan Waktu

Lokasi penelitian ini adalah di Ruang *Stroke* RSUD dr. M. Yunus Bengkulu Tahun 2021. Proses pengumpulan data dilakukan pada saat penulis praktik di stase keperawatan elektif Bulan Juni 2021 dan penyelesaian laporan dilakukan pada Bulan September 2021.

E. Pengumpulan Data

1. Data Primer

Yaitu data di dapatkan melalui wawancara dan observasi dengan hasil anamnesis yang berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, riwayat psikologi dan pemeriksaan fisik pada sistem tubuh serta mobilitas fisik pasien. Sumber data bisa dari klien, keluarga serta perawat ruangan.

2. Data Sekunder

Data pasien diperoleh oleh peneliti dengan melihat status pasien, dan untuk menemukan berbagai teori yang relevan dengan permasalahan yang sedang diteliti, peneliti melakukan akses pencarian menggunakan *google scholar*, *pubmad*, dan situs web perpustakaan nasional.

F. Penyajian Data

Penyajian data pada penelitian ini disajikan secara tekstual dan naratif yang disajikan secara sistematis meliputi proses asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian, diagnosa, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi.

G. Etika Studi Kasus

Peneliti akan mempertimbangkan etik dan legal penelitian untuk melindungi responden agar terhindar dari segala bahaya serta ketidaknyamanan fisik dan psikologis. *Ethical clearance* mempertimbangkan hal-hal dibawah ini:

1. *Self determinant*

Pada studi kasus ini, responden diberi kebebasan untuk berpartisipasi atau tidak dalam penelitian ini tanpa ada paksaan.

2. Tanpa nama (*anonimity*)

Peneliti menjaga kerahasiaan responden dengan cara tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data, peneliti hanya akan member inisial sebagai pengganti identitas responden.

3. Kerahasiaan (*confidentiality*)

Akses data hanya dimiliki oleh peneliti. Data hanya bersifat rahasia tidak disebarluaskan. Data hanya untuk digunakan keperluan study.

4. Keadilan (*justice*)

Peneliti akan memperlakukan semua responden secara adil selama pengumpulan data tanpa adanya diskriminasi, baik yang bersedia mengikuti penelitian maupun yang menolak untuk menjadi responden penelitian.

5. Kemanfaatan (*beneficiency*)

Asas kemanfaatan harus memiliki tiga prinsip yaitu bebas penderitaan, bebas eksploitasi dan beban resiko. Bebas penderitaan yaitu peneliti menjamin responden tidak akan mengalami cedera, mengurangi rasa sakit, dan tidak akan memberikan penderitaan pada responden. Bebas eksploitasi dimana pemberian informasi dari responden akan digunakan sebaik mungkin dan tidak akan digunakan secara sewenang-wenang demi keuntungan peneliti. Bebas risiko yaitu responden terhindar dari risiko bahaya kedepannya. Manfaat penerapan Rom dengan terapi menggenggam bola dan mobilisasi dengan rangsangan takstil adalah untuk meningkatkan mobilitas fisik pasien.

6. *Maleficience*

Peneliti menjamin tidak akan menyakiti, membahayakan, atau memberikan ketidaknyamanan baik secara fisik maupun psikologi. Selama proses wawancara berlangsung peneliti memperhatikan beberapa hal yang dapat merugikan partisipan antara lain status hemodinamik, kenyamanan, dan perubahan perasaan. Apabila kondisi tersebut membahayakan kondisi partisipan maka peneliti menghentikan wawancara terlebih dulu dan memulainya lagi ketika kondisi sudah stabil dan partisipan siap melakukan wawancara.

BAB IV HASIL STUDI KASUS

Pada bab ini penulis memaparkan tentang pelaksanaan Asuhan Keperawatan Teknik Latihan Penguatan Sendi Pada Pasien *Stroke Non Hemoragik* (SNH) Dengan Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang *Stroke* Rs dr. M Yunus Bengkulu . Asuhan keperawatan yang dilakukan meliputi pengkajian dan analisis data diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Pengkajian ini dilakukan dengan allo anamnesa (wawancara dengan keluarga atau orang terdekat), tenaga kesehatan lain (perawat Ruangan), pengamatan, observasi, pemeriksaan fisik, menelaah catatan medis dan catatan keperawatan sebagai berikut:

A. Gambaran Pengkajian Pada Pasien *Stroke Non Hemoragik*

Tabel 4.1

**Data Demografi Pasien di Ruang Stroke RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu
Tahun 2021**

Karakteristik	Tn. A	Ny. A
Identitas Pasien	Seorang pasien laki-laki bernama Tn. A berusia 50 tahun lahir tanggal 04-03-1971 dengan status menikah, beragama islam, pendidikan terakhir SMA dan dengan pekerjaan sebagai petani tinggal di alamat Cimanuk Kota Bengkulu	Seorang pasien perempuan Ny. A berusia 58 tahun lahir tanggal 29-09-1963 dengan status menikah, beragama islam, Pendidikan terakhir SMP dan sebagai ibu rumah tangga, tinggal di alamat Jalan tut wuri handayani III.

B. Gambaran Riwayat kesehatan

Riwayat kesehatan ini perawat melakukan pengkajian keperawatan meliputi keluhan utama MRS, riwayat kesehatan sekarang/keluhan sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, untuk menegakkan diagnosa keperawatan dan juga perencanaan keperawatan yang akan dilakukan pada pasien dalam penelitian.

Tabel 4.2

**Riwayat kesehatan Pasien di Ruang Stroke RSUD Dr. M. Yunus
Bengkulu Tahun 2021**

Karakteristik	Tn. A	Ny.A
	Keadaan umum Tn. A lemah, tingkat kesadaran CM, GCS 12 (E4,V5,M6) dengan TTV TD: 160/90 MmHg HR: 120x/m RR : 20x/m SPO2 : 99%,	Keadaan umum Ny. A lemah, tingkat kesadaran CM, GCS 12 (E4,V5,M6) dengan TTV TD: 140/80 MmHg HR: 100x/m RR : 21x/m SPO2 : 99%,
Keluhan Utama	Pasien Tn. A diantar keluarga ke IGD RS tanggal 19-08-2021 pada pukul 08;49 WIB dengan keluhan lemas, sesak, sakit kepala, tidak bisa bicara, dan ekstremitas sebelah kanan mengalami kelemahan.	Pasien Ny. S diantar oleh keluarga ke RS Dr. M yunus Bengkulu 20-08-2021 pada pukul 22.30 WIB dengan keluhan pasien mengalami penurunan kesadaran, lemah anggota gerak sebelah kiri, sakit kepala, riwayat hipertensi

Keluhan Sekarang	Pada hari Selasa tanggal 23/08/2021 pukul 15.00 WIB di ruang Stroke RSUD Dr. M Yunus Bengkulu , pada saat dilakukan pengkajian pasien tidak terlalu banyak bicara dan tidak jelas saat bicara, pasien sulit tidur, pasien mengatakan terdapat kelemahan anggota gerak pada tangan dan kaki kanan. Pasien masih mampu mengangkat tangan namun langsung terjatuh dan hanya mampu menggerakkan kaki.	Pada hari Senin tanggal 23/08/21 pukul 15.00 WIB di ruang Stroke RSUD Dr. M Yunus Bengkulu, Pada saat dilakukan pengkajian pasien sulit sekali menggerakkan anggota badan terutama pada tangan dan kaki sebelah kiri serta anggota gerak yang lainnya masih lemah. Pasien tampak gelisah, meringis kesakitan dan mengeluh sakit kepala, pasien juga tampak lemah, tangan kiri pasien sangat kaku dan tidak bisa diluruskan dan Kaki kiri bisa di gerakan.
Riwayat Penyakit Terdahulu	Pasien mengatakan bahwa dirinya menderita Hipertensi, Diabetes sejak 4 tahun lalu. Dahulu pasien sering mengkonsumsi makanan yang banyak makan protein, seperti Bakso dan makanan pedas.	Klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi 5 tahun yang lalu, hipertensi yang di derita tidak dikontrol. Klien mengatakan kalau kepalanya pusing saja minum obat amlodipine.

C. Pengkajian Kebutuhan Mobilitas fisik

Tabel 4.3

Riwayat kesehatan Pasien di Ruang Stroke RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu Tahun 2021

Karakteristik	Tn.A	Ny.A
Masalah pada Mobilisasi Fisik	Pasien mengatakan selama ± 1 hari perawatan di RS pasien mengeluh masih lemah serta sulit sekali menggerakkan anggota badan terutama kaki dan tangan kanan.	Keluarga mengatakan pasien Selama ± 1 hari perawatan di RS Pasien mengeluh msih sangat lemah dan sulit menggerakkan anggota badannya terutama pada kaki kiri dan tangan kiri.

	<p>Kekuatan otot</p> <table border="1"> <tr> <td>Kanan</td> <td>kiri</td> </tr> <tr> <td>2222</td> <td>4444</td> </tr> <tr> <td>2222</td> <td>4444</td> </tr> </table>	Kanan	kiri	2222	4444	2222	4444	<p>Kekuatan otot</p> <table border="1"> <tr> <td>Kanan</td> <td>kiri</td> </tr> <tr> <td>4444</td> <td>1111</td> </tr> <tr> <td>4444</td> <td>1111</td> </tr> </table>	Kanan	kiri	4444	1111	4444	1111
Kanan	kiri													
2222	4444													
2222	4444													
Kanan	kiri													
4444	1111													
4444	1111													
Aktivitas sehari-hari	<p>Makan</p> <p>Sebelum sakit : pasien mengatakan pada saat sehat pasien makan 3x dalam sehari dengan lauk, ayam, dan pasien mengatakan sering memakan yang manis-manis. Dilakukan secara mandiri</p> <p>Saat Sakit : Pada saat sakit klien diberikan diit ML yaitu bubur putih tapi hanya habis setengah porsi saja. Makan dibantu keluarga</p>	<p>Makan</p> <p>Sebelum sakit : Pasien mengatakan pada saat sehat pasien makan 3 x sehari, sehari dengan nasi, lauk, gulai, sayur, namun juga suka makanan bersantan dan berminyak. Dilakukan secara mandiri</p> <p>Saat Sakit : Pada saat sakit pasien diberikan diit ML yaitu bubur tapi hanya di habiskan 3 sendok makan saja. Makan dibantu keluarga</p>												
	<p>Minum</p> <p>Sebelum sakit : jenis minuman air putih pada saat sehat dan hanya minum 5-6 gelas dalam sehari, pasien juga sering meminum kopi saat sehat. dilakukan secara mandiri.</p> <p>Saat Sakit : Pada saat sakit pasien minum 1 botol aqua yang sedang (600 ml). dibantu oleh keluarga</p>	<p>Minum</p> <p>Sebelum sakit : pada saat sehat klien banyak minum kurang lebih 6-8 gelas sehari, dan sekali minum teh. dilakukan secara mandiri</p> <p>Saat Sakit : Pada saat sakit pasien hanya minum sekitar 4-5 gelas air putih. dibantu oleh keluarga</p>												
	<p>Aktivitas</p> <p>Sebelum sakit : Pola aktivitas Tn. A sehari-hari sebagai pekerja swasta dan sering ke kebun, semua aktivitas dilakukan secara mandiri.</p> <p>Saat Sakit : Saat dirumah sakit kebutuhan pasien</p>	<p>Aktivitas :</p> <p>Sebelum sakit : pola aktivitas pada saat sehat Ny.A jarang berolahraga, pasien sebagai ibu rumah tangga, semua aktivitas dilakukan secara mandiri.</p> <p>Saat Sakit : pada saat di</p>												

	<p>tampak dibantu oleh keluarga dan perawat, semua aktivitas pasien dilakukan ditempat tidur semua.</p>	<p>rumah sakit semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat, semua aktivitas pasien dilakukan ditempat tidur</p>
	<p>Mandi: Sebelum sakit : Pola mandi pada saat sehat pasien mandi 2x sehari dilakukan secara mandiri Saat Sakit : pada saat sakit pasien hanya dilap oleh keluarga.</p>	<p>Mandi: Sebelum sakit : Pola mandi pada saat sehat pasien mandi 2x sehari dilakukan secara mandiri Saat Sakit : pada saat sakit pasien hanya dilap oleh keluarga.</p>
	<p>Eliminasi (BAB dan BAK) Sebelum sakit : pola eliminasi pada saat sehat pasien bab 1x sehari, warna feces kuning, Bau khas, konsistensi feces lembek, BAK pada saat sehat 4-5 kali sehari, dilakukan secara mandiri. Saat Sakit : pada saat pasien sakit bab 1 kali selama ± 2 hari , berwarna kuning, bau khas, konsistensi lembek. pada saat sakit pasien menggunakan kateter dengan jumlah 200 cc.</p>	<p>Eliminasi (BAB dan BAK) : Sebelum sakit : pola eliminasi pada saat sehat pasien bab 1x sehari, tektur lembek, berwarna kecoklatan, BAK pada saat sehat 3-4 kali sehari dilakukan secara mandiri Saat Sakit : pada saat sakit pasien memakai kateter sekitar 600 ml dalam sehari. Pasien belum ada BAB sejak masuk rumah sakit.</p>

D. Pemeriksaan fisik

Tabel 4.4
Pemeriksaan Fisik Pada Pasien di Ruang Stroke RSUD Dr. M. Yunus
Bengkulu Tahun 2021

Pemeriksaan Fisik	Tn. A	Ny. A
Kepala – leher	<p>Kepala : Bentuk kepala normocephal, wajah simetris, distribusi rambut tidak merata, rambut tampak kotor dan lepek.</p> <p>Mata: simetris, konjungtiva an-anemis, sclera anikterik, pupil isokor.</p> <p>Hidung: simetris, tampak kotor, ada secret, tidak ada nyeri tekan.</p> <p>Mulut: gigi dan lidah tampak kotor, gusi tidak ada tanda peradangan, bibir kering, bau mulut</p> <p>Telinga: simetris, tidak ada lesi.</p> <p>Leher: tidak ada distensi vena jugularis.</p>	<p>Kepala : Bentuk kepala normocephal, wajah simetris, distribusi rambut tidak merata. Rambut tampak kotor dan rontok.</p> <p>Mata: simetris, konjungtiva an-anemis, sclera anikterik, pupil isokor.</p> <p>Hidung: simetris, tampak kotor, ada secret, tidak ada nyeri tekan.</p> <p>Mulut: gigi tampak kotor, terlihat caries, lidah kotor, gusi tidak ada tanda peradangan, bibir kering, bau mulut.</p> <p>Telinga: simetris, tidak ada lesi</p> <p>Leher: tidak ada distensi vena jugularis.</p>
Dada	<p>Jantung: bentuk dada simetris, bunyi jantung I dan BJ II normal, tidak ada suara tambahan, perkusi jantung redup, ictus cordis teraba kuat.</p> <p>Paru: bentuk dada simetris, suara nafas vesikuler, perkusi paru sonor, ekspansi paru simetris</p>	<p>Jantung: bentuk dada simetris, bunyi jantung I dan BJ II normal, tidak ada suara tambahan, perkusi jantung redup, ictus cordis teraba kuat.</p> <p>Paru: bentuk dada simetris, suara nafas vesikuler, perkusi paru sonor, ekspansi paru simetris</p>
Abdomen	Perut simetris dan tidak ada pembesaran, tidak ada lesi, bising usus 8 x/menit, tidak ada nyeri tekan di setiap kuadran	Tidak ada lesi, bising usus 10 x/menit, ada nyeri tekan regio 2 (epigastric)
Genital	Ditanggihkan	Ditanggihkan

Ekstremitas	<p>Ekstremitas atas: warna kuku pink, CRT < 3 detik, ekstremitas teraba hangat, nadi teraba halus. Terdapat kelemahan pada tangan kanan.</p> <p>Ekstramitas bawah : warna kuku pink, CRT<3 detik, ekstremitas teraba hangat, tidak ada edema, kulit kering. Terdapat kelemahan pada kaki kanan.</p>	<p>Ekstremitas atas: warna kuku pink, CRT< 3 detik, ekstremitas teraba hangat, nadi teraba halus, kulit kering. Terdapat kelemahan pada tangankiri.</p> <p>Ekstremitas bawah : warna kuku pink, kuku tampak panjang dan kotor, CRT <3 detik, ekstremitas teraba hangat, tidak ada edema. Kulit kering. Terdapat kelemahan pada kaki kiri.</p>
-------------	---	---

E. Pemeriksaan penunjang

Tabel 4.5

Pemeriksaan Penunjang Pasien di Ruang Stroke RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu Tahun 2021

Pasien Tn. A (22-07-2021)

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
1	HB	13,0	13.0-17.0	g/dl
2	Leukosit	9,500	5,0-10,0	/ μ L
3	Eritrosit	4,4	Lk: 4,5-5,5	/ μ L
4	Gula Darah Sewaktu	155	70-110	Mg/dl
5	SGOT	47	5-40	μ /L
6	SGPT	40	7-59	μ /L
7	Hematokrit	39	Lk : 39-52	%
8	MCV	88	78,6-102,2	Fl
9	MCH	29	25,2-34,7	Pg
10	MCHC	33	31,3-35,4	g/Dl
11	Colesterol total	154	150-200	mg/Dl
12	Kreatinin	1,7	LK: 0,9-1,3	mg/Dl
13	Ureum	40	17-43	mg/Dl
14	Basofil	0	0-1	%
15	Eosinofil	2	2-3	%
16	Segmen	84	51-67	%
17	Limfosit	10	20-35	%
18	Monosit	4	4-6	%

Swab Antigen : (-)

Pasien Ny.A (23-08-2021)

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
1	Colesterol Total	195	140-200	Mg/dl
2	Gula Darah Sewaktu	106	70-110	Mg/dl
3	HB	12,9	12.0-16.0	g/dl
4	HDL	32	pr:40-70	Mg/dl
5	SGOT	15	Pr: <31	u/L
6	SGPT	9	Pr: <31	u/L
7	Hematokrit	37	Pr: 36-46	%
8	Kreatinin	1,0	Pr : 0,6-1,1	mg/Dl
9	Ureaum	38	17-43	mg/Dl
10	Leukosit	9,500	Dws : 4-10 ribu	/UI
11	Trombosit	279.000	150 ribu- 450 ribu	/UI
12	Eritrosit	4,4	Pr: 4-5 juta	/UI

Swab Antigen (-)

F. Terapi Medis

Tabel 4.6

**Terapi Medis Pasien di Ruang Stroke RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu
Tahun 2021**

Nama Pasien Tn. A		23-08-2021	24-08-2021	25-08-2021
No	Obat	Dosis dan waktu	Dosis dan waktu	Dosis dan waktu
1	IVFD RL	10 Tpm	10 Tpm	10 Tpm
2	S.P Vascon	3 cc/Jam	3 cc/ Jam	3 cc/ Jam
3	Inj.Ceptriaxon	2x1 gr (14, 02)	2x1 gr (14,02)	2x1 gr (14,02)
4	Inj.Antrain	3x1 Tap (14,22,06)	3x1 Tap (14,22,06)	3x1 Tap (14,22,06)
5	Amlodipin	1x10 (13)	1x10 (13)	1x10 (13)
6	Inj.Furosemid	1x1 (18)	1x1 (18)	1x1 (18)
7	Candesatan	1x8 (20)	1x8 (20)	1x8 (20)
8	Inj.omz	1x1 (13)	1x1 (13)	-
9	PCT tab	3x500 (17,01,09)	2x500 (17,09)	-
10	Inj.Mecobalamin	1x1 (13)	1x1 (13)	1x1 (13)

Nama Pasien Ny.A		23-08-2021	24-08-2021	25-08-2021
No	Obat	Dosis	Dosis	Dosis
1	IVFD RL	20 Tpm	20 Tpm	20 Tpm
2	Bisoprosol	1x2,5 jam 14.00	1x2,5 jam 14.00	1x2,5 jam 14.00
3	Ambroxol	3 x 1 jam 14,22,06	3 x 1 jam 14,22,06	3 x 1 jam 14,22,06
4	Citirizin	2 x 1 jam 17.00, 05.00	2 x 1 jam 17.00, 05.00	2 x 1 jam 17.00, 05.00
5	Amlodipin	1x 10 mg jam 12.00, 15.00	1x 10 mg jam 12.00, 15.00	1x 10 mg jam 12.00, 15.00
6	Inj.Antrain	3 x 1 iv jam 12,20, 04	3 x 1 iv jam 12,20, 04	3 x 1 iv jam 12,20, 04
7	Inj. Mecobelamin	1 x 1 jam 12	1 x 1 jam 12	1 x 1 jam 12
8	Inj.Citicolin	2 x 500 mg jam 12, 24	2 x 500 mg jam 12, 24	2 x 500 mg jam 12, 24
9	Inj. OMZ	1 x 1 IV jam 12	1 x 1 IV jam 12	1 x 1 IV jam 12
10	Inj. Ceftriaxon	2x1 jam 12, 24	2x1 jam 12, 24	2x1 jam 12, 24
11	Pct tab	2x500 (10,14)	1x500 (14)	-

Tabel 4.7

G. Gambaran diagnosa keperawatan

Tn. A	Ny.A
Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler
<p>DS :</p> <p>Keluarga mengatakan pasien tidak bisa melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri karena mengalami kelemahan pada kaki dan tangan, terutama tangan dan kaki kanan</p>	<p>DS :</p> <p>Keluarga mengatakan pasien tidak bisa melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri karena mengalami kelumpuhan pada tangan dan kaki kiri, kaki dan tangan kiri kaku, tangan kiri tidak bias diluruskan.</p>
<p>DO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak lemah dan enggan dalam beraktivitas 2. Kesadaran CM (E4, V5, M6) 3. Kaki dan tangan kanan tidak bisa digerakan dan bicara tidak jelas 4. Semua aktivitas dibantu keluarga dan perawat 5. Semua aktivitas dilakukan di tempat tidur 6. Gerakan terbatas 7. Sendi kaku 8. TD = 140/80 mmHg, Nadi = 100 x RR = 21 x/m, Suhu =36,5°C SPO2 =100 % 13. Kekuatan tonus otot Tangan kanan 2222,tangan kiri 4444, kaki kanan 2222, kaki kiri 4444 14. Hemiplegi kanan 	<p>DO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak lemah 2. Kesadaran CM (E4, V5, M6) 3. Kaki dan tangan kiri tidak bisa digerakan serta kaku tidak bisa diluruskan dan bicara tidak jelas 4. Semua aktivitas dibantu keluarga dan perawat 5. Semua aktivitas dilakukan di tempat tidur 6. Gerakan terbatas 7. TD = 140/80 mmHg, Nadi = 100 RR = 21 x/m, Suhu =36,5°C SPO2 = 99% 13. Kekuatan tonus otot Tangan kanan 4444,tangan kiri 1111, kaki kana a4444, kaki kiri 1111 14. Hemiplegi kiri

Tabel 4.8

NO	DIAGNOSA	INTERVENSI KEPERAWATAN	
		TUJUAN /KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN
1	Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Gangguan Neuromuskular (SDKI)	<p>Mobilitas Fisik Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat.</p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Nyeri menurun 4. Kaku sendi menurun 5. Gerakan terbatas menurun 6. Kelemahan fisik menurun 	<p>Teknik Latihan Penguatan Sendi</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya ▪ Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan ▪ Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi ▪ Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu ▪ Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu ▪ Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi ▪ Anjurkan melakukan mobilisasi dini ▪ Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur) <p><i>Evidence Based Nursing Practice</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberian Terapi ROM 2. Pemberian Terapi Genggam Bola 3. Mobilisasi 4. Rangsangan Tastil

Tabel 4.9

**H. Gambaran implementasi dan Evaluasi keperawatan
Implementasi dan Evaluasi Pada Tn. A Dengan Gangguan Mobilitas Fisik diri di Ruang Stroke
RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu Tahun 2021**

Nama : Tn. A		Diagnosa Keperawatan :	
Ruangan : STROKE		Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler	
Hari/Tanggal : 23-08-2021			
Pengkajian Diagnosa Intervensi (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI	EVALUASI FORMATIF	EVALUASI (S-O-A-P)
<p>Pukul :09 .00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga mengatakan tangan dan kaki kanan pasien kaku dan tidak bisa digerakan dan bicara susah <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lemah dan enggan dalam melakukan aktivitas Kesadaran CM (E4, V5, M6) • Kaki dan tangan kanan tidak bisa digerakan dan bicara susah • Semua aktivitas dibantu keluarga dan perawat • Semua aktivitas dilakukan di tempat tidur 	<p>Pukul :09 .30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitoring keadaan umum pasien 2. Mengkaji tingkat kesadaran pasien 3. Mengkaji TTV pasien 4. Mengkaji kekuatan tonus otot pasien 5. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 6. Mengkaji aktivitas yang dapat dilakukan pasien 7. Mengkaji pergerakan ekstremitas pasien 	<ol style="list-style-type: none"> 1. keadaan umum pasien lemah 2. tingkat kesadaran CM (E4, V5,M6) 3. TD : 140/80 MmHg, HR : 100 x/m, RR : 21x/m, S : 36,6 C, SPO2 : 100 % 4. kekuatan otot tangan kanan 2222, tangan kiri 4444, kaki kanan 2222, kaki kiri 4444. 5. Tn.A mengatakan tidak ada nyeri, namun tubuh terasa lemas dan sendi-sendi terasa kaku. 6. Semua aktivitas pasien dibantu keluarga dan perawat, semua aktivitas dilakukan di tempat tidur 7. Gerakan ekstremitas kiri tidak terbatas, ekstraamitas kanan terbatas 	<p>Pukul :09 .00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga mengatakan tangan dan kaki kanan pasien masih tidak bisa digerakan dan masih kaku. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lemah Kesadaran CM (E4, V5, M6) • Kaki dan tangan kanan tidak bisa digerakan dan bicara susah • Semua aktivitas dibantu keluarga dan perawat • Semua aktivitas dilakukan di tempat tidur • Terdapat kaku sendi • Rentang gerak pasien masih

<ul style="list-style-type: none"> • Gerakan terbatas • TD = 140/80 mmHg, N = 100 x/m RR = 21x/m S = 36,5 C SPO2 = 99% Tangan kiri kaku • Kekuatan otot menurun Kiri kanan 4444 2222 <hr/>4444 2222 • Hemiplegi kanan <p>A : SLKI : mobilitas fisik pada level 3</p> <p>P : SIKI : lakukan intervensi Teknik latihan penguatan sendi</p>	<p>8. Mengkaji rentang gerak pasien</p> <p>Pukul 10.00 WIB</p> <p>9. Menjelaskan kepada keluarga tujuan tindakan</p> <p>10. Memberikan dan mengajarkan keluarga dalam melakukan latihan ROM dengan menggenggam bola pada pasien dan mobilisasi rangsangan takstil.</p> <p>11. Memberikan dan mengajarkan keluarga mobilisasi miring kiri kanan tiap 2 jam</p> <p>Pukul 10:30 WIB</p> <p>12. Membantu pasien dalam kebersihan mulut agar pasien merasa nyaman dengan dirinya dan mencegah adanya bau mulut</p> <p>13. Membantu pasien dalam mengelap badan dan mengganti pakaian</p> <p>Pukul 13.30 WIB</p> <p>14. Melakukan kembali latihan ROM dengan menggenggam bola secara pasif pada pasien</p> <p>15. Menganjurkan keluarga untuk melakukan ROM dengan menggenggam bola dan mobilisasi secara mandiri</p>	<p>dan sendi kaku Rentang gerak pasien pasif</p> <p>8. Keluarga memahami penelasan</p> <p>9. Latihan diberikan secara pasif selama 10 menit</p> <p>10. Sudah dilakukan tindakan mobilisasi miring kiri kanan</p> <p>11. Pasien sudah di lap, pakaian sudah diganti, pasien tampak rapi.</p> <p>12. Latihan sudah dilakukan selama menit</p> <p>13. Keluarga menerima anjuran perawat</p> <p>14. Keluarga menerima anjuran perawat</p>	<p>pasif atau dengan bantuan keluarga dan perawat.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gerakan ekstremitas kiri tidak terbatas, ekstremitas kanan terbatas dan sendi kaku • TD = 140/80 mmHg, N = 100 x/m RR = 21x/m S = 36,5 C SPO2 = 99% • Kekuatan otot Kiri kanan 4444 2222 4444 2222 • Hemiplegi kanan <p>A : SLKI : mobilitas fisik pada level 3</p> <p>P : SIKI : Teknik latihan penguatan sendi dilanjutkan.</p>
---	--	---	--

Nama : Tn. A		Diagnosa Keperawatan :	
Ruangan : STROKE		Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler	
Hari/Tanggal : 24-08-021			
Pengkajian Diagnosa Intervensi (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI	EVALUASI FORMATIF	EVALUASI (S-O-A-P)
<p>Pukul :14 .30 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan tangan dan kaki kanan pasien masih tidak bisa digerakan dan bicara susah <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak lemah Kesadaran CM (E4, V5, M6) Tangan kanan masih belum bisa digerakan, kaki kanan bisa digerakan namun tidak bisa di angkat Semua aktivitas dibantu keluarga dan pearawat Semua aktivitas dilakukan di tempat tidur. TD = 140/90 mmHg, 	<p>Pukul :14 .30 W3B</p> <ol style="list-style-type: none"> Memonitoring keadaan umum pasien Mengkaji tingkat kesadaran pasien Mengkaji TTV Mengkaji kekuatan tonus otot pasien Mengkaji aktivitas yang dapat dilakukan pasien Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Mengkaji gerakan ekstimas pasien Mengkaji aktivitas yang dapat dilakukan pasien 	<ol style="list-style-type: none"> keadaan umum pasien lemah tingkat kesadaran CM (E4, V5,M6) TD : 140/90MmHg, HR :109x/m, RR : 22x/m kekuatan tonus otot Kiri kanan 4444 2222 ----- 4444 2222 Pasien mampu menjangkau botol minum di meja, pasien mampu minum sendiri,menggerakan kaki kanan, msemua aktivitas dilakukan di tempat tidur Tidak ada nyeri, ekstramitas kanan tidak lagi kaku Gerakan ekstramitas kiri tidaak terbatas, ekstraamitas kanan terbatas Pasien belajar menggerakan kaki dan tangan yang mengalami kelumpuhan secara mandiri, pasien juga belajar miring dengan bantuan keluarga 	<p>Pukul : 19:00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> pasien mengatakan tangan dan kaki kanan masih sulit digerakan, namun pasien sudah belajar miring dengan bantuan keluarga serta mampu menggeser kaki kanan secara perlahan. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak lemah Semua aktivitas dilakukan ditempat tidur pasien mampu menggerakan kaki kanannya secara perlahan. Minat pasien dalam melakukan akktivitaas tampak meningkat Gerakan ekstramitas kiri tidak terbatas, Tangan yang mengalami kelumpuhan tidak lagi kaku, dan kaki sudah bisa digerakan namun tidak bisa di

<p>N = 109 x/m RR = 22x/m S = 36,1 C SPO2 = 100%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kekuatan tonus otot <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Kiri</td> <td style="padding: 2px;">kanan</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">4444</td> <td style="padding: 2px;">2222</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">4444</td> <td style="padding: 2px;">2222</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> • Hemiplegi kanan <p>A : SLKI : mobilitas fisik pada level 3</p> <p>P : SIKI : lakukan intervensi Teknik latihan penguatan sendi dilanjutkan.</p>	Kiri	kanan	4444	2222			4444	2222	<p>15. Mengkaji pergerakan ekstremitas pasien</p> <p>16. Mengkaji rentang gerak pasien</p> <p>Pukul 15.00 WIB</p> <p>17. Memberikan latihan ROM dengan menggenggam bola pada pasien</p> <p>18. Memberikan dan mobilisasi miring kiri kanan tiap 2 jam</p> <p>Pukul 16: 00 WIB</p> <p>19. Membantu pasien dalam kebersihan mulut agar pasien merasa nyaman dengan dirinya dan mencegah adanya bau mulut</p> <p>Pukul 17.00 WIB</p> <p>20. Melakukan kembali latihan ROM dengan menggenggam bola secara pasif pada pasien serta mobilisasi dengan rangsangan taktil</p> <p>21. Mengingatkan kembali keluarga untuk melakukan latihan ROM dengan menggenggam bola dan mobilisasi miring kiri kanan secara mandiri</p>	<p>9. Gerakan ekstremitas kiri tidak terbatas, Tangan yang mengalami kelumpuhan tidak lagi kaku, dan kaki sudah bisa digerakan namun tidak bisa di angkat</p> <p>10. Rentang gerak pasien masih pasif untuk ekstremitas kanan, ekstremitas kiri aktif.</p> <p>11. Latihan diberikan secara pasif selama 10 menit</p> <p>12. Sudah dilakukan tindakan mobilisasi miring kiri kanan</p> <p>13. Oral hygiene sudah dilakukan dengan menggunakan kasa dan listerin</p> <p>14. latihan sudah dilakukan selama 10 menit</p> <p>15. Keluarga memahami anjuran perawat</p>	<p>angkat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rentang gerak pasien masih pasif untuk ekstremitas kanan, ekstremitas kiri aktif. • kekuatan tonus otot <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Kiri</td> <td style="padding: 2px;">kanan</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">4444</td> <td style="padding: 2px;">2222</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">4444</td> <td style="padding: 2px;">3333</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> • TD = 140/70 mmHg, N = 100 x/m RR = 21x/m S = 36,3 C SPO2 = 100% <p>A : SLKI : mobilitas fisik pada level 3</p> <p>P : SIKI : Teknik latihan penguatan sendi dilanjutkan.</p>	Kiri	kanan	4444	2222			4444	3333
Kiri	kanan																		
4444	2222																		
4444	2222																		
Kiri	kanan																		
4444	2222																		
4444	3333																		

Nama : Tn. A		Diagnosa Keperawatan :							
Ruangan : STROKE		Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler							
Hari/Tanggal : 25-08-2021									
Pengkajian Diagnosa Intervensi (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI	EVALUASI FORMATIF	EVALUASI (S-O-A-P)						
<p>Pukul :14 .30 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan sudah bisa menggeser kaki kananya dan bisa merubah posisi miring sendiri secara perlahan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak lebih segar dan bersemangat dalam beraktivitas. Kesadaran CM (E4, V5, M6) Tangan kanan masih belum bisa digerakan, pasien bisa menggeser kaki kanan Sebagian aktivitas dilakukan sendiri seperti menjangkau mnum dan merubah 	<p>Pukul :14 .30 W3B</p> <ol style="list-style-type: none"> Memonitoring keadaan umum pasien Mengkaji tingkat kesadaran pasien Mengkaji TTV Mengkaji kekuatan tonus otot pasien Mengkaji aktivitas yang dapat dilakukan pasien Mengkaji pergerakan ekstremitas pasien Mengkaji rentang gerak pasien 	<ol style="list-style-type: none"> keadaan umum pasien tampak lebih segar tingkat kesadaran CM (E4, V5,M6) TD : 130/90MmHg, HR :119x/m, RR : 22x/m kekuatan tonus otot <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Kiri</td> <td style="padding: 2px;">kanan</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">5555</td> <td style="padding: 2px;">2222</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">5555</td> <td style="padding: 2px;">3333</td> </tr> </table> Pasien mampu menjangkau botol minum di meja, pasien mampu minum sendiri,ps mampu merubaah posisi miring sendiri. Semua aktivitas dilakukan di tempat tidur gerakan ekstremitas tidak terbatas Rentang gerak ekstremitas kanan dapat dilakukan secara aktif, ekstremitas kanan masih pasif 	Kiri	kanan	5555	2222	5555	3333	<p>Pukul : 19:00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan sudah bisa menggeser kaki kananya dan bisa merubah posisi miring sendiri secara perlahan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak lebih segar Semua aktivitas dilakukan ditempat tidur pasien mampu menggeser kaki kanannya secara perlahan. Minat pasien dalam melakukan akktivitaas tampak meningkat Rentang gerak ekstremitas kanan dapat dilakukan secara aktif, ekstremitas kanan masih pasif gerakan ekstremitas tidak terbatas tidak terdapat kekakuan pada sendi
Kiri	kanan								
5555	2222								
5555	3333								

<p>posisi miring.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Semua aktivitas dilakukan di tempat tidur. • TD = 140/90 mmHg, N = 109 x/m RR = 22x/m S = 36,1 C SPO2 = 100% • Kekuatan tonus otot <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Kiri</td> <td style="text-align: center;">kanan</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5555</td> <td style="text-align: center;">2222</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5555</td> <td style="text-align: center;">3333</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> • Hemiplegi kiri <p>A : SLKI : mobilitas fisik pada level 3</p> <p>P : SIKI : Lakukan intervensi Teknik latihan penguatan sendi.</p>	Kiri	kanan	5555	2222	<hr/>		5555	3333	<p>Pukul 15.00 WIB</p> <p>9. .Memberikan latihan ROM dengan menggenggam bola dan rangsangan takstil pada pasien</p> <p>10. .Memberikan mobilisasi miring kiri kanan tiap 2 jam</p> <p>Pukul 16: 00 WIB</p> <p>11. .Membantu menyiapkan air hangat untuk mengelap pasien</p> <p>Pukul 17.00 WIB</p> <p>12. .Melakukan kembali latihan ROM dengan menggenggam bola secara pasif pada pasien serta mobilisasi dengan rangsangan takstil</p> <p>13. .Mengingatn kembali keluarga untuk melakukan latihan ROM dengan menggenggam bola dan mobilisasi miring kiri kanan secara mandiri</p>	<p>9. Latihan diberikan secara pasif selama 10 menit</p> <p>10. Sudah dilakukan tindakan mobilisasi miring kiri kanan</p> <p>11. Pasien sudah di lap, pakaian sudah diganti, minyak zaitun sudah di oleskan, pasien tampak rapi dan tidak bau badan.</p> <p>12. ROM sudah dilakukan selama 10 menit</p> <p>13. .Keluarga memahami anjuran perawat</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Terjadi peningkatan tonus otot • kekuatan tonus otot <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Kiri</td> <td style="text-align: center;">kanan</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5555</td> <td style="text-align: center;">2222</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5555</td> <td style="text-align: center;">3333</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> • TD = 130/70 mmHg, N = 119 x/m RR = 22x/m S = 36,4 C SPO2 = 100% <p>A : SLKI : Mobilitas fisik berada pada level (4) cukup meningkat</p> <p>P : SIKI : Teknik latihan penguatan sendi dilanjutkan oleh keluarga</p>	Kiri	kanan	5555	2222	<hr/>		5555	3333
Kiri	kanan																		
5555	2222																		
<hr/>																			
5555	3333																		
Kiri	kanan																		
5555	2222																		
<hr/>																			
5555	3333																		

Tabel 4.10
Implementasi dan Evaluasi Pada Ny. A Dengan Gangguan mobilitas fisik
di Ruang Stroke RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu Tahun 2021

Nama : Ny. A		Diagnosa Keperawatan :									
Ruangan : STROKE		Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler									
Hari/Tanggal : 23-08-2021											
Pengkajian Diagnosa Intervensi (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI	EVALUASI FORMATIF	EVALUASI (S-O-A-P)								
<p>Pukul :09 .00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga mengatakan tangan dan kaki kiri pasien kaku dan tidak bisa digerakan serta bicara susah <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lemah • Kesadaran CM (E4, V5, M6) • Kaki dan tangan kiri tidak bisa digerakan dan bicara susah • Semua aktivitas dibantu keluarga dan perawat • Semua aktivitas dilakukan di tempat tidur • Ekstramitas kanan masih lemah 	<p>Pukul :09 .30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitoring keadaan umum pasien 2. Mengkaji tingkat kesadaran pasien 3. Mengkaji TTV 4. Mengkaji kekuatan tonus otot pasien 5. Mengkaji aktivitas yang dapat dilakukan pasien 6. Mengkaji pergerakan ekstramitas pasien 7. Mengkaji rentang gerak pasien 	<ol style="list-style-type: none"> 1. keadaan umum pasien lemah 2. tingkat kesadaran CM (E4, V5,M6) 3. TD : 140/80MmHg, HR :120x/m, RR : 22x/m 4. kekuatan otot tangan kanan 4444, tangan kiri 1111, kaki kanan4444, kaki kiri 1111. 5. Semua aktivitas pasien dibantu keluarga dan perawat, semua aktivitas dilakukan di tempat tidur 6. Pergerakan ekstramitas kanan tidak terbatas, sedangkan pergerakan ekstramitas kiri terbatas, ekstramitas kiri kaku dan tangan tidak bisa diluruskan. 7. Rentang gerak pasien pasif, dibantu perawat dan keluarga. 	<p>Pukul : 14:00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga mengatakan tangan dan kaki kiri pasien masih kaku dan tidak bisa digerakan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lemah • Semua aktivitas dibantu keluarga dan perawat • Semua aktivitas dilakukan ditempat tidur • RENTANG GERAK pasif dibantu keluarga dan perawat • Terdapat keterbatasan gerak, sendi kaku. <ul style="list-style-type: none"> • Kekuatan tonus otot <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>Kiri</td> <td>kanan</td> </tr> <tr> <td>2222</td> <td>4444</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>2222</td> <td>4444</td> </tr> </table> • Hemipelgi kiri 	Kiri	kanan	2222	4444	<hr/>		2222	4444
Kiri	kanan										
2222	4444										
<hr/>											
2222	4444										

<ul style="list-style-type: none"> • TD = 140/80 mmHg, N = 100 x/m RR = 21x/m S = 36,5 C SPO2 = 99% Tangan kiri kaku • Kekuatan tonus otot Kiri kanan 2222 4444 <hr/>2222 4444 • Hemiplegi kiri <p>A : SLKI : mobilitas fisik pada level 3</p> <p>P : SIKI : lakukan intervensi Teknik latihan penguatan sendi.</p>	<p>Pukul 10.00 WIB</p> <p>8. Menjelaskan kepada keluarga tujuan tindakan</p> <p>9. Memberikan dan mengajarkan keluarga dalam melakukan latihan ROM dengan menggenggam bola dan mobilisasi dengan rangsangan takstil</p> <p>10. Memberikan dan mengajarkan keluarga mobilisasi miring kiri kanan tiap 2 jam</p> <p>Pukul 10:30 WIB</p> <p>11. Membantu pasien dalam kebersihan mulut agar pasien merasa nyaman dengan dirinya dan mencegah adanya bau mulut</p> <p>Pukul 13.30 WIB</p> <p>12. Melakukan kembali latihan ROM dengan menggenggam bola secara pasif pada pasien</p> <p>13. Menganjurkan keluarga untuk melakukan ROM dengan menggenggam bola dan mobilisasi secara mandiri</p>	<p>8. Keluarga memahami penjelasan perawat</p> <p>9. Latihan diberikan secara pasif selama 10 menit, mobilisasi dilakukan 2 jam sekali</p> <p>10. Sudah dilakukan tindakan mobilisasi miring kiri kanan</p> <p>11. Oral hygiene sudah dilakukan dengan menggunakan kasa dan listerin</p> <p>12. Latihan sudah dilakukan selama 10 menit</p> <p>13. Keluarga menerima anjuran perawat</p>	<ul style="list-style-type: none"> • posisi pasien miring kanan • TD = 140/70 mmHg, N = 109 x/m RR = 22x/m S = 36,5 C SPO2 = 99% <p>A : SLKI : mobilitas fisik pada level 3</p> <p>P : SIKI : Teknik latihan penguatan sendi dilanjutkan.</p>
---	---	--	---

Nama : Ny. A		Diagnosa Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler							
Ruangan : STROKE									
Hari/Tanggal : 24-08-021									
Pengkajian Diagnosa Intervensi (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI	EVALUASI FORMATIF	EVALUASI (S-O-A-P)						
<p>Pukul :14.30 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga mengatakan tangan dan kaki kiri pasien masih kaku dan tidak bisa digerakan dan bicara susah <p>O : Pasien tampak lemah Kesadaran CM (E4, V5, M6) Kaki dan tangan kiri tidak bisa digerakan dan bicara susah</p> <ul style="list-style-type: none"> • Semua aktivitas dibantu keluarga dan perawat • Semua aktivitas dilakukan di tempat tidur. • Tangan kiri kaku • TD = 130/80 mmHg, N = 109 x/m RR =21x/m S = 36,3 C SPO2 = 100% 	<p>Pukul :14 .30 W3B</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitoring keadaan umum pasien 2. Mengkaji tingkat kesadaran pasien 3. TTV 4. Mengkaji kekuatan tonus otot pasien 5. Mengkaji aktivitas yang dapat dilakukan pasien 6. Mengkaji pergerakan ekstremitas pasien 7. Mengkaji rentang gerak pasien <p>Pukul 15.00WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Memberikan latihan ROM dengan menggenggam bola pada pasien dan rangsangan taktil 	<ol style="list-style-type: none"> 1. keadaan umum pasien lemah 2. Tingkat kesadaran CM (E4, V5,M6) 3. TD : 130/80MmHg, HR :109x/m, RR : 22x/m 4. Kekuatan otot tangan kanan 4444, tangan kiri 1111, kaki kanan4444, kaki kiri 1111. 5. Semua aktivitas pasien dibantu keluarga dan perawat, semua aktivitas dilakukan di tempat tidur 6.pergerakan ekstremitas kanan tidak terbatqas, gerakan ekstremitas kiri terbatas, tangan masih kaku. Jari-jari kaki bisa di gerakan. 7. Rentang gerak pasif 8. Latihan diberikan secara pasif selama 10 menit 	<p>Pukul : 19:00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga mengatakan tangan dan kaki kiri pasien masih tidak bisa digerakan namun sudah tidak kaku <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lemah • Semua aktivitas dibantu keluarga dan perawat • Semua aktivitas dilakukan ditempat tidur • Rentang gerak pasien pasif • Pergerakan ekstremitas kanan tidak terbatas, ekstremitas kiri terbatas. • Kekuatan tonus otot <table border="1"> <tr> <td>Kiri</td> <td>kanan</td> </tr> <tr> <td>2222</td> <td>4444</td> </tr> <tr> <td>2222</td> <td>4444</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> • kaki dan tangan kiri masih tidak bisa digerakan namun sudah tidak kaku dan bisa di luruskan 	Kiri	kanan	2222	4444	2222	4444
Kiri	kanan								
2222	4444								
2222	4444								

<ul style="list-style-type: none"> • Kekuatan tonus otot Kiri kanan 2222 4444 <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Hemiplegi kiri <p>A : SLKI : mobilitas fisik masih pada level 3</p> <p>P : SIKI : Lakukan Teknik latihan penguatan sendi.</p>	<p>9. Memberikan dan mobilisasi miring kiri kanan tiap 2 jam</p> <p style="text-align: center;">Pukul 16: 00 WIB</p> <p>10. Membantu pasien dalam kebersihan mulut agar pasien merasa nyaman dengan dirinya dan mencegah adanya bau mulut</p> <p>11. Membantu pasien dalam mengelap badan dan mengganti pakaian dan mengolesi minyak zaitun</p> <p style="text-align: center;">Pukul 17.00 WIB</p> <p>12. Melakukan kembali latihan ROM dengan menggenggam bola secara pasif pada pasien</p> <p>13. Mengingatkan kembali keluarga untuk melakukan latihan ROM dengan menggenggam bola, rangsangan takstil dan mobilisasi miring kiri kanan secara mandiri</p>	<p>9. Sudah dilakukan tindakan mobilisasi miring kiri kanan</p> <p>10. Oral hygiene sudah dilakukan dengan menggunakan kasa dan listerine</p> <p>11. Pasien sudah di lap, pakaian sudah diganti, pasien tampak rapi dan tidak bau badan.</p> <p>12. Latihan diberikan secara pasif selama 10 menit</p> <p>13. Keluarga memahami anjuran perawat</p>	<ul style="list-style-type: none"> • TD = 130/70 mmHg, N = 100 x/m RR = 21x/m S = 36,3 C SPO2 = 100% <p>A : SLKI : mobilitas fisik masih pada level 3</p> <p>P : SIKI : Teknik latihan penguatan sendi dilanjutkan.</p>
---	--	---	--

Nama : Ny. A		Diagnosa Keperawatan :									
Ruangan : STROKE		Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler									
Hari/Tanggal : 25-08-021											
Pengkajian Diagnosa Intervensi (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI	EVALUASI FORMATIF	EVALUASI (S-O-A-P)								
<p>Pukul :14 .30 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga mengatakan tangan dan kaki kiri pasien tidak kaku lagi • Pasien tampak lebih segar • Kesadaran CM (E4, V5, M6) • Kaki dan tangan kiri tidak bisa digerakan namun sudah bisa diluruskan dan tidak kaku. Pasien bisa menggerakkan jari-jari kaki kiri • Aktivitas masih dibantu keluarga • Semua aktivitas dilakukan di tempat tidur. • Tangan kiri tidak kaku • Kaki kiri sudah bisa digerakan • Keluarga tampak melakukan latihan rom dengan menggenggam bola • Posisi pasien miring kiri • TD=130/70 mmHg, N = 119 x/m 	<p>Pukul :14 .30 W3B</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitoring keadaan umum pasien 1. Mengkaji tingkat kesadaran pasien 2. Mengkaji TTV 3. Mengkaji kekuatan tonus otot pasien 4. Mengkaji gerakan ekstremitas pasien 5. Mengkaji aktivitas yang dapat dilakukan pasien 6. Mengkaji rentang gerak pasien <p>Pukul 15.00WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Memberikan latihan ROM dengan menggenggam bola dan rangsangan taktil pada pasien 8. Memberikan dan mobilisasi miring kiri kanan tiap 2 jam <p>Pukul 16: 00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Mmbantu pasien dalam kebersihan mulut agar pasien merasa nyaman dengan dirinya dan mencegah adanya bau mulut 	<ul style="list-style-type: none"> • keadaan umum pasien lemah • tingkat kesadaran CM (E4, V5,M6) • TD : 130/70mmHg, HR :119x/m, RR : 22x/m • kekuatan otot tangan kanan 4444, tangan kiri 1111, kaki kanan4444, kaki kiri 1111. • Gerakan ekstremitas tidak terbatas • semua aktivitas masih dibantu keluarga dan dilakukan di tempat tidur • rentang gerak pasien masih pasif • Latihan diberikan secara pasif selama 10 menit • Sudah dilakukan tindakan mobilisasi miring kiri kanan • Oral hygiene sudah dilakukan dengan menggunakan kasa dan listerin 	<p>Pukul : 19:00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga mengatakan tangan kiri pasien masih tidak bisa digerakan namun sudah tidak kaku, kaki kiri bisa digerakan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lebih segar • Aktivitas masih dibantu keluarga • Semua aktivitas dilakukan ditempat tidur • Gerakan ekstremitas tidak terbatas • Rentang gerak masih pasif <ul style="list-style-type: none"> • Kekuatan tonus otot <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>Kiri</td> <td>kanan</td> </tr> <tr> <td>2222</td> <td>4444</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>2222</td> <td>4444</td> </tr> </table> • tangan kiri masih tidak bias digerakan namun sudah tidak kaku • pasien tampak mampu 	Kiri	kanan	2222	4444	<hr/>		2222	4444
Kiri	kanan										
2222	4444										
<hr/>											
2222	4444										

<p>RR =22x/m S = 36,4C SPO2 = 100%</p> <ul style="list-style-type: none"> Kekuatan tonus otot <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Kiri</td> <td style="padding: 2px;">kanan</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">2222</td> <td style="padding: 2px;">4444</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">2222</td> <td style="padding: 2px;">4444</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> Hemiplegi kiri <p>A :SLKI :mobilitas fisik level 3</p> <p>P : SIKI : Lakukan intervensi Teknik latihan penguatan sendi dilanjutkan.</p>	Kiri	kanan	2222	4444			2222	4444	<p>10. Membantu pasien dalam mengelap badan dan mengganti pakaian</p> <p>Pukul 17.00 WIB</p> <p>11. Melakukan kembali latihan ROM dengan menggenggam bola secara pasif pada pasien</p> <p>12. Mengingatn kembali keluarga untuk melakukan latihan ROM dengan menggenggam bola dan mobilisasi miring kiri kanan secara mandiri</p>	<ul style="list-style-type: none"> Pasien sudah di lap, pakaian sudah diganti,pasien tampak rapi. Latihan diberikan secara pasif selama 10 menit Keluarga memahami anjuran perawat 	<p>menggerakan kaki kiri</p> <ul style="list-style-type: none"> TD = 130/70 mmHg, N = 119 x/m RR =22x/m S = 36,4 C SPO2 = 100% <p>A : A :SLKI :mobilitas fisik level 3</p> <p>P : SIKI : Teknik latihan penguatan sendi dilanjutkan oleh keluarga</p>
Kiri	kanan										
2222	4444										
2222	4444										

BAB V

PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis membahas tentang konsep teori dan proses asuhan keperawatan teknik latihan penguatan sendi yang dilakukan di ruang *stroke* RSUD dr. M .Yunus Bengkulu. Penerapan proses keperawatan dalam asuhan keperawatan untuk klien merupakan salah satu wujud tanggung gugat perawatan yang terdiri dari tahap pengkajian keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi (Potter, 2015).

A. Gambaran Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah suatu tindakan peninjauan situasi manusia untuk memperoleh data tentang klien dengan maksud menegaskan situasi penyakit. Pengkajian keperawatan merupakan proses pengumpulan data yang sistematis dan berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status pasien (Kholifah, 2016).

Penulis melakukan pengkajian pada Tn.A pada tanggal 23 Agustus 2021 dan didapatkan pasien mengalami kelemahan anggota gerak sebelah kanan., keluarga mengatakan Tn.A tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki kanan dan mengalami kesulitan dalam bicara. Tangan dan kaki kanan kaku gerakan terbatas. Tn. A mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, semua kativitas dibantu keluarga dan didalakukan ditempat tidur. Kekuatan tonus otot tangan kiri 4444, tangan kanan 2222, kaki kiri 4444, kaki kanan 2222.

Hasil pengkajian selanjutnya pada Ny.T pada tanggal 23 Agustus 2021 didapatkan data Ny.A dengan keluhan mengalami kelemahan anggota gerak sebelah kiri, tangan kiri kaku tidak bisa diluruskan, gerakan terbatas. Ny. A juga mengalami kesulitan dalam bicara. Ny. A mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, semua kativitas dibantu keluarga dan didalakukan ditempat tidur. Kekuatan tonus otot tangan kanan 4444, kaki kiri 1111, kaki kanan 4444.

Kedua responden pada penelitian ini menunjukkan tanda dan gejala seperti kelemahan anggota gerak, keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri dan gangguan mobilitas fisik. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (Benjamin, 2017) Hemiparesis yang disebabkan oleh *stroke* akut menyebabkan kekakuan, kelumpuhan, kekuatan otot melemah dan akibatnya mengurangi rentang gerak sendi dan fungsi ekstremitas, aktivitas hidup sehari-hari.

Data yang ditemukan pada klien kedua kasus sudah sesuai dengan tinjauan teori yang ada, kedua klien mengalami kelemahan pada satu sisi tubuh yang menyebabkan gangguan mobilitas fisik. Perbedaan pada kedua kasus yang muncul, seperti kelemahan anggota gerak tubuh sisi tubuh yang berbeda, dan kekuatan tonus otot yang berbeda pada kedua pasien pada saat dikaji penulis.

B. . Gambaran Diagnosa Keperawatan

Menurut Potter & Perry (2016), diagnosa keperawatan adalah pernyataan mengurangi respon actual atau potensial pasien terhadap masalah kesehatan yang perawat mempunyai izin untuk menguasainya. Berdasarkan hasil pengkajian pada dua pasien ditemukan keluhan utama kelemahan anggota gerak sebelah badan, badan terasa lemas, kesulitan dalam bicara dan keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari atau gangguan mobilitas fisik. Data yang didapatkan penulis menjadi dasar dalam mengangkat diagnosa keperawatan pada kasus. Penulis mengangkat diagnosa kasus gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler sehingga pada penelitian ini tidak ada kesenjangan antara laporan kasus dan teori.

C. Gambaran Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan yang ada pada tinjauan teori sesuai dengan diagnosis keperawatan yang diangkat pada pasien SNH dengan gangguan mobilitas fisik dan telah disesuaikan dengan kondisi pasien dan sumber daya yang tersedia. Pembuatan rencana yang akan dilakukan melibatkan keluarga

pasien dan perawat ruangan sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi sesuai teori perencanaan keperawatan dituliskan dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indoensia (SLKI). Intervensi pada tinjauan teori memuat target waktu yang dibutuhkan untuk melakukan perawatan pada klien, tujuan dan kriteria hasil yang ingin dicapai, rencana tindakan yang akan dilakukan, dan rasional dari rencana tindakan tersebut. Perencanaan atau intervensi dirancang oleh penulis berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dimana tindakan yang akan dilakukan terdiri dari tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Target waktu pencapaian kriteria hasil pada semua diagnosis ditentukan dengan rentang waktu yang sama, yaitu 3 x 24 jam. Karya tulis ilmiah ini berfokus pada intervensi tindakan terapeutik untuk meningkatkan kekuatan otot sehingga klien mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri dan mobilitas fisik pasien meningkat, karena keadaan klien hampir sama. Perencanaan atau intervensi yang disusun penulis untuk semua diagnosis sudah sesuai dengan teori dan tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

Intervensi tambahan dari beberapa *evidence based* terbaru yang dapat dijadikan intervensi untuk mengatasi masalah keperawatan telah disesuaikan untuk dapat dilaksanakan diantaranya adalah sebagai berikut: latihan fisik berupa latihan *Range Of Motion* (ROM). Latihan ROM adalah latihan pergerakan maksimal yang dilakukan oleh sendi. Latihan ROM menjadi salah satu bentuk latihan yang berfungsi dalam pemeliharaan fleksibilitas sendi dan kekuatan otot pada pasien *stroke* (Hermina, 2016).

Mobilisasi adalah suatu pergerakan yang dihasilkan dari perubahan posisi tubuh atau perpindahan lokasi. Mobilisasi yang digunakan dibantu dengan masase, *stretching*, gerakan pasif sendi, dan gerakan aktif dibantu. Untuk rangsangan taktil yang diberikan yaitu menggosok kulit daerah anggota gerak atas dengan sikat yang dilakukan berulang-ulang. Dukungan mobilisasi untuk meningkatkan kemampuan aktifitas pergerakan fisik dilakukan dengan membantu dan mengarahkan pasien untuk merubah posisi

berbaring miring ke kiri dan kanan secara bergantian setiap 2 jam (Angliadi, 2016.)

D. Gambaran Implementasi Keperawatan

Berdasarkan tahap implementasi keperawatan, upaya untuk merealisasikan rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan yaitu membina hubungan saling percaya adalah hal yang sangat penting dalam tahap pelaksanaan ini, sehingga upaya pelaksanaan atau tindakan yang dilaksanakan dapat diterima sebagai upaya untuk memecahkan masalah. Implementasi dilakukan penulis selama 3 hari pada kedua kasus. Implementasi pada Tn.A dan Ny.A dimulai pada 23 Agustus 2021 sampai Agustus 2021. Pada studi kasus ini penulis melakukan implementasi dan mengevaluasi keadaan klien setiap hari.

Pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, implementasi yang dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yaitu mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, memfasilitasi mobilisasi, memfasilitasi melakukan pergerakan, melibatkan keluarga untuk membantu meningkatkan pergerakan.

Pada saat pelaksanaan implementasi pada kasus, peneliti memberikan beberapa *evidence based nursing* pada kedua kasus. *Evidence based* yang diterapkan yaitu latihan fisik berupa latihan *Range Of Motion* (ROM) menurut (Hermina, 2016). Latihan menggenggam bola (Astriani, dkk 2016), mobilisasi dan rangsangan taktil (Angliadi, 2016).

Tindakan pertama yaitu ROM dengan genggam bola dijelaskan bahwa tindakan yang dilakukan sebelum menggenggam bola yaitu dengan menekuk, meluruskan siku, menggenggam, membuka genggam, merenggangkan, merapatkan kembali jari-jari dan mendekatkan ibu jari ke telapak tangan hal ini karena untuk modal membangkitkan otot pada tangan dan jari-jari agar bisa melakukan aktivitas kembali, Sedangkan untuk waktu yang diberikan

hanya 3-10 menit mampu meningkatkan kekuatan otot dalam mengatasi hambatan mobilitas fisik, hal ini juga didukung oleh penelitian Atriani, 2016 menyatakan dilakukan latihan ROM dengan bola karet pada pasien SNH yang mengalami kekuatan otot selama 5-10 menit dapat menunjukkan adanya peningkatan nilai kekuatan otot genggam, yang terjadi secara tidak signifikan namun secara perlahan. Atriani, dkk (2016.)

Masalah mobilitas fisik yang dialami pasien *stroke* dilakukan latihan fisik berupa latihan *Range Of Motion* (ROM). Latihan ROM adalah latihan pergerakan maksimal yang dilakukan oleh sendi. Latihan ROM menjadi salah satu bentuk latihan yang berfungsi dalam pemeliharaan fleksibilitas sendi dan kekuatan otot pada pasien *stroke*. Upaya yang dilakukan pada pasien *stroke* yang mengalami masalah gangguan motorik yaitu dengan memberikan terapi ROM untuk meningkatkan kemampuan pada otot agar tidak terjadi kelumpuhan atau hemiparase pada tangan dan kaki yang tidak diinginkan (Hermina, 2016).

Selanjutnya yaitu EDB mobilisasi, Mobilisasi adalah suatu pergerakan yang dihasilkan dari perubahan posisi tubuh atau perpindahan lokasi. Mobilisasi yang digunakan dibantu dengan masase, *stretching*, gerakan pasif sendi, dan gerakan aktif dibantu. Mobilisasi dilakukan 2 jam sekali. Untuk rangsangan taktil yang diberikan yaitu menggosok kulit daerah anggota gerak atas dengan sikat yang dilakukan berulang-ulang. Pemulihan motoris anggota gerak atas dapat terjadi oleh karena pemberian latihan seperti mobilisasi dan rangsangan taktil. Mobilisasi adalah suatu pergerakan yang dihasilkan dari perubahan posisi tubuh atau perpindahan lokasi. Mobilisasi yang digunakan dibantu dengan masase, *stretching*, gerakan pasif sendi, dan gerakan aktif dibantu. Untuk rangsangan taktil yang diberikan yaitu menggosok kulit daerah anggota gerak atas dengan sikat yang dilakukan berulang-ulang. (Angliadi, 2016.)

Implementasi yang dilaksanakan penulis pada kedua kasus tidak menemukan hambatan atau kendala yang berarti, kedua pasien dapat bekerjasama dengan baik, kooperatif, dan mengerti dengan apa yang

disampaikan penulis. Keluarga pasien pada kedua kasus juga dapat bekerjasama dan mendukung implementasi dengan baik.

E. Keterbatasan penelitian

1. Studi kasus ini hanya diaplikasikan pada dua kasus asuhan keperawatan sehingga hasil yang diperoleh belum dapat digeneralisasi pada pasien SNH lainnya yang mengalami gangguan mobilitas fisik
2. Pada penelitian ini peneliti memiliki keterbatasan waktu dalam menerapkan EDB Rom dengan genggam bola dan Mobilisasi dengan rangsangan takstil.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus asuhan keperawatan teknik latihan penguatan sendi pada pasien *stroke non hemoragik* (SNH) dengan gangguan mobilitas fisik di Ruang *Stroke* RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian yang dilakukan pada pasien didapatkan data subyektif dan obyektif. Berdasarkan hasil pengkajian pada dua pasien ditemukan adanya keluhan pasien mengalami kelemahan anggota gerak pada salah satu sisi tubuh, pasien tirah baring dan mengalami gangguan mobilitas fisik, semua aktivitas pasien dibantu keluarga dan dilakukan ditempat tidur. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (Benamin, 2017) Hemiparesis yang disebabkan oleh *stroke* akut menyebabkan kekakuan, kelumpuhan, kekuatan otot melemah dan akibatnya mengurangi rentang gerak sendi dan fungsi ekstremitas atau gangguan mobilitas fisik. Berdasarkan pengkajian penulis mengangkat diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular.
2. Perencanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, mobilitas fisik ditingkatkan pada level 4 dan dipertahankan pada level 4.

Implementasi diberikan pada kedua pasien selama 3 hari, *evidence based nursing* (EBN) yang diberikan terapi latihan fisik berupa latihan *Range Of Motion* (ROM) menurut (Desiane, 2016). Latihan menggenggam bola (Astriani, dkk 2016), mobilisasi dan rangsangan taktil (Angliadi, 2016). Tindakan yang diberikan kepada kedua pasien sama sesuai dengan teori.

3. Evaluasi yang didapatkan pada kedua pasien berbeda. Pada Tn.A diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular telah teratasi sebagian dengan dengan level 4 cukup meningkat ditandai

dengan kekuatan otot cukup meningkat, gerakan terbatas cukup menurun dan rentang gerak (ROM) cukup meningkat. Tn. A juga mampu merubah posisi miring tanpa bantuan, kekuatan tonus otot mengalami peningkatan, tonus otot di hari pertama yaitu tangan kanan 2222, tangan kiri 4444, kaki kanan 2222, kaki kiri 4444, tonus otot dihari ketiga adalah tangan kanan 2222, tangan kiri 5555, kaki kanan 3333, kaki kiri 5555.

sedangkan pada Ny.A gangguan mobilitas fisik belum teratasi dan masih mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri dengan level 3 namun pasien sudah tidak mengalami kekakuan sendi, rentang gerak masih pasif, tonus otot di hari pertama tangan kanan 4444,tangan kiri 2222, kaki kanan 4444, kaki kiri 2222, tonus otot dihari ketiga masih sama dengan hari pertama.

B. Saran

1. Bagi Pasien dan Keluarga

Diharapkan pasien dan keluarga mampu menerapkan latihan ROM, Latihan menggenggam bola, mobilisasi dan rangsangan taktil dalam mengatasi gangguan mobilitas fisik pada pasien *stroke non hemoragik* di rumah.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat meningkatkan mutu pendidikan yang berkualitas dan profesional sehingga terlahir perawat yang berkompeten dalam menerapkan berbagai *evidence based nursing* serta mampu memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif sesuai kode etik keperawatan khususnya asuhan keperawatan pada pasien *stroke non hemoragik* dengan gangguan mobilitas fisik

3. Bagi Perawat RSUD Dr. M. Yunus

Perawat diharapkan dapat latihan ROM, Latihan menggenggam bola, mobilisasi dan rangsangan taktil sebagai tindakan mandiri dan mengembangkannya dalam mengatasi gangguan mobilitas fisik yang dialami pasien *stroke non hemoragik*.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan latihan ROM, latihan menggenggam bola, mobilisasi dan rangsangan taktil sebagai *evidence based* dalam mengatasi gangguan mobilitas fisik yang dialami pasien *stroke non hemoragik*.

DAFTAR PUSTAKA

- Adi, D.dirga dan Kartika, R. dwi (2017) 'Pengaruh Terapi Aktif Menggenggam Bola Karet Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di wilayah Kerja Puskesmas Pengasih II Kulon Progo Yogyakarta'.
- Aini, N.(2018). Teori Model keperawatan. Malang: Universitas Muhammadiyah Malang
- Amin Huda Nurarif & Hadi Kusuma, (2016). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis Nanda Nic Noc* (Jilid 3). Penerbit Mediaction Jogja
- Arya W.W.(2017).*Strategi Mengatasi & Bangkit dari Stroke*.Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Bakara, D. M., & Warsio, S. (2016). *Latihan Range Of Motion (ROM) Pasif Terhadap Rentang Gerak Sendi Pasien Pasca Stroke*, vii (2)
- Benjamin, J. (2017). The Nothwick Park A.D.L Index. *Research Occupational Therapist Northwick Park Hospital*.
- Dinas Kesehatan Kota Bengkulu Tahun 2020
- Erlita.(2017). Penyakit – Penyakit Mematikan. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Halimi R.A & Bisrl D.Y (2019). Manajemen Pasien Stroke Perdarahan Spontan dengan Komorbid Penyakit Paru Obstruktif Kronik Yang Terjadi Bronkhospasme Intraoperasi. *JNI2019;8(2);105-11*
- Kemenkes. Gernas diet seimbang. [Internet]. 2018; [cited 23 Oct 2019] Available from: <http://p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm>
- Kementerian Kesehatan R.I. Riset Kesehatan Dasar 2018. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan R.I; 2018.
- Li J, Yuan M, Liu Y, Zhao Y, Wang J, Guo W. Incidence of constipation in stroke patients. *Medicine (Baltimore)*.2016;(October):1–6.
- Mutiara sari Diah (2019). *Ischemic Stroke:Symptoms, RiskFactors, And Prevention*. Medika Tadulako, Jurnal Ilmiah Kedokteran,Vol.6No.1
- Nugroho. 2020. *Keperawatan Gerontik Dan Geriatrik*. Jakarta: EGC.
- Perry & Potter. 2017. Buku Ajar Fundamental Keperawatan. Jakarta : EGC.
- RSUD. Dr.M.Yunus Bengkulu tahun 2020
- PPNI. (2016). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (1st ed.). Tim Pokja SDKI DPP PPNI.

- Potter, A & Perry, A. (2012). Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep Dasar Proses & Praktik, Vol 2, Edisi Keempat, EGC. Jakarta
- Rantapadang, A & Tendea, A. (2019). Pengaruh Music Movement Therapy Terhadap Kemampuan Aktivitas Harian Pada Pasien Stroke. Vol 1(2)
- Rekam Medik RSUD. dr.M.Yunus Bengkulu tahun 2020
- Septiyani.(2017). Panduan Praktis Pencegahan Dan Pengobatan Stroke.Jakarta : Bhuana Ilmu Populer.
- Sudoyo, S and Iskandar, I.(2016) *Ilmu Penyakit Dalam*, 6, Vol 2 edn. Interna Publishibg
- Sriharyanti, D,E, dkk. 2016. Pengaruh mobilisasi dini ROM pasif terhadap pemulihan perisaltik usus pada pasien paska pembedahan dengan anestesi umum di SMC RS Telogorejo dalam <http://ejournal.stikestelogorejo.ac.id/index.php/jikk/article/view/367> (diakses pada 20 Juni 2019).
- Susanto. 2016. Cekal (Cegahan Tungkal) Penyakit Modem. Yogyakarta : CV Andi
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (1sted). Jakarta : Dewan Pengurus PPNI
- Word Health Organization.Global Stroke Report 2016. Switzerland: World Helath Organization; 2016

LAMPIRAN



PEMERINTAH PROVINSI BENGKULU
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD Dr. M. YUNUS
 Jl. Bhayangkara Bengkulu 38229 Telp. (0736) 52004 – 52006 Fax. (0736) 52007
 BENGKULU 38229



Nomor : 236/KOMKORDIK-RSMY/VIII/2021
 Lampiran : -
 Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Bengkulu, 21 Agustus 2021
 Yth. Kepada
 1. Kabid Pelayanan Keperawatan
 RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu
 di-
 Tempat

Dengan hormat,
 Menindaklanjuti surat dari Poltekkes Kemenkes Bengkulu,
 Nomor: DM.01.04/423/6/2021, Tanggal 19 Agustus 2021, Perihal
 permohonan izin penelitian:

Nama : **GITA NOVERA**
 NPM : P05120420011
 Jurusan : Profesi Ners
 Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Dukungan Perawatan Diri
 Pada Pasien Stroke dengan Defisit Perawatan Diri
 Ruangan : Unit Stroke

Bersama ini kami mohon kesediaan unit bersangkutan untuk memberikan
 izin terhitung mulai tanggal 21 Agustus s.d 21 September 2021.
 Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan
 terima kasih.

Bengkulu, 23-8-2021
 Bidang Pelayanan Keperawatan
 Kasi Rawat Inap

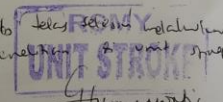

HERRY NOVERIZAL SKM
 NIP 19701119 198903 1 001

An. KETUA KOMKORDIK
 Ketua Subkomite Pendidikan Kesehatan Non Kedokteran


Ns. Khairul Omori, S.Kep, MM
 NIP 19671004 198803 1 002

Tembusan disampaikan;
 1. Yang Bersangkutan
 2. Arsip

Xo telah selesai keluarkan
 penelitian & unit stroke


 Herry Noverizal
 Ns. Suranah



**PEMERINTAH PROVINSI BENGKULU
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD Dr. M. YUNUS**

Jl. Bhayangkara Bengkulu 38229 Telp. (0736) 52004 – 52006 Fax. (0736) 52007
BENGKULU 3 8 2 2 9



SURAT KETERANGAN

Nomor : 246 /KOMKORDIK-RSMY/VIII/2021

Yang bertandatangan dibawah ini :

- a. Nama : MARIANI, S.ST., S.KM
- b. Jabatan : Wakil Direktur Penunjang Medik dan Kependidikan

dengan ini menerangkan bahwa :

- a. Nama : **GITA NOVERA**
- b. NIM : PO51202420011
- c. Institusi : Profesi Ners / Poltekkes Kemenkes Bengkulu
- d. Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Dukungan Perawatan Diri Pada Pasien Stroke dengan Defisit Perawatan Diri
- e. Ruang Penelitian : Unit Stroke
- f. Maksud : Telah Selesai Melaksanakan Penelitian Mulai Tanggal 21 s.d 26 Agustus 2021

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Bengkulu, 30 Agustus 2021
Wakil Direktur Penunjang Medik dan Kependidikan



MARIANI, S.ST., S.KM
NIP. 19650323 198803 2 006

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	ROM PASIF
PENGERTIAN	Rentang gerak adalah jumlah maksimum gerakan yang mungkin dilakukan sendi pada salah satu dari tiga potongan tubuh: sagital, frontal, dan transversal. Latihan rentang gerak pasif yang dilakukan perawat kepada pasien, dalam kasus ini perawat melatih sendi untuk pasien. Beberapa pasien mulai dengan latihan rentang gerak pasif dan meningkat pada latihan rentang gerak aktif.
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melatih aktivitas seluruh sendi tubuh sehingga sendi-sendi tersebut tidak kaku, dan tidak terjadi kecelakan saat tubuh di gerakan. 2. Meningkatkan kekuatan otot 3. Meningkatkan toleransi otot 4. Menjamin keadekuatan mobilisasi sendi.
INDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dilakukan pada pasien bedrest lama, 2. pasien yang berisiko kontraktur dan pada pasien dengan hemiparese/post stroke serta pasien dengan <i>Activity Daily Living</i> dibantu total,
ALAT DAN BAHAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tensi 2. stetoskop 3. Thermometer 4. Hanscoon
LANGKAH-LANGKAH	
A	TAHAP PRA INTERAKSI
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengecekan program terapi pasien. 2. Siapkan alat dan bahan 3. Cuci tangan.
B	TAHAP ORIENTASI
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pastikan identitas pasien 2. Jelaskan tentang prosedur tindakan yang akan dilakukan, berikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan jawab seluruh pertanyaan pasien 3. Pastikan pasien pada posisi yang aman dan nyaman 4. jaga privasi pasien.
C	TAHAP KERJA
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan, menggunakan hanscoon 2. Beri tahu pasien bahwa tindakan segera dilakukan 3. Gerakan menekuk dan meluruskan sendi bahu tangan satu penolong memegang siku, tangan yang lain memegang lengan Luruskan siku, naikkan dan turunkan lengan dengan siku tetap lurus 4. Pegang lengan atas dengan satu tangan, tangan lainnya menekuk dan meluruskan siku 5. Gerakan memutar pergelangan tangan 6. Pegang lengan dengan tangan satu dan tangan lainnya menggenggam telapak tangan klien

	<p>7. Putar pergelangan tangan klien ke arah luar (terlentang) dan ke arah dalam (telungkup)</p> <p>8. Gerakan menekuk dan meluruskan pergelangan tangan</p> <p>9. Pegang lengan bawah dengan tangan satu, tangan lainnya memegang pergelangan tangan</p> <p>10. Tekuk pergelangan ke atas dan ke bawah</p> <p>11. Gerakan memutar ibu jari</p> <p>12. Pegang telapak tangan dan keempat jari dengan satu tangan, tangan yang satunya memutar ibu jari tangan</p> <p>13. Gerakan menekuk dan meluruskan jari-jari tangan</p> <p>14. Pegang pergelangan tangan dengan tangan satu, tangan lainnya menekuk dan meluruskan jari-jari tangan.</p> <p>Latihan pasif anggota gerak bawah</p> <p>1. Gerak menekuk dan meluruskan pangkal paha</p> <p>2. Pegang lutut dengan tangan satu, tangan lainnya memegang tungkai</p> <p>3. Naikkan dan turunkan kaki dengan lutut tetap lurus</p> <p>4. Gerakan menekuk dan meluruskan lutut</p> <p>5. Pegang lutut dengan tangan satu, tangan lainnya memegang tungkai</p> <p>6. Kemudian tekuk dan luruskan lutut</p> <p>7. Gerakan untuk pangkal paha</p> <p>8. Gerakkan kaki klien menjauh dan mendekati badan atau kaki satunya</p> <p>9. Gerakan memutar pergelangan kaki</p> <p>10. Pegang tungkai dengan tangan satu, tangan lainnya memutar pergelangan kaki</p>
D	TAHAP TERMINASI
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rapiakan pasien 2. Observasi respon pasien setelah tindakan 3. Berikan umpan balik positif 4. Kontrak pertemuan selanjutnya 5. Cuci tangan 6. Dokumentasikan hasil tindakan yang telah dilakukan.

Sumber : Sriharyanti, dkk (2016)

STANDART OPERASIONAL PROSEDUR

PENERAPAN TERAPI GENGAM MENGGUNAKAN BOLA KARET	
Pengertian	Terapi Genggam Bola Karet adalah salah satu terapi ROM (non farmakologi) untuk meningkatkan kekuatan otot ekstremitas atas.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan kekuatan otot ekstremitas atas 2. Memperbaiki tonus otot maupun refleks tendon yang mengalami kelemahan 3. Menstimulasi saraf motorik pada tangan yang akan diteruskan ke otak 4. Membantu menstimulus kembali kendali otak terhadap otot-otot tersebut
Indikasi	Pasien dengan stroke non hemoragik
Alat	Bola karet
Prosedur pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> A. Tahap Pra-interaksi <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyiapkan SOP Penerapan Terapi Genggam Bola Karet 2. Menyiapkan Alat 3. Melihat data atau status klien 4. Melihat intervensi keperawatan yang telah diberikan oleh perawat 5. Mengkaji kesiapan klien untuk melakukan Terapi Genggam menggunakan bola karet 6. Menyiapkan ruangan yang tenang dan nyaman 7. Mencuci tangan B. Tahap Orientasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam dan memperkenalkan diri 2. Menanyakan identitas pasien dan kontrak waktu 3. Menjelaskan tujuan dan prosedur 4. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien C. Tahap kerja <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan klien senyaman mungkin 2. Letakkan Bola Karet diatas telapak tangan yang mengalami kelemahan. 3. Instruksikan klien untuk menggenggam/ Bola Karet selama 5 menit 4. Kendurkan genggam kemudian Instruksikan kembali klien untuk menggenggam Bola Karet selama 5 menit (dalam satu sesi latihan gerakan diulangi selama 2 kali)

Sumber : (Adi dan Kartika, 2017:88).

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	IMOBILISASI SIM KANAN KIRI
PENGERTIAN	Mobilisasi dengan posisi sim adalah teknik pemberian posisi dengan memiringkan tubuh ke kanan atau ke kiri dengan posisi tubuh masih tetap berbaring.
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 5. Melatih aktivitas seluruh sendi tubuh sehingga sendi-sendi tersebut tidak kaku, dan tidak terjadi kecelakan saat tubuh di gerakan. 6. Meningkatkan kekuatan otot 7. Meningkatkan toleransi otot 8. Menjamin keadeguatan mobilisasi sendi. 9. Meningkatkan peristaltik usus
INDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien yang mengalami kelemahan anggota gerak 2. Klien yang tirah baring 3. Pasien yang mengalami deficit perawatan diri
ALAT DAN BAHAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Handscoon 2. Bantal dan bantal guling seperlunya 3. Handuk
LANGKAH-LANGKAH	
A	TAHAP PRA INTERAKSI
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cek catatan keperawatan dan catatam medis pasien 2. Identifikasi faktor atau kondisi yang dapat menyebabkan kontraindikasi 3. Siapkan alat dan bahan
B	TAHAP ORIENTASI
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beri tahu bahwa tindakan akan segera dimulai. 2. Dekatkan alat-alat disisi klien. 3. Cuci tangan 4. Buatlah posisi tempat tidur yang memudahkan untuk bekerja (sesuai dengan tinggi perawat).
C	TAHAP KERJA
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan 2. Jaga privasi pasien 3. Atur posisi pasien nyaman mungkin 4. Pindahkan klien ke posisi tempat tidur dengan arah yang berlawanan dengan posisi yang di inginkan. 5. Klien dalam keadaan berbaring, kemudian miringkan kekiri/kanan dengan posisi badan setengah telungkup dan kaki kiri lurus lutut, paha kanan ditekuk diarahkan ke dada. 6. Miringkan klien sampai posisi agak tengkurap. 7. Tempatkan bantal kecil di bawah kepala. 8. Letakkan tangan kiri diatas kepala dan tangan kanan diatas tempat tidur. 9. Letakkanbantal di ruangantara dada, abdomen, lenganatasdantempattidur. 10. Letakkan bantal di ruang antara abdomen, pelvis, paha atas dan tempat tidur.

	<ul style="list-style-type: none"> 11. Pastikan bahwa bahu dan pinggul berada pada bidang yang sama. 12. Letakkan gulungan handuk atau bantal pasir di bawah telapak kaki.
D	TAHAP TERMINASI
	<ul style="list-style-type: none"> 7. Rapiakan pasien 8. Observasi respon pasien setelah tindakan 9. Berikan umpan balik positif 10. Kontrak pertemuan selanjutnya 11. Cuci tangan 12. Observasi posisi dan pindahkan posisi klien pada sisi yang berlawanan tiap 2 jam. 13. Dokumentasikan hasil tindakan yang telah dilakukan

Sumber : Puspitasari dkk, (2017)

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	Rangsangan Taktik
PENGERTIAN	Rangsang taktil adalah rangsangan yang diberikan melalui kulit.
TUJUAN	Memberikan rangsangan pada propioseptor pada kulit dan persendian, serta muscle spindle agar terjadi peningkatan kontraksi secara singkat dan terjadi pola gerak yang terintegrasi dan menjadi gerakan-gerakan pola fungsional
INDIKASI	Penderita stroke yang mengalami kelemahan ekstremitasnya.
ALAT DAN BAHAN	Sikat
	LANGKAH-LANGKAH
A	TAHAP PRA INTERAKSI
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengecekan program terapi pasien. 2. Siapkan alat dan bahan 3. Cuci tangan.
B	TAHAP ORIENTASI
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pastikan identitas pasien 2. Jelaskan tentang prosedur tindakan yang akan dilakukan, berikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan jawab seluruh pertanyaan pasien 3. Pastikan pasien pada posisi yang aman dan nyaman 4. jaga privasi pasien.
C	TAHAP KERJA
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas mencuci tangan 2. Pemberian rangsang taktil dilakukan setelah pasien melakukan mobilisasi berupa <i>stretching</i>, gerakan pasif sendi. 3. Kaji adanya luka atau warna kemerahan pada kulit ekstremitas atas dan bawah pasien. 4. Gosok dengan lembut dan sedikit menekan pada kedua tangan pasien secara bergantian menggunakan <i>surgical brush</i>. Gosok mulai dari bagian bawah ekstremitas lalu menuju ke bagian atas. 5. Setelah itu gosok kedua kaki secara bergantian menggunakan <i>surgical brush</i> dengan teknik yang sama. 6. Lakukan berulang-ulang pada kedua tangan dan kaki hingga 10-1 menit. 7. Kaji kembali kondisi kulit pasien, apakah timbul warna kemerahan atau adanya rasanyeri pada pasien.






	<p>8. Beri waktu istirahat pada pasien 1-3 jam.</p> <p>9. Lalu gosok kembali kedua tangan dan kaki pasien dengan teknik yang sama seperti sebelumnya selama 10-15 menit.</p> <p>Kemudian kaji kembali kondisi kulit pasien serta tanyakan apakah pasien merasa kesakitan selama pemberian terapi.</p>
D	TAHAP TERMINASI
	<p>14. Rapihan pasien</p> <p>15. Observasi respon pasien setelah tindakan</p> <p>16. Berikan umpan balik positif</p> <p>17. Kontrak pertemuan selanjutnya</p> <p>18. Cuci tangan</p> <p>19. Dokumentasikan hasil tindakan yang telah dilakukan.</p>




(Susanto & Angliadi 2016) & (Saputra, 2017).



LEMBAR KONSUL

Nama Pembimbing : Ns. Rahma Annisa, S.Kep.,M.Kep
 Nama Mahasiswa : Gita Novera
 NIM : P0 5120420 011
 Prodi : ProfesiNers
 Judul Karya Ilmiah Akhir Ners : Asuhan Keperawatan Dukungan Perawatan Diri Pada Pasien Dengan Defisit Perawatan Diri Di Ruang Stroke Dr. M. Yunus Bengkulu.

No.	Hari/Tanggal	Kegiatan	Saran	Paraf
1	Senin, 15 Maret 2021	Konsultasi judul	1. Cari judul yang diminati dan pasien banyak 2. Cari jurnal untuk penguat judul	
2	Rabu, 24 Maret 2021	Konsultasi judul dan jurnal acuan	1. Acc judul 2. Lanjutkan pembuatan BAB I	
3	Rabu, 16 Juni 2021	Konsultasi BAB I	1. Perbaiki penulisan BAB I 2. Cari data terbaru 3. Buatlah paragraf secara urutan	
4	Senin, 28 Juni 2021	Konsultasi BAB I-III	1. Sumber harus ada dapus 2. Cari jurnal pendukung 3. Cari tindakan yangb mudah di pahami dan dimengerti 4. Perbaiki Perbaikan defisional operasional	
5	Kamis, 12 Agustus 2021	Konsultasi BAB II-III	1. Lengkapi materi 2. ACC BAB I-III 3. Lanjut mengambil kasus di RS	

6	Jum'at, 27 Agustus 2021	Konsultasi BAB IV- VI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Masukkan semua data hasil pengkajian pasien yang masih belum lengkap 2. Memperbaiki tabel 3. Memasukkan pengkajian persistem 	
7	Senin, 30 Agustus 2021	Konsultasi perbaikan BAB IV-VI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tambahkan pembahasan jurnal 2. Tambahkan dan sinkronkan data pengkajian dengan analisa data 	
8	Rabu, 08 September 2021	Konsultasi perbaikan BAB IV-VI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki tabel analisa diagnosa gangguan rasa nyaman 2. Perbaiki tabel WOC 3. Perbaiki penulisan dapus 	
9	Senin. 13 September 2021	Konsultasi perbaikan KIAN	ACC Ujian KIAN	