

**LAPORAN ELEKTIF**

**KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. P DENGAN GANGGUAN SISTEM  
PERSARAFAN: STROKE DENGAN PEMBERIAN *ROM EXERCISE* TERHADAP  
KEKUATAN OTOT PADA PASIEN STROKE DI RUANGAN  
HARUAYA RUMAH SAKIT TNI-AD  
KOTAPADANGSIDIMPUAN**



**Disusun oleh :  
ChiwiRayyendraRambe  
Nim : 20040013**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS AUFA ROYHAN  
KOTA PADANGSIDIMPUAN  
2021**

**LAPORAN ELEKTIF**

**KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. P DENGAN GANGGUAN SISTEM  
PERSARAFAN: STROKE DENGAN PEMBERIAN *ROM EXERCISE* TERHADAP  
KEKUATAN OTOT PADA PASIEN STROKE DI RUANGAN  
HARUAYA RUMAH SAKIT TNI-AD  
KOTAPADANGSIDIMPUAN**

Diajukan Untuk Memenuhi Persyaratan Memperoleh  
Gelar Profesi Ners



**Disusun oleh :**  
**ChiwiRayyendraRambe**  
**Nim : 20040013**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS AUFA ROYHAN  
KOTA PADANGSIDIMPUAN  
2021**

**HALAMAN PENGESAHAN  
LAPORAN ELEKTIF**

**ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN GANGGUAN SISTEM PERSARAFAN:  
STROKE DENGAN PEMBERIAN *ROM EXERCISE* TERHADAP  
KEKUATAN OTOT PADA PASIEN STROKE DI RUANGAN  
HARUAYA RUMAH SAKIT TNI-AD  
KOTAPADANGSIDIMPUAN**

Laporan Elektif ini telah diseminarkan dihadapan  
tim penguji Program Studi Pendidikan Profesi Ners  
Universitas Afa Royhan  
Di Kota Padangsidempuan

Padangsidempuan, Oktober 2021

Pembimbing

(Ns. Sukhri Herianto Ritonga, M. Kep)

## **IDENTITAS PENULIS**

Nama : Chiwi Rayyendra Rambe  
NIM : 20040013  
Tempat/TanggalLahir : Indrakaya /22 Mei 1998  
Jenis Kelamin : Laki - laki  
Alamat : Jl. Sutan Soripada Mulia Gg. Serasi  
Padangsidempuan  
Riwayat Pendidikan :

1. SD Negeri 117483 Indrakaya : Lulus tahun 2010
2. SMP Negeri 3 RokanHilir : Lulus tahun 2013
3. SMK Negeri 1 Padangsidempuan : Lulus tahun 2016
4. S. KepUniversitasAufaRoyhan : Lulus Tahun 2020

## **KATA PENGANTAR**

Puji Syukur Penulis Ucapkan Kehadirat Tuhan Yang Maha Esa Karena Berkat Rahmat Dan Hidayah-Nya Peneliti Dapat Menyusun Laporan Elektif Yang Berjudul **“Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Persarafan: Stroke Dengan Pemberian *Rom Exercise* Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Di Ruang Haruaya Rumah Sakit TNI-AD Kota Padangsidempuan”**. Laporan Elektif ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners di Program Studi Pendidikan Profesi Ners Universitas Afa Royhan Padangsidempuan.

Penulis banyak memperoleh bimbingan serta bantuan dalam proses penyusunan Laporan Elektif ini. Oleh sebab itu, dalam kesempatan ini peneliti ingin mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Arinil Hidayah, SKM, M. Kes, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan Di Kota Padangsidempuan.
2. Ns. Nanda Suryani Sagala, M.KM, sebagai Ketua Program Studi Profesi Ners Afa Royhan Padangsidempuan.
3. Ns. Sukhri Herianto Ritonga, M.Kep, selaku pembimbing, yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dalam menyelesaikan Laporan Elektif ini.
4. Direktur RS TNI-AD Kota Padangsidempuan, yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian di Wilayah RS TNI-AD Kota Padangsidempuan.
5. Kepala Ruang Haruaya RSTNI-AD Kota Padangsidempuan, yang telah memberi izin untuk melakukan penelitian di wilayah kerja RS TNI-AD Kota Padangsidempuan.
6. Seluruh dosen dan staf Program Studi Profesi Ners Universitas Afa Royhan Padangsidempuan, atas pengajaran dan bantuan yang diberikannya selama ini.

7. Pada Ny. P sebagai klien dan juga keluarganya yang telah memberi informasi dan bersedia menjadi responden dalam penelitian.

Penulis berharap agar penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi semua pihak, terutama bagi dunia keperawatan. Adapun kritik dan saran yang bersifat membangun sangat penulis butuhkan dalam rangka perbaikan di masa yang akan datang.

Padangsidempuan, Oktober 2021

**Penyusun**

**ChiwiRayyendraRambe**

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
<b>JUDUL</b> .....	<b>i</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>iii</b>
<b>ABSTRAK</b> .....	<b>iv</b>
<b>IDENTITAS PENULIS</b> .....	<b>v</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>vi</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	5
1.3 Tujuan Masalah .....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Konsep Stroke .....	7
2.2 Konsep ROM Exercise .....	16
2.3 Konsep Kekuatan Otot .....	20
2.4 Konsep Keperawatan .....	22
<b>BAB III LAPORAN KASUS</b>	
3.1 Pengkajian .....	30
3.2 Analisa Data .....	40
3.3 Diagnosa Keperawatan .....	43
3.4 Intervensi Keperawatan .....	43
3.5 Implementasi Keperawatan .....	45
3.6 Evaluasi .....	45
<b>BAB V PEMBAHASAN</b>	
4.1 Pengkajian .....	55
4.2 Diagnosa Keperawatan .....	55
4.3 Intervensi Keperawatan .....	60
4.4 Implementasi Keperawatan .....	60
4.5 Evaluasi .....	60
<b>BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
5.1 Kesimpulan .....	62
5.2 Saran .....	63

## LAMPIRAN

## DAFTAR PUSTAKA

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1. Latar Belakang**

Stroke merupakan suatu penyakit gangguan fungsi anatomi otak yang terjadi secara tiba-tiba dan cepat disebabkan karena adanya pendarahan di otak. Pada umumnya angka kejadian pada laki-laki banyak dari pada perempuan. Stroke terjadi tanpa adanya gejala prodroma atau gejala dini, dan muncul begitu mendadak. Stroke adalah penyebab kematian dan kecacatan yang utama di seluruh dunia. (Wardhani, 2015).

Menurut *World Health Organization* (WHO) stroke adalah gejala-gejala defisit fungsi susunan saraf yang diakibatkan oleh penyakit pembuluh daerah otak (WHO, 2011) dalam (Pudiastuti RD, 2011). Stroke atau dikenal dengan penyakit serebrovaskuler, merupakan penyakit neurologik yang terjadi karena gangguan suplai darah menuju otak. Ada dua tipe stroke yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik. Stroke iskemik banyak disebabkan karena trombotik atau sumbatan emboli, sedangkan stroke hemoragik disebabkan oleh perdarahan akibat pecahnya pembuluh darah di suatu bagian otak. Angka kejadian stroke meningkat seiring dengan bertambahnya usia, semakin tinggi usia seseorang semakin tinggi kemungkinan stroke. Namun jumlah penderita stroke dibawah usia 45 tahun juga terus meningkat. WHO memprediksi bahwa kematian akibat stroke akan meningkat seiring dengan



kematian akibat penyakit jantung dan kanker lebih 6 juta pada tahun 2010 dan 8 juta pada tahun 2023 (Yayasan Stroke Indonesia, 2012).

Stroke merupakan masalah medis utama bagi masyarakat modern saat ini di perkirakan 1 dari 3 orang akan terserang stroke dan 1 dari 7 orang akan meninggal karena stroke. Yayasan Stroke Indonesia menyebutkan angka kejadian stroke menurut data dasar dari rumah sakit sekitar 63 per 100.000 penduduk di atas 65 tahun terserang stroke sedangkan jumlah yang meninggal dunia lebih dari 125.000 jiwa per tahun. Diperkirakan insidens dan prevalensi stroke diperkirakan meningkat setiap tahunnya, seiring dengan peningkatan usia harapan hidup dan perbaikan tingkat kesejahteraan masyarakat yang tidak diimbangi oleh perbaikan perilaku dan pola hidup yang tidak sehat. (Toga, 2013).

Menurut *American Heart Association* (AHA) angka kejadian stroke pada laki-laki usia 20-39 tahun sebanyak 0,2% dan perempuan sebanyak 0,7%. Usia 40-59 tahun angka terjadinya stroke pada perempuan sebanyak 2,2% dan laki-laki 1,9% seseorang pada usia 60-79 tahun yang menderita stroke pada perempuan 5,2% dan laki-laki sekitar 6,1%. Prevalensi stroke pada usia lanjut semakin meningkat dan bertambahnya di setiap tahun dapat dilihat dari usia seseorang 80 tahun ke atas dengan angka kejadian stroke pada laki-laki sebanyak 15,8% dan perempuan sebanyak 14%. Prevalensi angka kematian yang terjadi di Amerika disebabkan oleh stroke dengan populasi 100.000 pada perempuan sebanyak 27,9% dan pada laki-laki sebanyak 25,8% sedangkan di Negara Asia angka kematian yang diakibatkan oleh stroke pada perempuan sebanyak 30% dan laki-laki 33,5% per 100.000 populasi (AHA, 2015).

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar Republik Indonesia (Rikesdas, 2018) angka kejadian stroke di Indonesia sangat mendesak dikarenakan jumlah penderita stroke semakin hari semakin bertambah dan menduduki urutan pertama di Asia. Di Indonesia pada golongan usia diatas 75 tahun, stroke menduduki urutan pertama sedangkan angka kejadian pada usia 15-24 tahun penderita stroke sebanyak 10,9% dari penduduk Indonesia. Berdasarkan data riset diagnosis tenaga kesehatan di Indonesia angka kejadian stroke di Indonesia yang paling tertinggi ada di Provinsi Sulawesi Utara sebanyak 10,8% dan di Yogyakarta 10,3%. Hal ini, disebabkan gejala yang meningkat seiring dengan bertambahnya usia seseorang terutama terjadi pada golongan usia lebih dari 75 tahun sebanyak 43,1%. Di Sumatera Utara (2017) prevalensi stroke berdasarkan diagnosis yaitu 6,0<sup>o</sup>/00 sedangkan berdasarkan diagnosis dan gejala yaitu 10,3<sup>o</sup>/00.

Menurut peneliti Subramaniam (2015), stroke dapat dibagi menjadi stroke iskemik dan hemorogik, di Negara barat 80% daripada seluruh penderita stroke adalah penderita stroke iskemik sementara 20% adalah penderita stroke hemorogik. Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas dan teratur untuk memenuhi kebutuhan sehat menuju kemandirian dan mobilisasi yang mengacu pada ketidakmampuan seseorang untuk bergerak dengan bebas (Potter& Perry, 2006).

Penatalaksanaan yang bisa dilakukan pada pasien stroke dengan kelemahan otot, selain terapimedikasi atau obat-obatan bisa dilakukan fisioterapi / latihan : latihan beban,keseimbangan, dan latihan ROM (Range Of Motion). Selain terapi rehabilitasi ROM yang seringdilakukan pada pasien stroke, terdapat alternatif terapi

lainnya yang diterapkan pada pasien stroke untuk meningkatkan status fungsional pada sensorimotorik, yaitu terapi latihan rentang gerak dengan menggunakan media *Rom Exercise*.

Latihan *Rom Exercise* merupakan salah satu bentuk latihan dalam proses rehabilitasi yang dinilai masih cukup efektif untuk mencegah terjadinya kecacatan pada pasien dengan stroke. Latihan ini adalah salah satu bentuk intervensi fundamental perawat yang dapat dilakukan untuk keberhasilan regimen terapeutik bagi pasien dan dalam upaya pencegahan terjadinya kondisi cacat permanen pada pasien paska perawatan di rumah sakit sehingga dapat menurunkan tingkat ketergantungan pasien pada keluarga. Lewis (2013) mengemukakan bahwa sebaiknya latihan pada pasien stroke dilakukan beberapa kali dalam sehari untuk mencegah komplikasi. Semakin dini proses rehabilitasi dimulai maka kemungkinan pasien mengalami defisit kemampuan akan semakin kecil (National Stroke Association, 2016).

Rehabilitasi yang dapat diberikan pada pasien stroke adalah latihan rentang gerak atau yang sering disebut Range Of Motion (ROM) Exercise merupakan latihan yang digunakan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan untuk menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot. Latihan pergerakan bagi penderita stroke merupakan prasarat bagi tercapainya kemandirian pasien, karena latihan gerak akan membantu secara berangsur-angsur fungsi tungkai dan lengan kembali atau mendekati normal, dan menderita kekuatan pada pasien tersebut untuk mengontrol aktivitasnya sehari-hari dan dampak apabila tidak diberi rehabilitasi ROM yaitu dapat

menyebabkan kekakuan otot dan sendi, aktivitas sehari-hari dari pasien dapat bergantung total dengan keluarga, pasien sulit untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Menurut Yurida (dalam Rahmawati, Yurida Oliviani, Mahdalena, 2017), latihan ini disesuaikan dengan kondisi pasien dan sasaran utamanya adalah kesadaran untuk melakukan gerakan yang dapat dikontrol dengan baik, bukan pada besarnya gerakan.

Oleh karena itu peneliti ingin mengetahui bahwa pengaruh ROM Exercise terhadap kekuatan otot pada pasien stroke di ruang Haruaya Rumah Sakit TNI-AD Kota Padangsidempuan.

## **1.2. Rumusan Masalah.**

Berdasarkan uraian yang telah dipaparkan dalam latar belakang diatas maka dapat dirumuskan permasalahan “Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Persarafan: Stroke Dengan Pemberian *Rom Exercise* Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Di Ruang Haruaya Rumah Sakit Tni-Ad Kota Padangsidempuan”.

## **1.3. Tujuan Penelitian.**

### **1. Tujuan Umum.**

Untuk mengetahui Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Persarafan: Stroke Dengan Pemberian *Rom Exercise* Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke”.

### **2. Tujuan Khusus.**

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian pada klien dengan Stroke
- b. Penulis mampu melakukan diagnose keperawatan pada klien dengan Stroke
- c. Penulis mampu melakukan rencana asuhan keperawatan pada klien hipertensi di kombinasikan dengan *ROM Exercise* untuk meningkatkan kekuatan otot pada pasien Stroke
- d. Penulis mampu melakukan implementasi pada klien dengan Stroke
- e. Penulis mampu melakukan evaluasi pada klien dengan Stroke
- f. Penulis mampu menganalisa hasil pemberian *ROM Exercise* untuk meningkatkan kekuatan otot pada pasien Stroke.

#### **1.4.Manfaat**

c. Teoritis

Sebagai pengembangan ilmu tentang Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Persarafan: Stroke Dengan Pemberian *Rom Exercise* Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke

d. Praktis

Sebagai dasar pengembangan Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Persarafan: Stroke Dengan Pemberian *Rom Exercise* Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Konsep Dasar Stroke**

##### **1. Pengertian Stroke**

Stroke merupakan suatu penyakit gangguan fungsi anatomi otak yang terjadi secara tiba-tiba dan cepat disebabkan karena adanya pendarahan di otak. Pada umumnya angka kejadian pada laki-laki lebih banyak dari pada perempuan. Stroke

terjadi tanpa adanya gejala-gejala prodroma atau gejala dini, dan muncul begitu mendadak. Stroke adalah penyebab kematian dan kecacatan yang utama di seluruh dunia. Kecacatan akibat stroke tidak hanya berdampak bagi penderitanya, namun juga pada keluarganya. (Wardhani, 2015).

Stroke adalah gangguan peredaran darah di otak menyebabkan fungsi otak terganggu yang dapat mengakibatkan berbagai gangguan pada tubuh, tergantung bagian otak mana yang rusak. Bila terkena stroke dapat mengalami gangguan seperti hilangnya kesadaran kelumpuhan serta tidak berfungsinya panca indera/ nafas berhenti akibat fatal penderita meninggal (Pudiastuti RD, 2011).

Stroke adalah terjadinya gangguan fungsional otak fokal maupun global secara mendadak dan akut yang berlangsung lebih dari 24 jam akibat gangguan aliran darah ke otak (WHO, 2016).

Faktor-faktor yang menyebabkan stroke (Nurarif; Hardi, 2015) dalam (Sholihah A, 2017).

1. Faktor yang tidak dapat dirubah (*Non Reversibel*)

a. Usia

Makin tinggi usia makin tinggi resiko terjadinya stroke setiap manusia akan bertambah umurnya, dengan demikian kemungkinan terjadinya stroke semakin besar. Pada umumnya resiko terjadinya stroke mulai dari usia 35 tahun dan akan meningkat dua kali dalam tahun berikutnya.

b. Jenis kelamin

Pria lebih sering ditemukan menderita stroke disbanding dengan wanita.

c. Keturunan

Adanya riwayat keluarga yang terkena stroke.

2. Faktor yang dapat dirubah (*Reversibel*)

a. Hipertensi

Faktor ini merupakan resiko utama terjadinya stroke iskemik dan pendarahan yang sering disebut *thesilintkiller*, karena hipertensi meningkat terjadinya stroke sebanyak 4-6semakin kali. Makin tinggi tekanan darah kemungkinana stroke semakin besar karena terjadinya kerusakan pada dinding pembuluh darah sehingga mudah terjadinya penyumbatan di otak.

b. Penyakit jantung

Hubungan kausal antara beberapa jenis penyakit jantung dan stroke telah dapat dibuktikan. Gagal jantung kongestif dan penyakit jantung koroner mempunyai peran penting dalam terjadinya stroke.



c. Kolesterol tinggi

Kolesterol dapat merusak pembuluh darah dan juga menyebabkan jantung koroner. Kolesterol yang tinggi akan membentuk plak didalam pembuluh darah dan dapat menyumbat pembuluh darah di jantung maupun di otak.

d. Obesitas

Obesitas merupakan predisposisi penyakit jantung koroner dan stroke. Berat badan yang terlalu berlebihan akan menyebabkan adanya tambahan beban ekstra jantung dan pembuluh darah, hal ini akan meningkatkan terkena stroke.

e. Diabetes melitus

Diabetes melitus atau disebut kencing manis sama bahanya dengan hipertensi, yaitu sering terjadi satu penyebab timbulnya stroke. Pada pria yang menderita diabetes melitus, cenderung berada pada posisi yang beresiko tinggi akan terkena serangan stroke daripada mereka yang tidak menderita DM. Pada orang yang menderita diabetes melitus resiko untuk terkena stroke 1,5-3 lebih besar.

3. Kebiasaan Hidup

a. Merokok

Merokok meningkatkan terjadinya stroke dua kali lipat, perokok pasif beresiko terkena stroke 1,2 kali lebih besar. Nikotin dan karbondioksida yang ada pada rokok menyebabkan kelainan pada dinding pembuluh darah, sehingga mempermudah terjadinya penggumpalan darah (stroke iskemik / *non hemoragik*).

b. Peminum alkohol

Konsumsi alkohol dapat mengganggu metabolisme tubuh, sehingga terjadi diabetes melitus

c. Obat-obat terlarang

### **2.1.2 Tanda dan gejala Penyakit Stroke**

1. Kelumpuhan anggota gerak.
2. Wajah perot.
3. Mendadak hilang pengelihatatan.
4. Hilangnya suara gangguan bicara atau pemahaman.
5. Pusing tidak dapat dijelaskasn, berjalan yang tidak stabil atau jatuh saat berjalan, khususnya disertai gejala yang lain. (Hartono, 2007) dalam ( Pudiastuti RD, 2011).

### **2.1.3 jenis-jenis stroke**

Stroke dapat dibagi menjadi 2 kategori yaitu:

1. Stroke iskemik : terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Disebabkan oleh ateroskleris yaitu penumpukan kolesterol pada dinding pembuluh darah atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah ke otak.

Stroke iskemik dibagi menjadi 3 yaitu:

- a. *Stroke trombotik* : proses terbentuknya trombus hingga menjadi gumpalan.
- b. *Stroke embolik* : tertutupnya pembuluh arteri oleh bekuan darah.

- c. *Hipoperfusion* sistematis : aliran darah ke seluruh tubuh bagian tubuh berkurang karena adanya gangguan denyut jantung.
2. Stroke hemoragik adalah stroke karena pecahnya pembuluh darah sehingga menghambat aliran darah yang normal dan darah merembes ke dalam suatu daerah otak yang merusaknya.

Stroke hemoragik dibagi menjadi 2 yaitu:

- a. Hemoragik intraserebral : pendarahan yang terjadi didalam jaringan otak.
- b. Hemoragik subaraknoid : pendarahan yang terjadi pada ruang subaraknoid (ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak).  
(Pudiastuti RD, 2011).

#### **2.1.4 Patofisiologi**

##### **1. Stroke iskemik**

Stroke iskemik disebabkan oleh adanya penyumbatan aliran darah oleh otak trombus atau embolus. Trombus umumnya terjadi karena berkembangnya aterosklerosis pada dinding pembuluh darah, sehingga arteri menjadi tersumbat, aliran darah ke area trombus menjadi berkurang, menyebabkan iskemia kemudian menjadi kompleks iskemia akhirnya terjadi infark pada jaringan otak. Emboli disebabkan oleh embolus yang berjalan menuju arteri serebral melalui arteri karotis. Terjadinya blok pada arteri menyebabkan iskemia yang tiba-tiba berkembang cepat dan terjadi gangguan neurologis fokal. Perdarahan otak dapat disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah oleh emboli.

##### **2. Stroke Hemoragik**

Stroke hemorogik pembuluh darah otak pecah menyebabkan darah mengalir ke substansi ruang subarachnoid yang menimbulkan perubahan komponen intracranial yang tidak dapat dikompensasi tubuh akan menimbulkan peningkatan TIK yang akan menyebabkan mengalir ke substansi otak atau ruang subarachnoid dapat menyebabkan odem, spasme pembuluh darah otak dan penekanan pada daerah tersebut menimbulkan aliran darah yang berkurang atau tidak ada sehingga terjadi nekrosis jaringan (widiyanto, 2009) dalam (Lestari S, 2018).

### **2.1.5 Manifestasi Klinis**

Untuk stroke iskemik gejala utamanya adalah timbulnya defisit neurologis secara mendadak/subakut didahului gejala prodromal, terjadi pada waktu istirahat atau bangun pagi dan kesadaran biasanya tidak menurun, kecuali bila embelus cukup besar.

*Menurut WHO dalam Internasional Statistical Classification Of Disease and Related Health PraMem Revision, stroke hemorogik dibagi atas :*

a. Perdarahan Subaraknoid (PSA)

Pada pasien dengan PSA didapatkan gejala prodromal berupa nyeri kepala hebat dan akut kesadaran sering terganggu dan sangar bervariasi Gejala/ tanda rangsangan meningeal.

b. Perdarahan Intraserebral (PIS)

Stroke akibat pis mempunyai gejala prodromal yang tidak jelas, kecuali nyeri kepala karena hipertema. Serangan sering kali siang hari, saat aktivitas atau emosi marah. Sifat nyeri kepala hebat, mual muntah, sering terdapat pada permulaan

serangan. Gejala neurologis yang timbul bergantung pada berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasinya yaitu :

- a) Gangguan pengelihatan
- b) Kelumpuhan anggota badan
- c) Vertigo
- d) Disatria (bicara pello atau cadel)
- e) Perubahan mendadak status mental (konfusi, delirium, lataregi, stupor atau koma)
- f) Kesadaran menurun
- g) Gangguan daya ingat
- h) Gangguan fungsi otak
- i) Tiba-tiba hilang rasa peka

#### **2.1.6 Penatalaksanaan**

1. Ubah posisi tidur tiap 2 jam
2. Mobilisasi dimulai bertahap bila hemodinamik sudah stabil.
3. Rotasi/rehabilitasi (sesuai kebutuhan pasien) yaitu fisioterapi, terapi bicara, terapi kognitif, dan terapi okupasi.
4. Discharge planning
  - a. Mencegah terjadinya luka kulit akibat tekanan.
  - b. Mencegah terjadinya kekakuan otot dan sendi.
  - c. Memulai latihan dengan mengaktifkan batang tubuh atau torso.
  - d. Mengontrol faktor stroke.
  - e. Kelola stress dengan baik.

f. Diet rendah garam, lemak, berhenti merokok.

g. Mengetahui tanda gejala stroke.

### **2.1.7 Pencegahan Penyakit stroke**

Untuk mengurangi kemungkinan terjadinya stroke sebenarnya tidaklah sulit. Gaya hidup yang sehat bisa membantu seseorang memperkecil kemungkinan terserang stroke. Berikut ini beberapa hal yang bisa dilakukan untuk mencegah stroke.

1. Menghindari konsumsi makanan dan minuman beralkohol yang berpeluang besar untuk terserang stroke, terutama stroke hemoragik, alkohol dapat menaikkan tekanan darah, memperlemah jantung, dan mengentalkan darah menyebabkan kejang (penegangan) pada pembuluh darah arteri.
2. Menghindari kegemukan /obesitas dan kadar kolestrol yang tinggi mengkonsumsi makanan yang rendah lemak, serta diet yang sehat dapat menghindari dari kegemukan.
3. Berhenti menghindari kebiasaan merokok yang mempunyai peluang terkena stroke 2x lebih tinggi dibandingkan bukan perokok. Merokok dapat meningkatkan pengerasan pembuluh darah arteri yang merupakan pemicu terjadinya stroke.
4. Menghindari penggunaan narkoba dan obat-obatan terlarang seperti heroin, kokain, dan amfetamin bekerja dengan merangsang sistem saraf.
5. Melakukan olahraga secara teratur guna membakar lemak dalam tubuh sehingga membantu mengontrol berat badan. Selain itu, olahraga yang teratur juga

dapat mengendalikan kadar kolestrol serta menurunkan tekanan darah tinggi yang bisa memacu terjadinya stroke. (Widianto, 2009) dalam (Lestari S, 2018).

## **2.2. Konsep Dasar *ROM Exercise***

### **2.2.1 Pengertian *ROM Exercise***

*Range Of Motion (ROM) exercise*, merupakan istilah baku untuk menyatakan batas/besarnya gerakan sendi baik normal. *ROM exercise* juga di gunakan sebagai dasar untuk menetapkan adanya kelainan batas gerakan sendi abnormal (HELMI, 2012).

Menurut (potter, 2010) Rentang gerak atau (Range Of Motion) adalah jumlah pergerakan maksimum yang dapat di lakukan pada sendi, di salah satu dari tiga bidang yaitu: sagital, frontal, atau transversal. *Range Of Motion (ROM) exercise*, adalah gerakan yang dalam keadaan normal dapat dilakukan oleh sendi yang bersangkutan. *Range Of Motion* dibagi menjadi dua jenis yaitu *ROM exercise* aktif dan *ROM exercise* pasif. (Suratun, Heryati, Manurung, & Raenah, 2008).

Range of motion adalah latihan gerakan sendi yang memungkinkan terjadinya kontraksi dan pergerakan otot, di mana klien menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal baik secara aktif ataupun pasif. Tujuan *ROM exercise* adalah : (1). Mempertahankan atau memelihara kekuatan otot, (2). Memelihara mobilitas persendian, (3) Merangsang sirkulasi darah, (4). Mencegah kelainan bentuk. (Potter dan Perry (2016).

### **2.2.2 Klasifikasi *ROM Exercise***

Menurut (Suratun, Heryati, Manurung, & Raenah, 2008) klasifikasi rom sebagai berikut:

1. ROM aktif adalah latihan yang di berikan kepada klien yang mengalami kelemahan otot lengan maupun otot kaki berupa latihan pada tulang maupun sendi dimana klien tidak dapat melakukannya sendiri, sehingga klien memerlukan bantuan perawat atau keluarga.
2. ROM pasif adalah latihan ROM yang dilakukan sendiri oleh pasien tanpa bantuan perawat dari setiap gerakan yang dilakukan. Indikasi ROM aktif adalah semua pasien yang dirawat dan mampu melakukan ROM sendi dan kooperatif.

### **2.2.3 Tujuan ROM Exercise**

Menurut Johnson (2005), Tujuan range of motion (ROM) sebagai berikut:

1. Mempertahankan tingkat fungsi yang ada dan mobilitas ekstermitas yang sakit.
2. Mencegah kontraktur dan pemendekan struktur muskuloskeletal.
3. Mencegah komplikasi vaskular akibat iobilitas.
4. Memudahkan kenyamanan.

Sedangkan tujuan latihan Range Of Motion (ROM) menurut Suratun, Heryati, Manurung, & Raenah (2008).

1. Mempertahankan atau memelihara kekuatan otot.
2. Memelihara mobilitas persendian.
3. Merangsang sirkulasi darah.
4. Mencegah kelainan bentuk.

### **2.2.4 Prinsip Dasar ROM Exercise**

Prinsip dasar latihan range of motion (ROM) menurut Suratun, Heryati, Manurung, & Raenah (2008) yaitu:



1. ROM harus di ulangi sekitar 8 kali dan di kerjakan minimal 2kali sehari
2. ROM dilakukan perlahan dan hati-hati sehinga tidak melelahkan pasien.
3. Dalam merencanakan program latihan range of motion (ROM) , Memperhatikan umur pasien, diagnosis, tanda vital, dan lamanya tirah baring.
4. ROM sering di programkan oleh dokter dan di kerjakan oleh ahli fisioterapi
5. Bagian-bagian tubuh yang dapat dilakukan ROM adalah leher, jari, lengan, siku, bahu, tumit, atau pergelangan kaki.
6. Rom dapat dilakukan pada semua persendian yang di curigai mengurangi proses penyakit.
7. Melakukan ROM hrus sesuai waktunya, misalnya setelah mandi atau perawatan rutin telah dilakukan.

#### **2.2.4Gerakan Dasar *ROM Exercise***

Rom aktif Merupakan latihan gerak isotonik ( Terjadi kontraksi dan pergerakan otot )yang dilakukan klien dengan menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai dengan rentang geraknya yang normal. (Kusyati Eni, 2006 )

Rom pasif merupakan latihan pergerakan perawat atau petugas lain yang menggerakkan persendian klien sesuai dengan rentang geraknya.

(Kusyati Eni, 2006 )Prosedur pelaksanaan:

Gerakan pinggul dan panggul

1. Fleksi dan ekstensi lutut dan pinggul
  - a. Angkat kaki dan bengkokkan lutut
  - b. Gerakkan lutut ke atas menuju dada sejauh mungkin

- c. Kembalikan lutut ke bawah, tegakkan lutut, rendahkan kaki sampai pada kasur.
2. Abduksi dan adduksi kaki
  - a. Gerakkan kaki ke samping menjauh klien
  - b. Kembalikan melintas di atas kaki yang lainnya
3. Rotasikan pinggul internal dan eksternal
  - a. Putar kaki ke dalam, kemudian ke luar

Gerakkan telapak kaki dan pergelangan kaki
1. Dorsofleksi telapak kaki
  - a. Letakkan satu tangan di bawah tumit
  - b. tekan kaki klien dengan lengan anda untuk menggerakkannya ke arah kaki
2. Fleksi plantar telapak kaki
  - a. Letakkan satu tangan pada punggung dan tangan yang lainnya berada pada tumit
  - b. Dorong telapak kaki menjauh dari kaki
3. Fleksi dan ekstensi jari-jari kaki
  - a. Letakkan satu tangan pada punggung kaki klien, letakkan tangan yang lainnya pada pergelangan kaki
  - b. Bengkokkan jari-jari ke bawah
  - c. Kembalikan lagi pada posisi semula
4. Intervensi dan eversi telapak kaki
  - a. Letakkan satu tangan di bawah tumit, dan tangan yang lainnya di atas punggung kaki
  - b. Putar telapak kaki ke dalam, kemudian ke luar.

## **2.3 Konsep Kekuatan Otot**

### **2.3.1 Definisi Kekuatan Otot**

Kekuatan otot menurut Atmojo (2008) ialah kemampuan otot untuk bergerak dan menggunakan kekuatannya dalam rentang waktu yang cukup lama. Kekuatan memiliki usaha maksimal, usaha maksimal ini dilakukan oleh otot untuk mengatasi waktu tahanan. kekuatan otot memiliki beberapa faktor yang dapat mempengaruhinya yaitu pegangan, dimensi otot, dominasi tangan, kelelahan, waktu, umur, status gizi, dan nyeri yang di alami oleh seorang individu (Hand & Strength, 2007).

### **2.3.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi kekuatan otot**

Faktor-faktor yang mempengaruhi kekuatan otot

Menurut Sulistyaningsih (2011) kekuatan otot ditentukan oleh beberapa faktor yaitu subjektif, psikologis, metodological faktor, faktor otot itu sendiri, serta faktor dari pengukuran.

1. Faktor Subjektif, Faktor ini meliputi hasil pemeriksaan kesehatan secara menyeluruh, adanya penyakit, gender, tingkat aktifitas dan usia.
2. Faktor psikologi, status kognitif, harapan, motivasi, depresi, tekanan dan kecemasan menjadi faktor yang memepengaruhi pada kekuatan otot.
3. Faktor metodological yaitu posisi subjek, peralatan yang digunakan, stabilitas, posisi persendian
4. Faktor otot faktor ini terdapat pada otot tiap individu yang didalam struktur otot terdapat tipe serat otot, panjang otot, arsitekstur otot, lokasi otot, serta pengaruh latihan pada otot.

5. Faktor pengukuran faktor ini di definisikan lebih ke pelaksanaan operasional, rehabilitasi, dan validitas alat ukur yang di gunakan.

### **2.3.3. Pengukuran kekuatan otot**

Sistem otot dapat dikaji dengan memperhatikan kemampuan mengubah posisi, kekuatan otot dan koordinasi, serta ukuran masing-masing otot. Kekuatan otot diuji melalui pengkajian kemampuan klien untuk melakukan fleksi dan ekstensi ekstremitas sambil dilakukan penahanan (Muttaqin, 2008).

Menurut Goolsby & Grubbs (2006) kekuatan otot ditentukan dengan dapat memfleksikan otot dan meminta kepada pasien untuk melawan tahanan yang diberikan. Apa bila pasien tidak mampu menahan tahanan yang diberikan alternatif lain yaitu pasien diminta melakukan ekstensi atau fleksi secara penuh melawan tahanan dari pemeriksa. Pada pengukuran skala otot diberikan nilai dari skala 0-5, skala 0 (tidak ada bukti kekuatan) dan skala 5 (lengkap atau tahanan penuh).

Ginsberg (2008) juga menambahkan kekuatan otot secara klinis dapat dinilai dengan mengklasifikasikan kemampuan pasien untuk mengkontraksikan otot volunter melawan gravitasi dan melawan tahanan pemeriksa, adapun skala yang digunakan yaitu 0-5.0 (tidak ada kontraksi), 1 (tampak kedutan otot dan sedikit kontraksi), 2 (gerakan aktif yang terbatas oleh gravitasi), 3 (gerakan aktif dapat melawan gravitasi), 4 (gerakan aktif dan dapat melawan gravitasi serta tahanan pemeriksa) 5 (kekuatan normal).

### **2.3.5. Panduan Penilaian Kekuatan otot**

Adapun penilaian pengukuran kekuatan otot menurut Schwenker Rasyid (2007) sebagai berikut

**Penilaian Kekuatan Otot  
Berdasarkan Schwenker  
(Score )**

**Keterangan**

0	Tidak ada pergerakan/ tidak ada kontraksi otot/ lumpuh
1	Ada pergerakan yang tampak atau dapat dipalpasi/ terdapat sedikit kontraksi
2	Gerakan tidak dapat melawan gravitasi, tapi dapat melakukan gerakan horizontal, dalam satu bidang sendi
3	Gerakan otot hanya dapat melawan gravitasi
4	Gerakan otot dapat melawan gravitasi dan tahanan ringan
5	Tidak ada kelumpuhan otot ( otot normal )

**2.4. Konsep Keperawatan**

**1. Pengkajian**

Menurut *Doenges*(2010), pengkajian yang berlangsung terus menerus pada semua sistem tubuh. Penggunaan alat pengkajian neurologis yang standar seperti GCS membantu perawat dalam mendokumentasikan perubahan pada status pasien dan dalam memonitor kemajuannya. Adapun sistem pengkajiannya:

- a. Riwayat Kesehatan yaitu riwayat kejadian awal stroke, saat aktivitas atau istirahat, faktor penyebab dan risiko stroke seperti hipertensi, perokok, hiperkolesterol, DM, obesitas, anemia, pola latihan atau aktivitas sehari-hari.
- b. Pemeriksaan Fisik yaitu paralisis/paresis motorik: hemiplegia/hemiparesis, kelemahan otot wajah, tangan, gangguan sensorik: kehilangan sensasi pada wajah, lengan, dan ekstremitas bawah, disfagia: kesulitan mengunyah, menelan, paralisis lidah, dan laring, gangguan visual : pandangan ganda, lapang pandang menyempit, kesulitan berkomunikasi: kesulitan menulis, kesulitan membaca, disatria ( kesulitan mengucapkan

artikulasi/pelo, cadel), kelemahan, otot wajah, lidah, langit-langitatas,pharing,danbibir,kemampuanemosi:perasaan,ekspresi wajah,penerimaanterhadapkondisidirinya,memori:pengenalanterhadaplingkungan, orang,tempat,waktu,tingkatkesadaran,fungsibladderdanfungsi bowel

- c. PemeriksaanpenunjangyaituCTScanmengidentifikasiareaperdarahan(biasanyauntu kpemakaiandarurat)danMRI(*MagnetikResonanceImaging*)mengidentifikasi lokasi iskemik.

MenurutPotterandPerry,2010,pengkajiankeperawatanpadaklienmeliputiaspek mobilisidanimobilisasi.Perawatbiasanyamengkaji dan mengajukan pertanyaan tentang mobilisasi dan imobilisasi.PengkajianmobilisasiklienberfokuspadaROM Exercise,gayaberjalan,latihandantoleransiaktivitas, sertakesejajarantubuh.Saatmerasaraguakankemampuan klien,lakukanpengkajian mobil isasidenganklienberadapada tingkat mobilisasi yang paling tinggi sesuai dengan toleransi klien.Umumnya pengkajian pergerakan dimulai saat klien berbaring kemudiamengkajiposisidudukditempattidur,berpindahkekursi,danyangterakhirsaat berjalan,halini membantu keselamatanklien. Kajitingkataktivitas/mobilisasi

Tabel 1 Kategoritingkatkemampuanaktivitasadalahsebagiberikut

TingkatAktivitas/Mobilisasi	Kategori
Tingkat0	Mampumerawatdirisendirisecarapenuh.
Tingkat1	Memerlukanpenggunaanalat
Tingkat2	Memerlukanbantuan atau pengawasan oranglain.
Tingkat3	Memerlukanbantuan,pengawasanorang lain,danperalatan.
Tingkat4	Sangat tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalamperawatan.

Sumber: Potter and Perry, (2010)

Saat mengkaji ROM

*exercise*, ajukan pertanyaan dan kaji tentang kekakuan, pembengkakan, nyeri, pergerakan yang terbatas, dan pergerakan yang tidak sama. Pengkajian ROM *exercise* harus dilakukan sebagai nilai dasar untuk membandingkan dan mengevaluasi apakah kehilangan mobilisasi sendi terjadi. Klien mobilisasi yang terbatas melakukan ROM *exercise* untuk mengurangi bahaya imobilisasi. Oleh karena itu, kaji jenis latihan ROM *exercise* yang dapat dilakukan oleh klien. Latihan ROM *exercise* bersifat aktif (klien menggerakkan seluruh sendi tanpa bantuan), dan ROM *exercise* pasif (klien tidak mampu bergerak dengan mandiri sehingga perawat membantu menggerakkan masing-masing sendi). Pada klien yang lemah, berikan bantuan saat klien melakukan pergerakan. Beberapa klien mampu menggerakkan beberapa sendi dengan aktif, sementara perawat secara aktif ingin menggerakkan sendi yang lain. Pertama-tama, kaji kemampuan klien untuk melakukan latihan ROM *exercise* aktif dan kebutuhan akan bantuan, pendidikan kesehatan, atau pujian. Umumnya, latihan ROM *exercise* harus aktif jika kesehatan dan mobilisasi memungkinkan. Kontraktur berkembang pada sendi yang tidak digerakkan secara teratur melalui ROM *exercise* penuh.

Menurut Saridan Retno (2014), data pengkajian dari klien dengan keterbatasan pergerakan sendi sangat bervariasi, bergantung pada area yang dipengaruhi.

## 2. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan pengkajian

diatas, dapat disimpulkan diagnosis yang muncul pada pasien stroke, yaitu:

Menurut SDKI, diagnosis gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri. Penyebabnya yaitu a) kerusakan integritas struktur tulang; b) perubahan metabolisme; c) ketidakbugaran fisik; d) penurunan kendali otot; e) penurunan massa otot; f) penurunan kekuatan otot; g) keterlambatan perkembangan; h) kekakuan sendi, kontraktur; i) malnutrisi; j) gangguan muskuloskeletal; k) gangguan neuromuskular; l) indeks masa tubuh diatas persen 75 sesuai usia; m) efek agen farmakologis; n) program pembatasan gerak; o) nyeri; p) kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik; q) kecemasan; r) gangguan kognitif; s) keengganan melakukan pergerakan; t) gangguan sensoripersepsi.

Gejala dan tanda mayor

Subyektif : Mengeluhkan sulit menggerakkan ekstermitas. Obyektif : Kekuatan otot menurun, rentang ROM menurun. Gejala dan tanda minor

Subyektif: Nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, dan merasa cemas saat bergerak.

Obyektif: Sendi kaku, gerak tidak terkoordinasi, gerak terbatas, fisik lemah.

Kondisi klinis terkait: stroke, cedera medula spinalis, trauma, fraktur, osteoarthritis, osteomalasia, keganasan.



Menurut NANDA (2015), diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik yaitu keterbatasan pada pergerakan fisik tubuh atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah. Batasan karakteristik yaitu penurunan waktu reaksi, kesulitan membolak-balik posisi, melakukan aktivitas lain sebagai pengganti pergerakan, dispnea setelah beraktivitas, gerakan bergetar, keterbatasan kemampuan melakukan motorik kasar dan halus, keterbatasan melakukan pergerakan sendi, tremor akibat pergerakan, pergerakan lambat, pergerakan tidak terkoordinasi.

Faktor yang berhubungan yaitu pelou, sulit berbicara, defisit penglihatan, perubahan konsep diri, perubahan sistem saraf pusat, harga diri rendah kronik, penurunan sirkulasi otak, usia perkembangan, gangguan emosi, kendal lingkungan, kurang informasi, hambatan fisik, stress, gangguan sensoripreseptual, gaya hidup monoton.

Menurut *Doenges*, (2010) diagnosa keperawatan kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dan ketidaknyaman, gangguan muskuloskeletal, terapi bedah atau pembatasan.

Jadi dapat disimpulkan diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik memiliki batasan karakteristik kesulitan membolak-balikan posisi, keterbatasan kemampuan melakukan motorik kasar dan halus, keterbatasan pergerakan sendi. Adapun faktor penyebabnya yaitu penurunan kekuatan otot, kekakuan sendi, gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskular, nyeri, hambatan fisik, penurunan sirkulasi

ke otak, terapi bedah.

### 3. Intervensi

Intervensi keperawatan menurut NANDA, (2015) yaitu: monitoring vital sign sebelum dan sesudah latihan, konsultasi dengan terapis fisik tentang rencana ambulasi sesuai kebutuhan, bantu pasien untuk menggunakan tongkat saat berjalan, ajarkan pasien tentang teknik ambulasi, kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi, latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri, dampingi dan antupenuhi kebutuhan ADL, berikan alat bantu jika pasien memerlukan, ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan.

Intervensi keperawatan menurut NIC (*Nursing Interventions Classification*) dan NOC (*Nursing Outcomes Classification*), 2016 yaitu :

Menurut NIC (*Nursing Interventions Classification*) yaitu:

Intervensi keperawatan yang disarankan untuk menyelesaikan masalah: perawatan tirah baring, peningkatan mekanik tubuh, manajemen energi, manajemen lingkungan, peningkatan latihan, peningkatan latihan kekuatan, peningkatan latihan peregangan, terapi latihan ambulasi, terapi latihan ambulasi, terapi latihan pergerakansendi, terapi latihan kontrol otot, manajemen lamperasaan, manajemen nyeri, pengaturan posisi, pengaturan posisi neurologi, pengaturan posisi kursi roda, bantuan perawat mandiri, bantuan perawat mandiri ADLs, pengajaran persepan latihan, terapi aktivitas, pencegahan jatuh, manajemen pengobatan, pembidaian, terapi nutrisi.

Menurut NOC (*Nursing Outcomes Classification*) yaitu:

*Outcome* untuk mengukur penyelesaian dari diagnosis yaitu ambulasi,

ambulansikursiroda, pergerakan.

*Outcome* tambahan untuk mengukur batasan karakteristik yaitu adaptasi terhadapdisabilitasfisik,keseimbangan,penmapilanmekaniktubuh,posisi tubuh,koordinasi pergerakan,cara berjalan, pergerakan sendi, pergerakan sendi pasif,stauspernafasan, kemampuan berpindah.

*Outcome* yang berkaitan dengan faktor yang berhubungan yaitu toleransi terhadapaktivitas, tingkat kecemasan, status jantung paru, kognisi, tingkat depresi, tingkatketidaknyamanan, daya tahan, konservasi energi,partisipasilatihan,orientasikesehatan,reaksiterhadapsisiyangterkenadampak,konsekuensiimobilitas(fisiologi), konsekuensi imobilitas (psiko-kognitif), pergerakan sendi (pergelangankaki, siku, panggul, lutut, bahu, punggung), motivasi, respon pengobatan, tingkatnyeri,kebugaran fisik, status nutrisi.

Intervensimenurut ErosSiti Suryanti, Tarwoto, dan Wartonah,(2010)yaitu:kajikemampuanmotorik,ajarkanpasienuntukmelakukanROMminimal4 kali per hari bila mungkin, bila klien ditempat tidur lakukan tindakan untukmeluruskan postur tubuh, observasi daerah yang tertekan, termasuk warna, edema,atau tanda lain gangguan sirkulasi, inspeksi kulit terutama pada daerah tertekan,beribantalanlemak,lakukanmassagepadaerahtertekan,konsultasidenganahli fisioterapi,kolabaorasi dalam penggunaan tempattidurantidekubitus. Intervensi keperawatan menurut *Doenges*, (2010) yaitu : kaji kemampuan secarafungsional atau luasnya kemampuan kerusakan awal dengan cara yang teratur,ubahposisi minimal2jamdanjikamemungkinkanbisalebihseringjikadiletakkan dalam posisi bagian terganggu, mulailah melakukan latihan

gerak pasif pada semua ekstremitas, anjurkan untuk melakukan latihan seperti meremajakan jari-jari dan kaki atau telapak.

### **BAB III**

#### **LAPORAN KASUS**

#### **1. Pengkajian**

##### **A. BIODATA**

Pengkajian ini dilakukan hari Selasa, Tanggal 05 September 2021, Diruang Haruaya, Dirumah Sakit Umum TNI-AD Padangsidempuan

##### **a. Identitas Klien**

Nama	: Ny. P
Umur	: 53 Tahun
Alamat	: Losung Batu
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA

Pekerjaan : Petani  
Tanggal masuk : 03 Oktober 2021  
No. Register : 065743  
Dx. Masuk : Stroke Ischemik

**b. Identitas Penanggung jawab**

Nama : Tn. A  
Umur : 50 Tahun  
Alamat : Losung Batu  
Pekerjaan : Petani  
Agama : Islam 30  
Hub. Dgn klien : :

**B. RIWAYAT KESEHATAN**

**a. Keluhan Utama :**

Keluarga klien mengatakan klien mengalami kelemahan anggota badan sebelah kiri.

**b. Riwayat kesehatan sekarang:**

Keluarga klien mengatakan klien mengalami kelemahan anggota badan sebelah kiri, klien mengalami hemiparesis pada tubuh sebelah kiri, keluarga klien mengatakan semua aktivitas klien dibantu oleh keluarga.

**c. Riwayat kesehatan dahulu:**

Klien sudah lama menderita penyakit hipertensi, kurang lebih sudah dari 6 tahun yang lalu, dan terakhir klien dibawa ke RS dengan tekanan darah 180/100 mmHg.

**d. Riwayat kesehatan keluarga:**

Keluarga klien mengatakan kakak laki-laki dari klien menderita penyakit yang sama.

**C. PENGKAJIAN POLA FUNGSIONAL**

**a. Pola persepsi dan manajemen kesehatan:**

Pasien mengatakan tahu tentang pentingnya kesehatan sehingga apabila ada salah satu keluarganya yang sakit langsung dibawa ke RS.

**b. Pola Nutrisi dan Metabolik:**

1). Sebelum sakit

a. Makan : 3x1 hari (nasi, lauk, sayur) habis 1 porsi

b. Minum : 5-6 gelas sehari (air putih)

2). Selama sakit

a. Makan : 2x1 hari diit dari RS, habis ½ porsi

b. Minum : 3-4 gelas sehari, infuse ±300 cc jenis RL

**c. Pola Eliminasi :**

1). Sebelum sakit

a. BAB normal  $\pm$  1 kali sehari, bentuk padat warna kuning.

b. BAK normal  $\pm$  5-6 sehari, warna kekuning-kuningan berbau khas

2). Selama sakit

a. BAB cair  $\pm$ 1-2 kali sehari, bentuk padat, warna kuning, bau khas.

b. BAK cair  $\pm$  1600 cc/ hari

**d. Pola aktivitas dan kebersihan diri:**

1). Sebelum sakit

Makan dan minum : Mandiri

Mandi : Mandiri

Torleting : Mandiri

Berpakaian : Mandiri

Mobilitas di tempat tidur :Mandiri

Berpindah : Dibantu orang lain

Ambulasi/ROM : Dibantu orang lain

2). Selama sakit

Makan dan minum : Dibantu orang lain

Mandi : Dibantu orang lain

Torleting : Dibantu orang lain

Berpakaian : Dibantu orang lain

Mobilitas di tempat tidur : Dibantu orang lain

Berpindah : Dibantu orang lain

Ambulasi/ROM : Dibantu orang lain

**e. Pola istirahat dan tidur:**

Waktu tidur Ny. P tidak teratur, lama tidur  $\pm$  4-5 jam sehari, Ny. P sering terbangun dalam tidurnya, Ny. P memiliki kebiasaan bergadang, Tn.H tidur  $\pm$  6-7 jam dalam sehari, waktu tidur Ny. P tidak teratur, Ny. P sering terbangun dalam tidurnya.

**f. Pola kognitif dan persepsi sensori:**

1. Sebelum sakit

- a) Pendengaran pasien baik
- b) Penglihatan pasien masih baik
- c) Pengecapan pasien masih baik
- d) Sensasi pasien masih baik

2. Selama sakit

- a) Pendengaran pasien masih baik
- b) Penglihatan pasien masih baik
- c) Pengecapan pasien baik
- d) Sensasi pasien masih baik

**g. Pola Konsep Diri:**

Klien selalu berusaha menggerakkan badan yang masih bisa digerakkan

**h. Pola peran-hubungan:**

Klien berperan sebagai kepala rumah tangga pada saat ini tidak bisa berperan karena sedang mengalami sakit, tetapi peran terhadap keluarga masih baik.

**i. Pola seksual dan seksualitas:**

Pasien tidak memiliki gairah seksual lagi karena masih sakit.

**j. Pola mekanisme koping:**



Sebelum sakit pasien mengatakan senang bergaul dengan warga sekitar, dan selama sakit pasien terlihat jenuh karena ruang gerak pasien dibatasi.

#### **k. Pola nilai kepercayaan**

Pasien mengatakan beragama islam dan Sebelum sakit pasien mengatakan rajin beribadah dan mengikuti kajian-kajian di mesjid. Dan selama sakit pasien tidak melaksanakan ibadah sholat seperti biasanya karena penyakitnya, tetapi pasien selalu berdoa untuk kesembuhannya.

### **D. PEMERIKSAAN FISIK**

#### **1. Keadaan Umum**

- a. Penampilan : Lemah
- b. Kesadaran : Compos mentis
- c. GCS : E =4 M =5 V= 6

#### **2. Tanda-tanda vital**

- a. Tekanan darah : 160/90 mmHg
- b. Respiratori rate :24x/i
- c. Nadi :80x/i
- d. Temperatur : 36,5°C

**3. Tinggi badan :165 cm Berat badan : 60 kg**

#### **4. Kepala**

- a) Bentuk kepala: Simetris
- b) Rambut : Bersih, beruban, potongan pendek
- c) Mulut : Mulut bersih, kemampuan bicara baik

- d) Mata : Reflek terhadap cahaya baik
- e) Hidung : Bersih, tidak ada polip
- f) Telinga : Simetris, bersih tidak ada serumen
- g) Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid

## **5. Dada**

### **a. Paru-paru**

- Inspeksi : Bentuk simetris, bergerak dengan mudah saat respirasi
- Palpasi : Tidak ada Nyeri tekan
- Perkusi : Bunyi Normal (sonor)
- Auskultasi : Bunyi Vesikuler

### **b. Jantung**

- Inspeksi : Batas atas RIC II sinistral, batas kanan linea sternalis dextra, batas kanan 1 jari medial linea midklavikula sinistral.
- Palpasi : Normal, tidak ada pembengkakan
- Perkusi : Normal
- Auskultasi : Saat di auskultasi terdengar bunyi jantung S1 saat menutupnya katup mitral dan trikuspidalis pada RIC 5 mid klavikula sinistra. Bunyi jantung S2 saat menutupnya katup aorta dan pulmonal pada RIC 2, S2 lebih

tinggi dari S1 tidak ada bunyi jantung tambahan, irama jantung reguler (Lup Dup)

## 6. Abdomen

Inspeksi : Simetris  
Palpasi : Tidak ada nyeri tekan  
Perkusi : Bunyi Timpani  
Auskultasi : Bising usus yaitu 4x/menit

7. **Genetalia** : Berjenis kelamin perempuan

8. **Anus** : -

## 9. Ekstremitas

Atas : Terpasang IVFD Asering di ekstremitas atas pada tangan sebelah kanan, dan Ny. P terpasang manset tensi di ekstremitas atas pada tangan sebelah kiri. Akrot eraba hangat, CRT (Capila Refil Time) < 2 detik. Terdapat hemiparesis pada anggota gerak bagian atas sebelah kiri.

Bawah : CRT (Capila Refil Time) < 2 detik. Terdapat hemiparesis pada anggota gerak bagian bawah sebelah kiri.

10. **Kuku dan kulit** : Bersih, turgor kulit jelek

## 11. Pemeriksaan Saraf Kranial

I	Nervus Olfaktorius : Saraf sensori untuk penghiduan		
	Penciuman	Terganggu (tidak mengagguk pada saat perawat memberikan ransangan bau kopi dengan mata tertutup)	
II	Nervus Optikus : Saraf sensori	<b>Kanan</b>	<b>Kiri</b>

	Tajam penglihatan	Baik	Berkurang (tampakkesulitan ditandai dengan tidak mengganggu ketika perwat melihat dan membacakan satu angka padaNy. P)
	Lapang Pandang	Tidak bisa dikaji	Tidak bisa dikaji
III	Nervus Okulomotorius : Mengkaji ukuran kedua pupil	<b>Kanan</b>	<b>Kiri</b>
	Kelopak mata	Normal	Terganggu (tidak simetris dengan mata kanan pada saat mendedip)
	<b>Pupil :</b> Diameter Bentuk Reflek cahaya langsung	2 mm Bulat +	2 mm Bulat +
IV	Nervus Trochlearis : Pergerakan mata ke arah inferior dan medial		
	<b>Gerak mata ke lateral :</b> Bawah Strabismus Diplopia	Tidak simetris antara kiri dan kanan Tidak simetris pada mata sebelah kiri Tidak bisa dikaji	
V	Nervus Trigemini : Devisi sensorik dan motorik		
	Membuka mulut	Terganggu (tidak mampu untuk membuka mulut sesuai yang diperintahkan)	
VI	Nervus Abducentis : Mengontrol pergerakan mata		
	Strabismus konvergen Diplopia	Tidak simetris antara kiri dan kanan Tidak bisa dikaji	
VII	Nervus Fasialis : Devisi sensorik dan motorik		
	Mengerutkan dahi Menutup mata Meringis Memperlihatkan gigi	Kerutan (+) tampak ada kerutan Normal Normal Terganggu (tidak mampu untuk	
	Bersiul	memperlihatkan gigi sesuai yang diperintahkan) Tiidak mampu	
VIII	Nervus Akustikus : Pendengaran		

	Mendengar suara	Normal (tidak ada gangguan)				
IX	Nervus Glossofaringeus : Saraf sensorik dan motorik					
	Daya mengecap	Normal (saat diberikan ransangan rasa asam Ny. Ptampak reflek secara langsung mengedipkan kedua mata, ekspresi wajah seperti merasakan rasa asam)				
	Reflek muntah	Normal				
X	Nervus Vagus : Saraf sensorik dan motorik					
	Bersuara Menelan	Terganggu (tidak mampu berbicara dan mengeluarkan suara) Terganggu (tidak mampu menelan, kesulitan untuk menelan pada saat diberikan air minum)				
XI	Nervus Aksesorius : Saraf motorik yang mempersarafi otot					
	Menoleh	Terganggu (tidak mampu menoleh ketika di berikan perintah)				
	Kekuatan otot	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5555</td> <td style="padding: 0 10px;">0000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5555</td> <td style="padding: 0 10px;">0000</td> </tr> </table>	5555	0000	5555	0000
5555	0000					
5555	0000					
XII	Nervus Hipoglosus : Saraf motorik yang mempersarafi lidah					
	Mengeluarkan lidah	Terganggu (tidak mampu mengeluarkan lidah seperti yang diperintahkan)				
	Tremor	Tidak terdapat tremor				

## E. DATA PENUNJANG

1). Pemeriksaan Laboratorium

2). Terapi Farmakologis :

- Bisolvon 3x1
- Citicolin 2x1
- Ranitidine 2x1
- Amlodipin 1x 10 mg
- IVFD Asering 20 tetes/menit

## 2. Analisa Data

No.	Hari/tgl	Data	Etiologi	Problem
Dx 1	Selasa 05 Oktober 2021	<p>DS: Keluarga klien mengatakan klien sakit kepala</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- GCS 15 (afasia) E : 4 V : afasia M : 6</li> <li>- Pupil isokor, konjungtiva tidak anemis</li> <li>- Reflek pupil+/-</li> <li>- TTV</li> </ul> <p>TD : 160/90 mmHg N : 80 x/i RR : 24 x/i S</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengalami hemiparesis pada anggota tubuh sebelah kiri</li> <li>- Nervus yang bermasalah:</li> <li>✓ Nervus V Trigemini: klien tidak bisa membuka mulut sesuai dengan perintah dan mulut mengalami</li> </ul>	<p>Sumbatan aliran darah dan O<sub>2</sub></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Infark pada jaringan otak</p>	<p>Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral</p>

		<p>pele</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Nervus VII Fasialis : klien tidak mampu memperlihatkan gigi sesuai perintah</li> <li>✓ Nervus X Vagus : klien tidak bisa bersuara dan menelan</li> <li>✓ Nervus XI Aksesorius : klien tidak bisa menoleh sesuai yang diinstruksikan, tidak ada kontraksi otot pada kaki dan tangan sebelah kiri klien.</li> <li>- Nervus XII Hipoglossus: klien tidak mampu mengeluarkan lidah seperti yang diperintahkan</li> </ul>		
2.	Selasa 05 Oktober 2021	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga klien mengatakan klien mengalami kelemahan anggota badan sebelah kiri</li> <li>- Keluarga klien mengatakan semua aktivitas klien dibantu oleh keluarga</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot 5 5 5 5      0 0 0 0 5 5 5 5      0 0 0 0</li> <li>- Klien mengalami hemiparesis pada anggota tubuh sebelah kiri</li> <li>- Klien bed rest total</li> <li>- Pengkajian tingkat ketergantungan klien mengalami</li> </ul>	<p>Infark pada jaringan otak</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hemifer kiri dan kanan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Penurunan kekuatan otot dan kelemahan</p>	Hambatan mobilitas fisik

		<p>ketergantungan total  Pada saat dilakukan pengkajian pola aktivitas berdasarkan Indeks ADL Barthel didapatkan klien mengalami ketergantungan total dengan skor 0 (ketergantungan total)</p>		
3	Selasa 05 Oktober 2021	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga klien mengatakan semua aktivitas klien dibantu oleh keluarga</li> <li>- Keluarga klien mengatakan klien terbaring lemah</li> <li>- Keluarga klien mengatakan selama klien sakit jarang dimandikan hanya dilapsaja</li> <li>- Keluarga klien mengatakan selama klien sakit jarang membersihkan gigi klien</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien bedrest total</li> <li>- Klien tampak lemah</li> <li>- Klien tidak dapat melakukan personal hygiene sendiri karena mengalami kelemahan anggota gerak</li> <li>- Semua aktivitas klien dibantu kel.</li> </ul>	<p>Pembuluh darah  ↓  Vasokonstriksi  ↓  Perubahan afterload  ↓  Fatigue  ↓  Intoleransi aktivitas</p>	Intoleransi aktivitas

**3. Diagnosa keperawatan (Prioritas Masalah)**



No.	Dx. Keperawatan
1.	Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d infrak pada jaringan otak
2.	Hambatan mobilitas fisik b/d Penurunan kekuatan otot dankelemahan
3.	Defisit perawatan diri b/d kerusakan neuromuskular dankelemahan

#### 4. Intervensi Keperawatan

No. Dx	Hari/tgl	Tujuan& Kriteria hasil (NOC)	Intervensi (NIC)
Dx 1.	Rabu, 06 Oktober 2021	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, perfusi jaringan serebral serebral tidak meningkat dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV dalam batas normal TD 120/80mmHg , RR 16-24 x/i Suhu 36-37°C</li> <li>- Klien tidak mengeluh pusing</li> <li>- Klien dalam kondisi Composmentis CGS15</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor respon neurologis klien (GCS, reflek pupil, kaku kuduk,kelemahan)</li> <li>2. Pantau TTV klien dan saturasiO2</li> <li>3. Pantau tingkat kesadaranklien</li> <li>4. Pantau tanda-tanda peningkatan TIK : sakitkepala</li> <li>5. Pantau kekuatan otot, pergerakanmotorik</li> <li>6. Catat respon klien terhadapstimulus</li> </ol>
Dx 2.	Rabu, 06 Oktober 2021	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam tidak terjadi hambatan mobillitas fisik dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aktivitas klien dapatterpenuhi</li> <li>- Klien meningkat dalam aktivitasfisik</li> <li>- Mengerti tujuan dari peningkatanmobilitas</li> <li>- Kaji kemampuan klien</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji kemampuan klien dalammobilisasi</li> <li>2. Kaji tingkat ketergantungan klien</li> <li>3. Dampingi dan bantu klien saatimobilisasi</li> <li>4. Ajarkan klien dan keluarga proses berpindah (ambulasi / mika miki)</li> <li>5. Ajarkan ROM pasif (libatkan keluarga)</li> <li>6. Ajarkan ROM <i>Exercise</i>(libatkan keluarga)</li> <li>7. Berikan penguatan/motivasi</li> </ol>

		<p>dalam mobilisasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mampu bergerak secara mandiri</li> <li>- Ajarkan klien dan keluarga merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan</li> </ul>	<p>positif pada klien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Latih klien dalam pemenuhan ADL sesuai kemampuan</li> <li>9. Ubah posisi klien minimal setiap 2jam</li> </ol>
3.	Rabu, 06 Oktober 2021	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan defisit perawatan diri teratasi pasien selama 3x24 jam, dengan criteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terbebas dari baubadan</li> <li>- Menyatakan kenyamanan terhadap kemampuan untuk melakukan ADLs</li> <li>- Dapat melakukan ADLs dengan bantuan</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri</li> <li>2. Monitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makanan</li> <li>3. Sediakan bantuan sampai klien mampu secara mandiri untuk melakukan self-care</li> <li>4. Dorong klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki</li> <li>5. Dorong untuk melakukan secara mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu untuk melakukannya</li> <li>6. Berikan aktivitas rutin sehari-hari sesuai kemampuan</li> <li>7. Pertimbangkan usia klien jika mendorong pelaksanaan aktivitas sehari-hari</li> </ol>

### 5. Implementasi Keperawatan

No.Dx	Hari/tgl	Jam	Implementasi	Evaluasi
-------	----------	-----	--------------	----------

Dx I	Kamis, 07 Oktober 2021	10.00 Wib	<p>1. Memonitor respon neurologis klien (GCS, reflek pupil, kaku kuduk,kelemahan)</p> <p>2. Memantau TTV klien dan saturasiO2</p> <p>3. Memantau tingkat kesadaran klien</p> <p>4. Memantau tanda-tanda peningkatan TIK : sakitkepala</p> <p>5. Memantau kekuatan otot, pergerakanmotorik</p> <p>6. Mencatat respon klien terhadap stimulus</p> <p>7. Berkolaborasi dalam pemberian obat Injeksiciticolin Injeksiranitidin InjeksiBisolvon KSRoral</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga klienmengatakan sakit kepeal klien sedikit berkurang</li> <li>- Keluarga klienmengatakan tampak lebih tenang</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- GCS 15 (afasia) E4 V(a)M6</li> <li>- Pupil Isokor, konjuntiva tidakanemis</li> <li>- Reflek pupil+/-</li> <li>- Klien masih mengalami kakukuduk</li> <li>- Klien mengalami hemiparesis pada anggota tubuh sebelahkiri</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor respon neurologis klien (GCS, reflek pupil, kaku kuduk,kelemahan)</li> <li>- Pantau TTV klien dan saturasi O2</li> <li>- Pantau tingkat kesadaranklien</li> </ul> <p>Pantau tanda-tanda</p>
------	---------------------------------	--------------	--	--

Dx II	Jum'at, 08 Oktober 2021	10.00 Wib	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji kemampuan klien dalam mobilisasi</li> <li>2. Mengkaji tingkat ketergantungan klien</li> <li>3. Mendampingi dan bantu klien saat mobilisasi</li> <li>4. Mengajarkan klien dan keluarga proses berpindah (ambulasi/mikamiki)</li> <li>5. Mengajarkan ROM pasif (libatkan keluarga)</li> <li>6. Mengajarkan ROM <i>Exercise</i> (libatkan keluarga)</li> <li>7. Memberikan penguatan/motivasi positif pada klien</li> <li>8. Memposisikan klien dengan posisi semifowler Melatih klien dalam pemenuhan ADL sesuai kemampuan</li> <li>9. Mengubah posisi klien minimal setiap 2 jam</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga klien mengatakan klien mengalami kelemahan anggota badan sebelah kiri</li> <li>- Keluarga klien mengatakan semua aktivitas masih tergantung dengan keluarga</li> <li>- Keluarga klien mengatakan klien di ambulasi dan dilakukan ROM minimal setiap 2 jam sekali sesuai yang telah diajarkan</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Indeks ADL Barthel (ketergantungan total =0)</li> <li>- Klien mengalami hemiparesis pada anggota tubuh sebelah kiri</li> <li>- Keluarga klien tampak memposisikan klien</li> </ul>
-------	----------------------------------	--------------	---	---

				<p>dengan teknikambulasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga klienmelakukan</li> <li>- latihan ROM 2 jam sekali sesuai yang telah diajarkan</li> <li>- Klien bedresttotal</li> <li>- Semua aktifitas klien tampak dibantukeluarga</li> <li>- Posisi klien diubah setiap 2 jam</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intrvensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dampingi dan bantu klien dalam mobilisasi</li> <li>- Pertahankan teknik berpindah/ambulasi dan ROM</li> <li>- Berikan penguatan dan motivasi</li> </ul> <p>Ubah posisi klien minimal 2 jamsekali</p>
Dx III	Jum'at, 08 Oktober	11.00 Wib	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri</li> <li>2. Memonitor kebutuhan klien untuk alat-alat</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga klienmengatakan</li> </ul>

	2021		<p>bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makanan</p> <p>3. Menyediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care</p> <p>4. Mendorong klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki</p>	<p>klien masih belum bisa melakukan aktivitas</p> <p>- Keluarga klien mengatakan klien terbaring lemah</p> <p>- Keluarga klien mengatakan gigi klien sudah dibersihkan</p> <p>- Keluarga klien mengatakan klien sudah selesai dimandikan</p> <p>O :</p> <p>- Klien tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri</p> <p>- Melakukan personal hygiene dan oral hygiene</p> <p>- Membantu klien dalam berhias dan berpakaian</p> <p>- Memberikan semangat</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
--	------	--	--	---

				<ul style="list-style-type: none"><li>- Monitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri</li><li>- Monitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri,berpakaian, berhias, toileting dan makanan</li><li>- Sediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukanself-care</li><li>- Dorong klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yangdimiliki</li></ul>
--	--	--	--	--

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Bab IV dalam laporan ini akan dijelaskan mengenai pembahasan yang akan menguraikan hasil analisa. Pembahasan ini berisi pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

#### **1. Pengkajian**

Asuhan keperawatan pada klien Ny. P dengan Stroke dilakukan sejak tanggal 05Oktober – 11 Oktober 2021, klien masuk rumah sakit tanggal 03Oktober dari IGD sebelumnya. Pengkajian keperawatan dilakukan diruangan Haruaya pada tanggal 05



Oktober 2021. Keluhan utama klien mengalami kelemahan anggota badan sebelah kiri, sakit kepala, dan mulut peleno.

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga atau masyarakat sebagai akibat dari masalah-masalah kesehatan/proses kehidupan yang aktual atau beresiko (Mura, 2011).

Masalah keperawatan yang pertama yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan Infrak pada jaringan otak. Dari hasil pengkajian didapatkan klien memiliki hipertensi sudah 6 tahun terakhir dialami klien, serta kakak laki-laki dari klien juga menderita hipertensi. Pada pemeriksaan tekanan darah didapatkan hasil melebihi batas normal yaitu 160/90 mmHg. Hipertensi merupakan faktor resiko utama yang dapat mengakibatkan pecahnya maupun tersumbatnya pembuluh darah di otak. Bila tekanan sistolik di atas 160 mmHg dan tekanan diastolic lebih dari 90 mmHg, maka dapat berpotensi menimbulkan serangan CVD, terlebih bila telah berjalan selama bertahun-tahun. Pecahnya pembuluh darah otak akan menimbulkan perdarahan, akan sangat fatal bila terjadi interupsi aliran darah ke bagian distal, di samping itu darah ekstrasvasal akan tertimbun sehingga akan menimbulkan tekanan intracranial yang meningkat, sedangkan menyempitnya pembuluh darah otak akan menimbulkan terganggunya aliran darah ke otak dan sel-sel otak akan mengalami kematian (Rosjidi, 2018).

Masalah keperawatan kedua adalah hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dan kelemahan. Keluhan utama yang dialami klien yaitu mengalami kelemahan anggota badan sebelah kiri. Dimana kekuatan otot

ekstremitas atas 5/0 dan ekstermitas bawah 5/0.Kelemahan ini yang mengakibatkan klien mengalami hambatan mobilitas fisik.Hambatan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam pergerakan fisik mandiri dan terarah pada tubuh atau ekstremitas atau lebih (berdasarkan tingkat aktifitas (Wilkinson,2011).

Stroke merupakan kondisi hilangnya fungsi neurologis secara cepat karena adanya gangguan perfusi pembuluh darah otak (Satyanegara, 2010).Stroke umumnya diklasifikasikan menjadi dua macam, yaitu iskemik dan hemoragik (perdarahan). Stroke iskemik terjadi akibat adanya sumbatan pada lumen pembuluh darah otak dan memiliki prevalensi tertinggi, yaitu 88% dari semua stroke dan sisanya adalah stroke hemoragik (stroke perdarahan) yang terjadi akibat pecahnya pembuluh darah otak (Marsh, 2010). Gangguan vaskularisasi otak ini memunculkan berbagai manifestasi klinis seperti kesulitan berbicara, kesulitan berjalan dan mengkoordinasikan bagian-bagian tubuh, sakit kepala, kelemahan ototwajah, gangguan penglihatan, gangguan sensori, gangguan pada proses berpikir dan hilangnya kontrol terhadap gerakan motorik yang secara umum dapat dimanifestasikan dengan disfungsi motorik seperti hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi tubuh) atau hemiparesis (kelemahan yang terjadi pada satu sisi tubuh) (Dimitrios, 2015).

Disfungsi motorik yang terjadi mengakibatkan pasien mengalami keterbatasan dalam menggerakkan bagian tubuhnya sehingga meningkatkan risiko terjadinya komplikasi. Imobilitas dapat menyebabkan kekakuan sendi (kontraktur), komplikasi ortopedik, atrofi otot, dan kelumpuhan saraf akibat penekanan yang lama (nerve pressure palsies) (Summers et al., 2009). Kekuatan otot sangat berhubungan dengan sistem neuromuskular yaitu besarnya kemampuan sistem saraf mengaktivasi otot

untuk melakukan kontraksi. Semakin banyak serabut otot yang teraktivasi, maka semakin besar pula kekuatan yang dihasilkan oleh otot tersebut (Cahyati, 2011).

Penurunan kekuatan otot merupakan manifestasi dari hemiparesis (kelemahan pada salah satu sisi tubuh) yang paling sering ditemukan pada pasien stroke. Defisit motorik pada pasien stroke berupa hemiparesis atau hemiplegia biasanya disebabkan karena kerusakan pembuluh darah bagian anterior atau arteri serebral medial yang mengakibatkan infark pada korteks motorik frontalis (Cahyati, 2011). Saraf yang mengendalikan otot-otot tulang pada manusia adalah sekelompok neuron sepanjang korteks motorik primer. Perintah dari otak melalui basal ganglia akan dimodifikasi oleh sinyal dari serebelum dan kemudian disampaikan melalui saluran piramidal ke medulla spinalis sampai ke ujung saraf motorik pada otot. Sistem ekstrapiramidal berkontribusi dalam umpan balik yang akan memengaruhi reaksi otot dan respon (Fatkhurrohman, 2011).

Masalah keperawatan ketiga defisit perawatan diri b/d kerusakan neuromuskular dan kelemahan. Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny. P mengalami kelemahan pada anggota gerak yang menyebabkan Ny. P tidak bisa melakukan aktivitas sehingga semua aktivitas Ny. P dibantu oleh keluarga. *Personal hygiene* merupakan suatu usaha pemeliharaan kesehatan diri seseorang yang bertujuan mencegah terjangkitnya penyakit serta untuk memperbaiki status kesehatannya. Salah satu indikator dari *personal hygiene* adalah perawatan kulit, gigi dan mulut, rambut, mata, hidung dan telinga, kaki dan kuku, genitalia serta kebersihan dan kerapian pakaian (Perry, 2015).

Keterbatasan kebersihan diri biasanya disebabkan oleh kelemahan anggota gerak yang dialami klien, sehingga dirinya tidak bisa mengurus merawat dirinya sendiri baik dalam hal mandi, berpakaian, dan berhias. Keterbatasan tersebut akan terus berlanjut dalam pemenuhan kebutuhan dasar lainnya. Manusia mempunyai kebutuhan yang beragam, namun pada hakikatnya setiap manusia mempunyai kebutuhan dasar yang sama. Salah satunya yang mengalami defisit perawatan diri adalah pasien yang terkena penyakit stroke memiliki keterbatasan pergerakan dan tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar (Asmadi,2018).

Dari ketiga masalah keperawatan di atas, sehubungan dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik (penurunan kekuatan otot pada ekstremitas kiri atas dan bawah) penulis tertarik melakukan terapi untuk melatih kekuatan otot yaitu dengan *Range Of Motion Exercise*.

Peningkatan kekuatan otot dengan ROM aktif *Exercise* telah dibuktikan oleh penelitian yang dilakukan oleh Irawati (2016) tentang Efektivitas *Range Of Motion Exercise* terhadap peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas pada pasien stroke non hemoragik di ruang rawat inap RSUD Kabupaten Tangerang didapatkan hasil bahwa terdapat perbedaan kekuatan otot sebelum dan sesudah diberikan intervensi ROM *Exercise* dengan p value 0,000 ( $< 0,05$ ). Dari hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa ROM *Exercise* efektif terhadap peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas.

Pemberian ROM *Exercise* dapat membantu untuk mengimbangi paralisis melalui penggunaan otot yang masih mempunyai fungsi normal, membantu mempertahankan dan membentuk kekuatan, mengontrol bekas yang di pengaruhi

paralisis pada otot, membantu mencegah otot dari pemendekan (kontraktur) dan terjadi kecacatan. Terapi *Exercise* sangat baik diberikan pada pasien *SNH* dan apabila terapi ini dilakukan secara teratur akan membantu proses perkembangan motorik tangan. Terapi *Exercise* sangat mudah dilakukan hanya cara menggenggam benda berbentuk silindris misal tissue gulung dengan jari-jari dilipat dengan ibu jari yang tertekuk diatas telunjuk dari jari tengah. dan hal ini berfungsi untuk menggerakkan jari- jari tangan menggenggam sempurna (Irfan,2010).

### **3. Intervensi**

Intervensi adalah sesuatu yang telah dipertimbangkan mendalam, tahap yang sistematis dari proses keperawatan meliputi kegiatan pembuatan keputusan dan pemecahan masalah (Mura, 2011). Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, tidak terjadi hambatan mobiltas fisik.

1. Kaji kemampuan klien dalam mobilisasi
2. Kaji tingkat ketergantungan klien
3. Dampingi dan bantu klien saat mobilisasi
4. Ajarkan klien dan keluarga proses berpindah (ambulasi / mika miki)
5. Ajarkan ROM pasif (libatkan keluarga)
6. Ajarkan ROM *Exercise* (libatkan keluarga)
7. Berikan penguatan/motivasi positif pada klien
8. Latih klien dalam pemenuhan ADL sesuai kemampuan
9. Ubah posisi klien minimal setiap 2jam

### **4. Implementasi**

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Mura, 2012).

Penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai proses asuhan keperawatan dan intervensi yang ditetapkan karena untuk mencapai tujuan umum dan tujuan khusus yang telah ditentukan penulis yaitu mengkaji nyeri yang bertujuan untuk menentukan intervensi dan mengetahui efek terapi (Ardiansyah, 2012). Implementasi yang diberikan adalah :

1. Mengkaji kemampuan klien dalam mobilisasi
2. Mengkaji tingkat ketergantungan klien
3. Mendampingi dan bantu klien saat mobilisasi
4. Mengajarkan klien dan keluarga proses berpindah (ambulasi/ mikamiki)
5. Mengajarkan ROM pasif (libatkan keluarga)
6. Mengajarkan ROM *Exercise* (libatkan keluarga)
7. Memberikan penguatan/motivasi positif pada klien
8. Memposisikan klien dengan posisi semifowler
9. Melatih klien dalam pemenuhan ADL sesuai kemampuan
10. Mengubah posisi klien minimal setiap 2 jam

## **5. Evaluasi**

Evaluasi didefinisikan sebagai keputusan dari efektifitas asuhan keperawatan antara dasar tujuan keperawatan klien yang telah ditetapkan dengan respon perilaku

klien yang tampil (Mura, 2011). Evaluasi disusun dalam metode SOAP dengan keterangan antara lain yang pertama subyektif (S) adalah hal-hal yang diemukan secara subyektif setelah dilakukan intervensi keperawatan, yang kedua obyektif (O) adalah hal-hal yang diemukan secara obyektif setelah dilakukan intervensi keperawatan, yang ketiga analisa (A) adalah hasil yang telah dicapai dengan mengacu kepada tujuan terkait dengan diagnose keperawatan, yang terakhir perencanaan (P) adalah perencanaan yang akan datang setelah melihat respon dari pada tahap evaluasi (Muhlisin, 2012). Catatan perkembangan dikaji selama tiga hari :S : Keluarga klien mengatakan klien, mengalami kelemahan anggota badan sebelahkiri, Keluarga klien mengatakan semua aktivitas masih tergantung dengankeluarga, Keluarga klien mengatakan klien diambulasi dan dilakukan ROM minimal setiap 2 jam sekali sesuai yang telah diajarkan. O : Indeks ADL Barthel (ketergantungan total =0), Klien mengalami hemiparesis pada anggota tubuh sebelahkiri, Keluarga klien tampak memposisikan klien dengan teknikambulasi, Keluarga klien melakukan, latihan ROM 2 jam sekali sesuai yang telah diajarkan, Semua aktifitas klien tampak dibantukeluarga, Posisi klien diubah setiap 2 jam. A : Masalah belum teratasi. P : Intrvensi dilanjutkan : Dampingi dan bantu klien dalam mobilisasi, Pertahankan teknik berpindah/ambulasi dan ROM, Berikan penguatan dan motivasi, Ubah posisi klien minimal 2 jamsekali

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **5.1. Kesimpulan**

- 5.1 Stroke merupakan kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak. Kemudian terjadi kerusakan gangguan otak maka akan mengakibatkan kelumpuhan pada anggota gerak, gangguan bicara, serta gangguan dalam pengaturan nafas dan tekanan darah.
- 5.2 Berdasarkan analisa kasus pada klien dengan diagnosa medis Stroke ditemukan tiga diagnosa keperawatan antara lain ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d infrak pada jaringan otak, hambatan mobilitas fisik b/d penurunan kekuatan otot dan kelemahan, dan defisit perawatan diri b/d kerusakan neuromuskular dan kelemahan.
- 5.3 Berdasarkan analisa dan pembahasan mengenai masalah hambatan mobilitas fisik dengan intervensi inovasi latihan ROM *Exerciseterhadap* perubahan nilai kekuatan otot didapatkan hasil belum terjadi peningkatan nilai kekuatan otot dikarenakan keterbatasan waktu pemberian yang hanya 3 hari.

#### **5.2. Saran**



### **5.2.1 Bagi Rumah Sakit**

Diharapkan dapat mengimplementasikan salah satu terapi latihan *Range of Motion* aktif yaitu latihan *Exercise*.

### **5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan**

Diharapkan dapat mengembangkan intervensi keperawatan dalam mengelola penderita stroke khususnya berbagai macam latihan *Range of motion*, salah satu diantaranya latihan *Exercise* dan masih banyak latihan *Range of motion* lain sebagai intervensi inovasi yang diterapkan.

Diharapkan dapat meningkatkan kemampuan perawat dalam komunikasi terapeutik dengan pasien sehingga intervensi yang dilakukan mendapatkan hasil yang maksimal.

### **5.2.3 Bagi Profesi Keperawatan**

Diharapkan dapat mengembangkan dan meningkatkan pemahaman tentang stroke dan asuhan keperawatan pada pasien stroke sehingga menjadi bekal pengetahuan untuk meningkatkan prestasi akademik maupun keterampilan klinik saat terjun ke dunia kerja.

### **5.2.4 Bagi Pasien dan Keluarga**

*Exercise* dapat dilakukan di rumah dengan menggunakan alat yang sederhana dan mendapatkan hasil yang maksimal, latihan ini dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien. Diharapkan, setelah diberikan pengajaran dan penjelasan mengenai terapi inovasi ini, klien dan keluarga dapat menerapkannya di rumah.

