

LAPORAN ELEKTIF

KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. F DENGAN GANGGUAN SISTEM
NEUROLOGI STROKE ISKEMIK MASAREHABILITASI DENGAN
MASALAH HAMBATAN MOBILITAS FISIK**



**DI SUSUN OLEH :
RAHMAT ARNANDA
NIM. 20040057**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS AUFA ROYHAN
DI KOTA PADANGSIDIMPUAN
2022**

KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. F DENGAN GANGGUAN SISTEM NEUROLOGI STROKE ISKEMIK MASAREHABILITASI DENGAN MASALAH HAMBATAN MOBILITAS FISIK

Diajukan Untuk Memenuhi Persyaratan Memperoleh
Gelar Profesi Ners



**DI SUSUN OLEH :
RAHMAT ARNANDA
NIM. 20040057**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS AUFA ROYHAN
DI KOTA PADANGSIDIMPUAN
2022**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. F DENGAN GANGGUAN SISTEM
NEUROLOGI STROKE ISKEMIK MASA REHABILITASI DENGAN
MASALAH HAMBATAN MOBILITAS FISIK**

HALAMAN PENGESAHAN

Laporan Hasil Praktik Klinik Profesi Peminatan Ini Telah Diseminarkan Di
Hadapan Oleh Tim Penguji Program Studi Pendidikan Profesi Ners
Universitas Afa Royhan
di Kota Padangsidempuan

Padangsidempuan, Oktober 2021

Pembimbing



Ns. Sukhri Herianto Ritonga, M.Kep

Penguji



Ns. Adi Antoni, M.Kep

**Ketau Program Studi
Pendidikan Profesi Ners**



Ns. Nanda Suryani Sagala M KM

Dekan Fakultas Kesehatan



Arinil Hidayah, Skm, M.Kes

IDENTITAS PENULIS

1. Data Pribadi

Nama : Rahmat Arnanda
Nim : 20040057
Tempat/Tanggal Lahir : Sibaruang / 26 Maret 1997
Jenis Kelamin : Laki - Laki
Alamat : Desa Sibaruang, Kec.Siabu, Kab.Mandailing Natal

2. Riwayat Pendidikan :

1. SD Muhammadiyah Sibaruang : Lulus tahun 2009
2. SMP Muhammadiyah 30 Sihepeng : Lulus tahun 2012
3. SMK Kesehatan Sidimpuan Husada : Lulus tahun 2015
4. S1 Keperawatan Univ. Afa Royhan : Lulus tahun 2020

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkat rahmat dan hidayah-Nya peneliti dapat menyusun laporan elektif dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. F Dengan Gangguan Sistem Neurologi Stroke Iskemik Masa Rehabilitasi Dengan Masalah Hambatan Mobilitas Fisik”, sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Profesi Ners di Program Studi pendidikan Profesi Ners Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidimpan.

Dalam proses penyusunan laporan elektif ini, Penulis banyak mendapat bantuan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat :

1. Arinil Hidayah, SKM, M.Kes, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan Di Kota Padangsidimpuan.
2. Ns. Nanda Suryani Sagala, M.KM, sebagai Ketua Program Studi Profesi Ners Universitas Afa Royhan Padangsidimpuan.
3. Ns. Sukhri Herianto Ritonga, M.Kep, selaku pembimbing, yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dalam menyelesaikan laporan elektif ini.
4. Seluruh Dosen dan Staf Program Studi Profesi Ners Universitas Afa Royhan Padangsidimpuan, atas pengajaran dan bantuan yang diberikan selama ini.
5. Kepada Orang Tua tercinta beserta Abang, dan Adik tersayang yang telah memberikan dukungan dalam menyelesaikan tugas dan pendidikan.

6. Buat teman dan rekan seperjuangan dalam menjalani proses pendidikan di Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidempuan.
7. Pada Tn. F sebagai klien dan juga keluarganya yang telah memberi informasi dan bersedia menjadi responden dalam penelitian.

Kritik dan saran yang bersifat membangun peneliti harapkan guna perbaikan dimasa mendatang. Mudah – mudahan penulisan ini bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan keperawatan. Amin.

Padangsidempuan, Oktober 2021

Peneliti

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
UNIVERSITAS AUFA ROYHAN DI KOTA
PADANGSIDIMPUAN**

Laporan Penelitian, Oktober 2021
Rahmat Arnanda

Asuhan Keperawatan Pada Tn. F Dengan Gangguan Sistem Neurologi Stroke
Iskemik Masa Rehabilitasi Dengan Masalah Hambatan Mobilitas Fisik

Abstrak

Stroke adalah salah satu penyakit kardiovaskuler yang berpengaruh terhadap arteri utama menuju dan berada di otak, stroke terjadi ketika pembuluh darah yang mengangkut oksigen dan nutrisi menuju otak pecah atau terblokir oleh bekuan sehingga otak tidak mendapat darah yang dibutuhkan, jika kejadian berlangsung lebih 10 menit akan menimbulkan kerusakan permanen otak. Tujuan penulisan ini adalah untuk mengetahui Asuhan Keperawatan Pada Tn. F Dengan Gangguan Sistem Neurologi Stroke Iskemik Masa Rehabilitasi Dengan Masalah Hambatan Mobilitas Fisik. Hasil penelitian 3 hari dilakukan program ROM (Range Of Motion) pada peningkatan fungsi eksterimitas atas dan bawah. Dari hasil penulisan ini dapat menjadi masukan khusus bagi pasien sendiri dalam melakukan ROM (Range Of Motion) secara mandiri dan menerapkan pola hidup sehat, terutama pola makan yang sehat yang dapat mempengaruhi kadar kolesterol darah klien.

Kata kunci : *stroke iskemik, rom (range of motion) , hambatan mobilitas fisik, program diet*

Daftar Pustaka : 11 (2002-2019)

DAFTAR ISI

Halaman.....	
LEMBAR PENGESAHAN	i
KATA PENGANTAR	ii
ABSTRAK	iii
DAFTAR LAMPIRAN	iv
DAFTAR ISI	v
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan Penelitian	7
1.4 Manfaat Penelitian	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Tinjauan Teori	8
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	16
BAB 3 LAPORAN KASUS	22
3.1 Pengkajian	22
3.2 Analisa Data	29
3.3 Diagnosa Keperawatan	29
3.4 Intervensi Keperawatan	30
3.5 Implementasi Keperawatan	31
3.6 Evaluasi Keperawatan	31
BAB 4 PEMBAHASAN	33
BAB 5 PENUTUP	35
5.1 Kesimpulan	35
5.2 Saran	35
DAFTAR PUSTAKA	

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke adalah salah satu penyakit kardiovaskuler yang berpengaruh terhadap arteri utama menuju dan berada di otak, stroke terjadi ketika pembuluh darah yang mengangkut oksigen dan nutrisi menuju otak pecah atau terblokir oleh bekuan sehingga otak tidak mendapat darah yang dibutuhkan, jika kejadian berlangsung lebih 10 menit akan menimbulkan kerusakan permanen otak (Feigin, 2006). Stroke terjadi dengan tiba-tiba tetapi memberikan dampak jangka panjang seperti kecacatan, masalah emosional, depresi dan juga perubahan dalam hubungan sosial. Stroke juga merupakan penyakit yang menyebabkan kecacatan serius dan permanen nomor satu di dunia. Menurut WHO stroke adalah adanya tanda-tanda klinik yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal atau global dengan gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih yang menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskuler.

Stroke penyebab kematian nomor tiga di dunia setelah penyakit jantung dan kanker (Pinzon, 2009). Yang pada intinya stroke adalah kerusakan otak akibat berkurangnya darah ke otak. Dampak terbanyak dari stroke timbulnya kelemahan pada anggota gerak yang dapat menyebabkan menurunnya produktifitas dan kemampuan ekonomi masyarakat. Peluang terjadinya stroke berulang berdasarkan faktor risiko tunggal lebih kecil bila dibandingkan dengan kombinasi faktor risiko. Semakin baik tingkat mengontrol faktor risiko stroke semakin kecil kemungkinan terjadinya stroke berulang.

Peran dan dukungan keluarga sangat berpengaruh secara signifikan terhadap proses rehabilitasi pada ¹ stroke. Dukungan keluarga merupakan suatu sistem pendukung yang diberikan oleh keluarga terhadap anggota keluarga meliputi memberikan dukungan emosional, bantuan materi, memberikan

informasi dan pelayanan serta memfasilitasi anggota keluarga dalam membuat kontak sosial dengan masyarakat. Keluarga sangat berperan penting dalam meningkatkan kesehatan anggota keluarga dan berperan sebagai caregiver terhadap penderita dengan penyakit kronik, dimana keluarga harus memahami dan memperhatikan kondisi penderita baik fisik, psikologis, sosial, dan spritualnya.

Otak bekerja sama dengan jantung dan sistem vaskuler untuk menjalankan fungsi tubuh. Aktivitas metabolisme otak juga dipengaruhi oleh berbagai *neurotransmitter* serta sel-sel darah yang mempengaruhi seluruh tubuh. Saat salah satu sistem tidak berfungsi, misalnya otak, maka akan timbul suatu masalah dalam sistem motorik, sensorik dan fungsi individu. Hal inilah yang terjadi pada penderita stroke . stroke terbagi dua jenis stroke yaitu stroke iskemik dan hemoragik derajat keparahan stroke dipengaruhi oleh banyak faktor etiologi, penyakit lain, diagnosis serta tatalaksana yang cepat. Untuk menilai tingkat atau derajat keparahan stroke digunakan penilaian dengan *National Institutes Of Health Stroke Scale* (NIHSS), dengan indikator ringan, sedang dan berat.

Perubahan pola hidup seperti makan tidak teratur, kurang olah raga, jam kerja berlebih serta konsumsi makanan cepat saji sudah menjadi kebiasaan lazim yang berpotensi menimbulkan serangan stroke(Anita et al., 2018). Stroke merupakan masalah kesehatan dan perlu mendapat perhatian khusus. Berdasarkan kejadian yang ada dilapangan pemberian mobilisasi dini pada pasien stroke belum mendapat perhatian. Kurangnya aktivitas fisik setelah stroke dapat menghambat rentang gerak sendi sehingga apabila hal ini terus terjadi akan menyebabkan ketergantungan total, kecacatan bahkan sampai kematian. Salah satu metode yang digunakan untuk memulai aktivitas fisik sebelum pasien siap

melakukan latihan ROM dengan bola karet adalah menggerakkan lengan dengan perlahan. Hal ini sering dilakukan untuk pasien stroke dirumah sakit yang tidak mampu melakukan aktivitas. ROM merupakan latihan yang digunakan untuk memperbaiki pergerakan sendi secara normal untuk meningkatkan tonus otot. Melakukan latihan ROM secara dini dapat meningkatkan kekuatan otot sehingga dapat menstimulasi motor unit semakin banyak yang terlibat, maka akan terjadi peningkatan kekuatan otot (Anggriani et al., 2018).

Pasien stroke memerlukan rehabilitasi untuk meminimalkan cacat fisik, rehabilitasi harus dimulai sedini mungkin secara cepat dan tepat sehingga dapat membantu pemulihan fisik yang lebih cepat dan optimal serta menghindari kelemahan otot serta menghindari kelemahan otot. Agar tidak terjadi kelemahan otot bisa dilakukan ROM dengan perlahan dapat membantu menyembuhkan kelemahan otot pasien. Setelah penderita stroke mulai melanjutkan kegiatan fisik dengan terapi fisik yang aman, dan nafsu makan akan mulai membaik. Peningkatan secara bertahap dapat membantu mencegah keputusasaan. Otot yang terganggu akibat stroke masih bisa membaik berkat latihan ROM (nurazizah et al., 2020).

Mobilisasi dini meliputi latihan range of motion (ROM) dan pemberian posisi sebagai bentuk latihan rehabilitasi dan efektif digunakan untuk mencegah kecacatan pada pasien stroke, menurut Kozier (1995) menyatakan bahwa ROM menggangbarkan gerakan yang sistematis dengan menampilkan setiap latihan 3X dan rangkaian 2X sehari. Dengan melakukan terapi ROM 2X sehari dalam 5 hari pun terdapat peningkatan pergerakan sendi dari 64% menjadi 91%. Pernyataan ini ditemukan dalam penelitian Chasanah tahun 2017 dengan lembar observasi

ROM, menyatakan bahwa pelaksanaan terapi ROM pada pasien stroke dengan keluhan lemah otot dapat dilaksanakan pada hari ke 4 selama rawat inap (Basuki et al., 2018). Kekuatan otot adalah kemampuan otot menahan beban baik berupa beban eksternal maupun internal. Kekuatan dari sebuah otot umumnya diperlakukan dalam melakukan aktifitas. Semua gerakan merupakan hasil dari adanya peningkatan tegangan otot sebagai respon motorik. Kekuatan otot dapat digambarkan sebagai kemampuan otot menahan beban berupa beban eksternal(*external force*) maupun beban internal(*internal force*). Kekuatan otot sangat berhubungan dengan sistem neuromuskular yaitu seberapa besar kemampuan sistem saraf mengaktifasi otot untuk melakukan kontraksi, sehingga semakin banyak serat otot yang teraktifasi, maka semakin besar pula kekuatan yang dihasilkan otot tersebut (Wahyuningsih, 2017). Rehabilitasi dini dapat segera dilakukn ditempat tidur setelah kondisinya stabil dan keadaan pasien sudah membaik, penderita dianjurkan untuk lebih aktif dalam melakukan aktifitas fisik supaya tidak terjadi penurunan kekuatan otot salah satunya adalah latihan fleksi-ekstensi, diharapkan keluarga penderita juga untuk tetap memotivasi penderita dalam melakukan Range Of Motion.

Pasien pasca stroke membutuhkan waktu yang lama untuk memulihkan dan memperoleh fungsi penyesuaian diri secara maksimal khususnya bagian otot ekstremitas oleh sebab itu dibutuhkan tindakan segera untuk mengurangi cedera lebih lanjut dengan cara rehabilitasi melalui mobilisasi persendian dengan latihan range of motion. Melihat kondisi tingginya angka kejadian stroke, peran perawat sangat penting dalam upaya pencegahan kelemahan otot pada pasien stroke serta mencegah stroke berulang yang dapat berakibat pada kematian.

Didunia serangan stroke terjadi pada 15 juta orang. Dari 15 juta orang tersebut, 5 juta orang meninggal, 5 juta orang lainnya bertahan hidup, namun mengalami cacat permanen dan hidup bergantung pada keluarga dan masyarakat, seta 5 juta orang sisanya sembuh seperti semula sebelum terkena stroke. Menurut WHO (World Health Organization) tahun 2012, kematian akibat stroke sebesar 5% diseluruh dunia disebabkan oleh tekanan darah tinggi. Di Eropa angka kematian stroke adalah antar 63,5 orang sampai 237,4 orang per 100.000 penduduk per tahun (Bangun,2017).

Di Indonesia diperkirakan setiap tahun terjadi 500.000 penduduk terkena serangan stroke, sekitar 2,5% atau 125 orang meninggal, dan sisanya cacat ringan atau berat. Secara umum, dapat dikatakan angka kejadian stroke adalah 200 per 100.000 penduduk. Dalam satu tahun, diantara 100.000 penduduk, maka 200 orang menderita stroke. Kejadian stroke iskemik sekitar 80% dari seluruh total kasus stroke. Sedangkan kejadian stroke hemoragik hanya sekitar 20% dari seluruh total kasus stroke (Yayasan Stroke,2012). Riset kesehatan dasar (RISKESDAS) pada tahun tahun 2013 menunjukkan peningkatan jumlah penderita stroke menjadi 12,1 per 1000 penduduk. Berdasarkan data dari survey KEMENKES 2014, 2,1% penyebab kematian di Indonesia disebabkan oleh stroke. jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2014 mencapai 250 juta penduduk dan terdapat 3049.200 diantaranya yang menderita penyakit stroke.

Prevalensi stroke berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan, yang memiliki data tertinggi di Sulawesi Utara (10,8%), di ikuti Yogyakarta untuk prevalensi stroke per 1000 penduduk di Sumatera Utara pada tahun 2017 sebesar 7% pada tahun 2013 sebesar 10% (KEMENKES RI, 2015). Prevalensi Sumatera Utara

berjumlah 92,078 orang, lebih jauh lagi di kota padangsidempuan prevalensi stroke berjumlah 930 orang. Berdasarkan kunjungan pasien di RSUD, jumlah stroke mengalami peningkatan setiap tahunnya. Pada tahun 2014, terdapat sebanyak 193 pasien stroke atau 11,7% dari total pasien. Jumlah pasien ini meningkat pada tahun 2015 dan 2016, yaitu masing-masing 205 dan 289 pasien (Aulia, Ayu & Nefonafratilova, 2017).

Stroke memberikan dampak pada pasien, keluarga, serta masyarakat. Dampak stroke pada pasien berupa dampak fisik, psikologis, sosial dan ekonomi. Dampak stroke pada pasien menyebabkan kecacatan, baik berupa ringan maupun berat yang dimulai dari menurunnya kualitas hidup seseorang terhadap pasca stroke, karena aktivitas terganggu sehingga membutuhkan bantuan orang lain.

Peran keluarga dalam perawatan pasca stroke di rumah, sangatlah dibutuhkan dalam kesembuhan pasien dengan memberikan dukungan serta motivasi dan juga untuk melanjutkan intervensi untuk mengatasi masalah pada eksteremitas dan bagian tertentu bahwa berupa ROM (Range Of Motion) dimaksudkan agar keluarga bisa melanjutkan intervensi tanpa pengawasan tenaga medis.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusa masalah untuk Elektif ini adalah untuk mengetahui pengaruh ROM (Range Of Motion) terhadap peningkatan eksterimatas setelah pasca stroke

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui pengaruh ROM (Range Of Motion) pada peningkatan fungsi eksterimitas atas dan bawah.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Memahami tentang stroke : etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis dan pelaksanaan.
2. Melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. Dengan gangguan sistem neurologi stroke iskemik masa rehabilitasi dengan menerapkan proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.
3. Mampu menerapkan efektivitas terapi non farmakologi berupa ROM (Range Of Motion) terhadap peningkatan eksteremitas

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Bagi Klien

Untuk meningkatkan bahkan memperbaiki eksteremitas pada pasien paska stroke agar proses pemulihan bisa lebih efisien.

1.4.2 Manfaat Bagi Keluarga Klien

Untuk membantu melakukan pengobatan berupa intervensi yang sederhana namun bermanfaat bagi proses kesembuhan klien.

1.4.3 Manfaat Bagi Masyarakat

Memberikan informasi kepada masyarakat terkhusus yang memiliki keluarga paska stroke agar dapat melakukan intervensi sederhana untuk meningkatkan bahkan memperbaiki eksteremitas penderita.

1.4.4 Manfaat Bagi Keperawatan

Memberikan informasi berupa terapi non farmakologis sederhana untuk meningkatkan fungsi ekstermitas penderita.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar

2.1.1 Pengertian Stroke

Stroke adalah kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke otak terganggu atau berkurang akibat penyumbatan (stroke iskemik) atau pecahnya pembuluh darah (stroke hemoragik) tanpa darah, otak tidak akan mendapatkan asupan oksigen dan nutrisi, sehingga sel-sel pada sebagian area otak akan mati. Kondisi ini menyebabkan bagian tubuh yang dikendalikan oleh otak yang rusak tidak dapat berfungsi dengan baik. Feigin (2006) dalam Yaslina, Moidaliza & Hayati (2009) menyatakan bahwa stroke atau sering disebut juga “*celebro vascular*” adalah gejala kelainan neurologi akibat dari penyakit pembuluh darah otak. Stroke adalah penyakit yang destruktif dengan konsekuensi berat, termasuk beban psikologis, fisik dan keuangan yang besar pada pasien, keluarga, dan masyarakat. Stroke atau cedera cerebro vaskular adalah hilangnya fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak (Yaslina, Moidaliza & Hayati, 2019).

2.1.2 Etiologi

Etiologi ataupun penyebab stroke adalah:

1. Thrombosis (bekuan cairan didalam pembuluh darah otak)
2. Embolis cerebral (bekuan darah atau material lainnya)

Emboli dapat terbentuk dari gumpalan darah, kolestrol, lemak, vibrir trombosit, udara, tumor, bakteri, dan benda asing.

3. Iskemia (penurunan aliran darah ke otak) Penurunan tekanan darah yang tiba-tiba menyebabkan berkurangnya 9 darah ke otak, yang biasanya bisa menyebabkan seseorang pingsan. Hal ini terjadi jika tekanan darah rendahnya sangat berat dan menahan. Hal ini terjadi jika seseorang mengalami kehilangan

darah yang banyak, karena cedera atau pembedahan, serangan jantung atau irama jantung yang abnormal.

4. Hemoragik serebral yaitu pecahnya pembuluh darah serebral dengan pendarahan kedalam jaringan otak atau ruang sekitar otak akibatnya adalah penghentian suplai ke otak, yang menyebabkan kehilangan sementara atau permanen gerakan, berfikir, memori, bicara, atau sensasi (Smeltzer & Suzanne, & Bare, 2020).

Faktor resiko stroke :

a. Faktor Kesehatan :

- Hipertensi
- Diabetes
- Kolestrol tinggi
- Obesitas
- Penyakit jantung, seperti gagal jantung, penyakit jantung bawaan, infeksi jantung atau aritmia.
- Pernah mengalami tia atau serangan jantung sebelumnya

b. Faktor Gaya Hidup

- Perokok
- Kurang olah raga atau aktifitas fisik
- Konsumsi obat-obatan terlarang
- Kecanduan alkohol

c. Faktor Lainnya

- Faktor keturunan orang yang memiliki anggota keluarga yang pernah mengalami stroke, beresiko tinggi mengalami penyakit yang sama juga.

- Dengan bertambahnya usia seseorang memiliki resiko stroke lebih tinggi dibandingkan orang yang lebih muda.

2.1.3. Patofisiologi

Suplai darah ke otak dapat berubah pada gangguan vokal (thrombus, emboli, pendarahan, dan spasma vasuler) atau oleh gangguan umum (hipoksia) karena gangguan paru dan jantung. Aterosklerosis sering atau cenderung sebagai faktor penting terhadap otak. Thrombus dapat berasal dari arteriosklerosis atau darah dapat beku pada area yang stenosis, dimana aliran darah akan lambat atau terjadi turbulensi. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan menyebabkan oedema dan nekrosis diikuti trombosis dan hipertensi pembuluh darah. Pendarahan intraserebral yang sangat luas akan menyebabkan kematian dibandingkan oleh keseluruhan penyakit penyakit serebrovaskuler. Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang serebral. Perubahan disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversibel untuk jangka waktu 4-6 menit. Perubahan irreversibel dapat anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi, salah satunya cardiac arrest.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologi, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah yang tersumbat), ukuran area yang terpusnya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Fungsi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya. Manifestasi klinis stroke menurut Smeltzer dan Bare (2002), antara lain : defisit kognitif dan defisit emosional.

1. Defisit Lapang Pandang:

- a. Tidak menyadari orang atau objek ditempat kehilangan penglihatan
 - b. Kesulitan menilai jarak
 - c. Diplopia
2. Defisit Motorik
 - a. Hemiparesis (kelemahan wajah, lengan, dan kaki pada sisi yang sama)
 - b. Hemiplegic (paralisi wajah, lengan, dan kaki pada sisi yang sama)
 - c. Ataksial (berjalan tidak mantap, dan tidak pada sisi yang sama
 - d. Disartia (kesulitan berbicara) ditunjukkan dengan berbicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan berbicara.
 - e. Disfagia (kesulitan dalam menelan)
 3. Defisit Sensori : kebas dan kesemutan pada bagian tubuh
 4. Defisit Verbal
 - a. Afasia ekspresif (tidak mampu membentuk kata yang dapat dipahami)
 - b. Afasia reseptif (tidak mampu memahami kata yang dibicarakan)
 - c. Afasia global (kombinal baik afasia ekspresif dan reseptif)
 5. Definisi Kognitif
 - a. Kehilangan memori jangka pendek dan panjang
 - b. Penurunan lapang perhatian
 - c. Kerusakan kemampuan untuk berkonsentrasi
 - d. Perubahan penilaian
 6. Defisit Emosional
 - a. Kehilangan kontrol diri
 - b. Labilitas Emosional

- c. Penurunan toleransi pada situasi yang menimbulkan stres
- d. Depresi
- e. Menarik diri

2.1.5 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan adalah :

1. Laboratorium yaitu mengarah pada pemeriksaan darah lengkap, elektrolit, kolesterol, dan bila perlu analisa gas darah dan gula darah.
2. Komputer tomography (CT) scan kepala untuk mengetahui lokasi dan luasnya infark. Menunjukkan adanya stroke hemoragik dengan segera tetapi bisa jadi tidak menunjukkan adanya infarksi trombolik
3. Magnetik Resonance Imaging (MRI) untuk mengetahui adanya edema, infarksi dan pembengkakan serebral. MRI menunjukkan daerah yang mengalami infark hemoragik.

2.1.6 Penatalaksanaan

1. Farmakologis

a. Terapi akut

American Stroke Association telah membuat dan menerbitkan panduan yang membahas pengelolaan stroke iskemik akut. Secara umum, hanya dua agen farmakologis yang direkomendasikan dengan rekomendasi kelas A adalah jaringan intravena plasminogen activator (t PA) dalam waktu 3 jam sejak onset dan aspirin dalam 48 jam sejak onset, yang paling penting dari protokol perawatan dapat diringkass yaitu:

1. Aktivitas tim stroke
2. Timbulnya gejala dalam waktu 3 jam

3. CT scan untuk mengetahui perdarahan
4. Sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi
5. Mengolah t PA 0,9 mg / kg lebih dari 1 jam, dengan 10% diberikan sebagai bolus awal lebih dari 1 menit
6. Menghindari antitrombotik (koagulan atau antiplatelet) untuk 24 jam
7. Monitor pasien ketat untuk respon hemoragik dan kecacatan

b. Terapi Pemeliharaan Stroke

Terapi Farmakologi mengacu kepada strategi untuk mencegah kekambuhan stroke. pendekatan utama adalah pengendalian hipertensi, CEA (Endarterektomi Karotis), dan memakai obat antiagregat antitrombosit.

2. Teori Non Farmakologis

a. Terapi akut

Intervensi untuk pasien stroke iskemik akut yaitu dilakukan bedah. Dalam beberapa kasus edema iskemik serebral karena infark yang besar dilakukan krantoktomo untuk mengurangi beberapa tekanan yang meningkat telah dicoba. Dalam kasus pembengkakan signifikan yang terkait dengan infark serebral, dekompresi bedah bisa menyelamatkan nyawa pasien. Namun menggunakan pendekatan terorganisme multidisiplin untuk perawatan stroke yang mencakup rehabilitas awal telah terbukti sangat efektif dalam mengurangi cacat utama karena stroke iskemik.

b. Terapi pemeliharaan stroke

Terapi non Farmakologis juga diperlukan pada pasien paska stroke. pendekatan interdisipliner untuk menangani stroke yang mencakup rehabilitas awal sangat efektif dalam penanganan kejadian stroke berulang pada pasien

tertentu. Modifikasi gaya hidup juga beresiko terjadinya stroke dan faktor resiko juga Penting untuk menghindari adanya kekambuhan stroke. Misalnya pada pasien perokok, harus dihentikan karena rokok dapat menyebabkan terjadinya kekambuhan.

c. Terapi Range Of Motion

Terapi Range of motion dapat digunakan sebagai alternatif non farmakologis dapat menggunakan metode yang lebih mudah. Range of motion sangat mudah dilakukan oleh semua orang dan tidak membutuhkan biaya serta tidak memiliki efek samping yang berbahaya. Selain itu, terapi range of motion ini juga dapat digunakan untuk menghindari komplikasi dari terapi farmakologis. Secara ilmiah terapi range of motion mempunyai dampak fisiologis bagi tubuh, pertama, menjadikan sirkulasi darah menjadi lancar, yang kedua range of motion menguntungkan saraf serta otot-otot ligament yang mempengaruhi sendi tubuh. Range of motion memiliki dampak pada tubuh berupa peningkatan sirkulasi darah dan meningkatkan fungsi ekstremitas sehingga banyak oksigen yang dipasok ke jaringan serta menguatkan otot-otot ligamen. Penatalaksanaan range of motion dilakukan dengan gerakan tertentu hingga batas 10-15 menit.

2.2 konsep Keperawatan

2.2.1 Fokus Pengkajian

1. Keluhan utama

Sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan tingkat kesadaran.

2. Riwayat penyakit dahulu

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

3. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu.

4. Pemeriksaan fisik

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

5. Pengkajian tingkat kesadaran

Kualitas kesadaran klien merupakan parameter yang paling mendasar dan parameter yang paling yang membutuhkan pengkajian. Tingkat keterjagaan klien

dan respons terhadap lingkungan adalah indikator paling sensitif untuk disfungsi sistem persarafan. Beberapa sistem digunakan untuk membuat peringkat perubahan dalam kewaspadaan dan keterjagaan. Pada keadaan lanjut tingkat kesadaran klien stroke biasanya berkisar pada tingkat letargi, stupor, dan semikomatosa. Jika klien sudah mengalami koma maka penilaian GCS sangat penting untuk menilai tingkat kesadaran klien dan bahan evaluasi untuk pemantuan pemberian asuhan.

6. Kemampuan bahasa

Penurunan kemampuan bahasa tergantung bagian terganggu tertentu mempengaruhi fungsi dari serebral. Bagian yang terganggu pada daerah hemisfer yang dominan pada bagian posterior dari girus temporalis superior (area wernicke) didapatkan disfasia reseptif, yaitu klien tidak memahami bahasa lisan atau bahasa tertulis, sedangkan bagian posterior dari girus frontalis inferior (area broca) didapatkan disfagia ekspresif, yaitu klien dapat mengerti, tetapi tidak dapat menjawab dengan tepat dan bicaranya tidak lancar. Disartria (kesulitan berbicara) ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara. Apraksia (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya), seperti terlihat ketika klien mengambil sisir dan berusaha untuk menyisir rambutnya.

7. Pengkajian saraf kranial:

Muttaqin (2008) dalam Nusantirin (2018) menyatakan bahwa pemeriksaan saraf kranial I – IX meliputi :

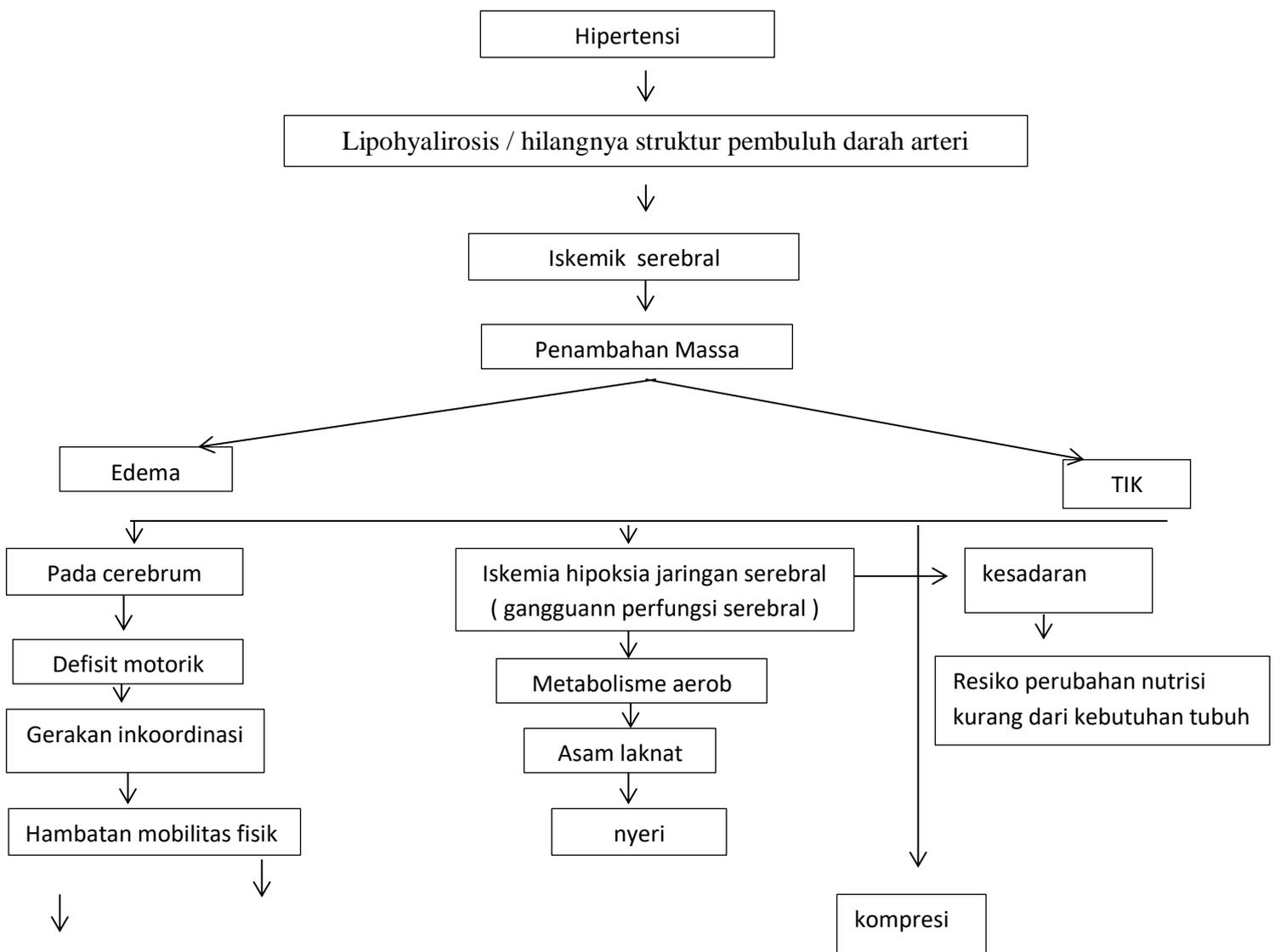
1. Saraf I (olfaktorius) : biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.
2. Saraf II (optikus) : disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensoriprimer di antara mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visual-spasial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial) sering terlihat pada klien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidak mampuan untuk mencocokkan pakian ke bagian tubuh.
3. Saraf III, IV, dan VI (okulomotor, trokhlear, abduksen) : Jika akibat stroke mengakibatkan paralisis, pada satu sisi otot-otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral di sisi yang sakit.
4. Saraf V (trigeminus) : pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigeminus, penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah ke sisi ipsilateral, serta kelumpuhan satu sisi otot terigoideus internus dan eksternus.
5. Saraf VII (fasialis) : Persepsi pengecap dalam batas normal, wajah asimetris, dan otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat.
6. Saraf VIII (akustikus) : Tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli Persepsi.
7. Saraf IX dan X (glosofaringeal , vagus) : kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut.
8. Saraf XI (asesorius) : tidak ada atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapezius.

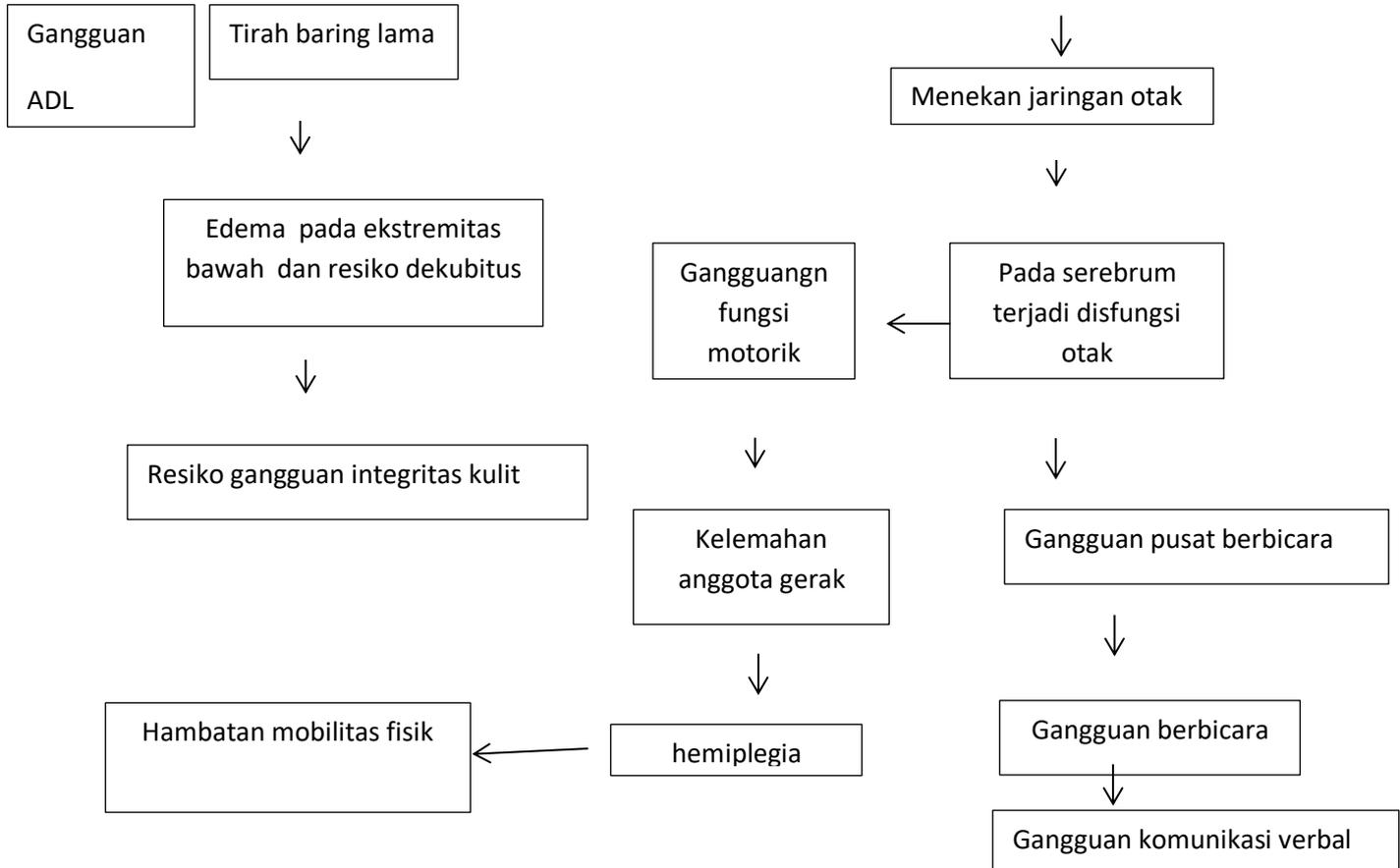
9. Saraf XII (hipoglosus) : Lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi, serta indra pengecap normal.

8. Pengkajian sistem motorik

Stroke adalah penyakit saraf motorik atau (UMN) dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Oleh karena UMN bersilangan, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada UMN di sisi berlawanan dari otak (Nusantirin, 2018)

2.2.2 Pathway





2.2.3 Nursing Care Plan (Rencana Asuhan Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
----	----------	--------	----------------	------------

1	Gangguan mobilitas fisik	Gangguan mobilitas fisik teratasi	<ul style="list-style-type: none"> - klien meningkat dalam aktivitas fisik - mengerti tujuan dan peningkatan mobilitas 	<ul style="list-style-type: none"> - monitoring vital sign - pantau kelemahan eksterimitas klien - lakukan range of motion - latih klien dalam pemenuhan ADL secara mandiri sesuai kemampuan - berikan alat bantu jika klien memerlukan
2	Nyeri akut	nyeri hilang atau berkurang	<ul style="list-style-type: none"> - mampu mengontrol nyeri - melaporkan nyeri berkurang - mengenali nyeri 	<ul style="list-style-type: none"> - lakukan pengkajian nyeri - observasi reaksi non verbal - kolaborasi dalam pemberian analgetik
3	Resiko Gg integritas kulit	Gangguan integritas kulit terjadi	<ul style="list-style-type: none"> - Integritas kulit bisa dipertahankan - Tidak ada luka (lesi) - Perfusi jaringan baik 	<ul style="list-style-type: none"> - Jaga kebersihan kulit - Monitor aktivitas dan mobilisasi
4	Resiko perubahan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh	Tidak terjadinya kurang nutrisi	<ul style="list-style-type: none"> - Adanya peningkatan BB - IMT normal - Tidak ada tanda malnutrisi 	<ul style="list-style-type: none"> - Kaji adanya alergi makanan - Ajarkan klien untuk meningkatkan intake
5	Gangguan komunikasi verbal	Komunikasi verbal lancar tanpa adanya hambatan	<ul style="list-style-type: none"> - Mampu berbicara dengan lancar - Kata-kata yang keluar jelas 	<ul style="list-style-type: none"> - Konsultasi dengan dokter kebutuhan berbicara - Dorong klien untuk berkomunikasi secara perlahan - Dengarkan penuh perhatian

BAB III

LAPORAN KASUS

3.1 Pengkajian

IDENTITAS PASIEN

Nama	: Tn. F
Umur	: 51 Tahun
Jenis Kelamin	: Laki - Laki
Status Kawin	: Kawin
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Petani
Alamat	: Pijorkoling
Tanggal Pengkajian	: 18 Oktober 2021
Diagnosa Medis	: Paska Stroke Iskemik

PENANGGUNG JAWAB

Nama	: Tn. A
Umur	: 26 Tahun
Hub.dgn Klien	: Anak
Pekerjaan	: Petani
Alamat	: Pijorkoling
Agama	: Islam

I. KELUHAN UTAMA

Klien mengeluh kaki dan tangannya sulit untuk digerakkan

II. RIWAYAT KESEHATAN SEKARANG

a. Riwayat kesehatan sekarang

Pada saat dikaji tanggal 23 oktober 2021. Klien mengeluh tangan dan kaki tidak dapat digerakkan secara normal, klien mengeluh merasa lemah seperti tidak bertenaga dan terasa berat jika digerakkan dan tidak berkurang jika diistirahatkan. Aktivitas dibantu oleh keluarga, klien bisa mengangkat tangan dan kakinya bila dibantu oleh orang lain.

b. Riwayat kesehatan masa lalu 22

Keluarga mengatakan klien mempunyai riwayat hipertensi namun keluarga tidak mengetahui berapa lama klien mempunyai riwayat penyakit hipertensi. Saat keluarga dan klien mengetahui bahwa klien mempunyai penyakit tersebut maka klien suka pergi ke puskesmas untuk memeriksakan kesehatannya.

PROVOKATIVE/PALLIATIVE

Hal – hal yang memperberat : Aktivitas

Hal – hal yang memperbaiki keadaan : Istirahat

QUALITY/QUANTITY

- a. Bagaimana dirasakan : -
- b. Bagaimana terlihat : Gelisah

SEVERITY

Menunggu aktivitas : Ya

TIME -

III. FAKTOR PREDISPOSISI

- 1. Riwayat keluarga yang menderita hipertensi : Ada
- 2. Riwayat merokok : -
- 3. Riwayat hipertensi : Ada
- 4. Riwayat DM : Tidak ada
- 5. Riwayat kelainan jantung katub : Tidak ada
- 6. Riwayat kelainan jantung bawaan : Tidak ada

IV. PSIKOLOGIS

- 1. Persepsi tentang penyakitnya : Yakin bisa sembuh
- 2. Konsep diri : Dapat menerima kondisi tubuhnya
- 3. Keadaan emosi : Stabil

V. PEMERIKSAAN FISIK

- a. Keadaan umum : Composmentis
- Nilai GCS : E 4 , M 3, V 4 jumlah = 11
- b. Tanda – tanda vital
- TD : 140 / 100 mmhg
- HD : 80x / i
- RR : 20x / i

T : 36,5^o C

BB : -

TB : -

c. Pemeriksaan kepala dan leher

1. Kepala dan rambut

- Bentuk kepala : Bulat
- Kebersihan kulit kepala : Bersih

Data Subjektive : -

2. Mata : -

Data Subjektive : -

3. Hidung

Data Subjektive : Sinus Normal

4. Telinga : Bersih

Data subjektive : -

5. Mulut / Bibir : Normal

Data subjektif : -

6. Leher / Tekanan vena jugularis : -

Data subjektif : Normal

d. Pemeriksaan kulit

Lembab

Data subjektif : -

e. Pemeriksaan thorax / Dada

1. Inspeksi

- Bentuk thorax : simetris
- Irama pernapasan : reguler
- Tanda kesulitan bernafas : -
- Luka operasi : -

2. Palpasi : Normal

3. Perkusi : -

4. Auskultasi : Vesikuler

Data subjektif : -

f. Pemeriksaan jantung

- Insfeksi : ictus cordis tidak ada
- Palpasi : ictus cordis tidak teraba
- g. Pemeriksaan abdomen
 - Pemeriksaan bising usus : ada
 - Frekuensi : 8x / i
 - Nyeri tekan : tidak ada
 - Hepar : teraba
 - Ascites : tidak ada
 - Data subjektif : -
- h. Pemeriksaan kelamin dan daerah sekitarnya
 - Edema : tidak ada
 - Data subjektif : -
- i. Pemeriksaan ekstremitas
 - Ekstremitas atas : lemah sinistra
 - Ekstremitas bawah : lemah sinistra
 - Edema ekstremitas : tidak ada
 - Luka bekas tusukan angiografi : -
 - Data subjektif : tangan kiri dan kaki kiri terasa sangat lemah terbatas dan sulit digerakkan.
- j. Pemeriksaan neurologis
 - Kesadaran : compos mentis
 - GCS : E 4 M 3 V 4
 - Kekuatan otot : 2
 - Data subjektif : kaki dan tanga sebelah kiri masih bisa digerakkan tetapi tidak dengan kekuatan penuh karena lemah

VI. POLA KEBIASAAN SEHARI – HARI

- a. Pola tidur dan kebiasaan
 - Masalah tidur : tidak ada
 - Data subjektif : klien masih bisa tidur
- b. Pola eliminasi

1. BAB

Perdarahan : tidak ada
 Frekuensi : 1 - 2 kali sehari

2. BAK

Tidak ada : tidak ada
 Nyeri BAK : -
 Frekuensi : 5 – 7 kali sehari
 Data subjektif : -

c. Pola makan dan minum

Penurunan selera makan : tidak ada

Data subjektif : klien tidak dapat mengkonsumsi garam dan lemak karna riwayat hipertensi.

d. Kebersihan diri / personal hygiene

Badan : tidak ada
 Gigi dan mulut : tidak ada
 Kuku : tidak ada
 Data subjektif : -

e. Aktivitas

Gangguan aktivitas : ada

Data subjektif : hambatan mobilitas fisik ekstremitas atas bawah sinistra

VII. HASIL PEMERIKSAAN PENUNJANG / DIAGNOSTIK

a. Diagnosa medis : paska stroke iskemik

1. Pemeriksaan darah / LAB

Kesan : -

2. Rontgen

Kesan : -

3. EKG

Kesan : -

4. Data lain – lain

3.2 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah				
1.	<p>DS : klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri lemah dan sangat sulit untuk menggerakannya</p> <p>DO : Tangan kaki klien tampak lemah</p> <p>TTV :</p> <p>TD : 140 / 100 mmhg</p> <p>HR : 80x / i</p> <p>RR 20x / i</p> <p>T : 36,5⁰ C</p> <p>Kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah</p> <table border="1" data-bbox="392 880 818 1025"> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table>	2	5	2	5	<p>Iskemia infark cerebra</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kerusakan fungsi jaringan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Gangguan fungsi jaringan (lemah)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hambatan dalam beraktifitas</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hambatan mobilitas fisik</p>	<p>Hambatan mobilitas fisik</p>
2	5						
2	5						

3.3 Diagnosa Keperawatan

1. Hambatan mobilitas fisik b/d kelemahan

3.4 Intervensi Keperawatan

No	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	rasional
1.	Setelah dilakukan asuhan keperawatan , hambatan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil: - Klien meningkat dalam aktivitas fisik	<ul style="list-style-type: none"> - observasi keluhan utama - ukur ttv klien - terangkan tentang manfaat dari terapi non farmakologis berupa latihan rentang gerak (rom) - lakukan rom - kolaborasi dalam pemberian obat 	Untuk mengetahui intervensi yang tepat <ul style="list-style-type: none"> - Agar klien mengetahui manfaat terapi non farmakologis - Untuk mempercepat peningkatan ekstremitas klien - Untu membantu proses pemulihan dan juga mengontrol kondisi klien

No	Diagnosa Keperawatan	Hari / Tanggal	Implementasi	Evaluasi
1.	Hambatan mobilitas fisik b/d Keterlibatan neuro muskular paralisis	Jum'at, 23 Oktober 2021	<ul style="list-style-type: none"> - Mengobservasi keluhan utama - Mengukur TTV klien - Menerangkan manfaat dari terapi non farmakologis berupa ROM - Mengingatkan klien untuk meminum obat 	<p>S : klien mengatakan ekstremitas masih lemah</p> <p>O : ekstremitas klien terlihat lemah</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>
		Sabtu, 24 Oktober 2021	<ul style="list-style-type: none"> - Mengukur TTV klien - Melakukan dana mengajari terapi non farmakologis pada klien 	<p>S : klien mengatakan ekstremitas lebih terasa ada peningkatan</p> <p>O : klien masih tampak lemah dan aktivitas dibantu</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>
		Minggu, 25 Oktober 2021	<ul style="list-style-type: none"> - Mengobservasi keluhan utama - Mengukur TTV - Melakukan dan mengajarkan terapi non farmakologis pada klien - Meningkatkan klien untuk meminum obat 	<p>S : klien mengatakan setelah dilakukan ROM, klien mengatakan ada peningkatan pada pergerakan</p> <p>O : klien tampak lemah dan aktivitas masih dibantu</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh klien</p>

BAB IV

PEMBAHASAN

Penulisan melakukan pembahasan pada bab ini tentang masalah- masalah yang muncul pada kasus yang ditemukan selama asuhan keperawatan dimulai tanggal 23 sampai dengan tanggal 25 Oktober 2021. Kesengajaan tersebut dilihat dengan memperlihatkan aspek – aspek tahapan keperawatan dimulai dari pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, sampai tahap evaluasi keperawatan pada Tn. F Dengan paska stroke di .

4.1 Pengkajian

Pengkajian adalah merupakan tahap yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian dilakukan pada tanggal 23 Oktober 2021 pukul 14.00 wib, pengkajian dimulai dari biodata klien, riwayat penyakit, pengkajian pola fungsional kesehatan, dan pemeriksaan fisik *head to toe*.

Tn. F Mengatakan mengalami stroke pada 23 Oktober 2021, dan dari proses perkembangan pemulihan paska stroke sudah banyak terjadi perubahan, seperti dari berbicara sekarang sudah normal. Keadaan sekarang yang terjadi yaitu adanya kelemahan dan klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kirinya ketika bergerak. Kesadaran klien compos mentis dengan nilai GCS 11, nadi : 80x/i, TD : 140/100 mmhg, T : 36,5 °C, RR : 20x/i.

Hal ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Sukimana, Sagiran,& Yuniarti (2018) yang dimana kelemahan kaki terjadi karena kegagalan aliran balik vena pada saat kaki berada di bawah dan bergantung. Proses kelemahan terjadi pada klien sehingga adanya hambatan mobilitas fisik saat

bergerak. Tidak semua pengkajian yang dilakukan sama dengan teori, karena teori dilakukan ketika klien stroke sedangkan pada kasus klien adalah pasien paska stroke yang sudah lebih dari 3 terkena stroke dan sudah banyak terjadi perkembangan dalam tahap rehabilitasi.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik yang mencakup respon klien, keluarga, dan komunikasi terhadap sesuatu yang berpotensi sebagai masalah kesehatan dalam proses keperawatan (Deswani, 2009). Menentukan prioritas masalah keperawatan adalah kegiatan untuk menentukan masalah yang menajdi skala prioritas untuk diselesaikan atau diatasi dahulu. Prioritas pertama pada kasus Tn. F Yaitu hambatan mobilitas fisik b.d keterlibatan neuro muskular karena pada saat pengkajian didapatkan data subjektif klien mengatakan tangan dan kaki kirinya lemah sehingga proses bergerak klien terganggu.

Dalam menegakkan suatu diagnosa atau maslah klien harus berdasarkan pada pendekatan asuhan keperawatan yang didukung dan ditunjang oleh beberapa data, baik data subjektif dan data objektif dari hasil pengkajian dan diagnosa diangkat sesuai dengan kondisi klien pada saat dikaji. Hal ini menyebabkan diagnosa pada teori akan berbeda pada kasus dimana pada teori yang penulis mencantumkan ada 5 (lima) diagnosa sedangkan pada kasus hanya satu, tetapi diagnosa yang ada pada kasus masih sejalan dengan teori yaitu diagnosa hambatan mobilitas fisik.

4.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah panduan untuk perilaku spesifik yang diharapkan dari klien, atau tindakan yang harus dilakukan oleh perawat. Intervensi

dilakukan untuk membantu klien mencapai hasil yang diharapkan (Dewasni, 2009). Rencana tindakan keperawatan untuk masalah hambatan mobilitas fisik b.d keterlibatan neuro muskular dengan intervensi yang ingin dilakukan adalah melakukan terapi non farmakologis berupa latihan rentang gerak (*Range Of Motion*). Intervensi yang dilakukan mengacu pada penelitian Budiono & Ristani (2019) Menyatakan bahwa pemberian terapi elevasi atau ROM bisa meningkatkan fungsi gerak ekstremitas.

4.4 implementasi Keperawatan

implementasi keperawatan adalah tindakan mandiri maupun kolaborasi yang diberikan perawat kepada klien sesuai dengan rencana yang telah dibuat dan kriteria hasil yang ingin dicapai (Abd & Imam, 2012).

Pada hari sabtu 23 Oktober sudah mulai dilakukan intervensi berupa mengobservasi keluhan utama. Memeriksa TTV, penjelasan tentang terapi non farmakologi yang akan dilakukan guna mengurangi lemah pada kaki klien, dan juga mengingatkan untuk meminum obat klien. Pada hari sabtu, 24 Oktober jam 09.30 klien mulai ROM dan pada sore hari 16.30 klien juga melakukan ROM. Pada 25 Oktober 2021 dilakukan kembali intervensi berupa ROM dan TTV pada pagi hari dan pada sore hari serta meminum obat. Intervensi yang dilakukan selama 3 hari yaitu tidak semua intervensi dilakukan setiap hari, ini bertujuan agar proses asuhan keperawatan dilakukan secara bertahap. Hasil yang didapat saat intervensi yaitu adanya perubahan walau masih sedikit, akan tetapi klien mengatakan ekstremitas sudah mulai terasa ringan ketika bergerak.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah catatan mengenai perkembangan klien yang dibandingkan dengan kriteria hasil yang ditentukan sebelumnya, dengan menggunakan SOAP (Wahid, 2012). Evaluasi dari hasil diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik b.d keterlibatan neuro muskular paralisis mengalami adanya perkembangan yakni berkurangnya lemah pada ekstremitas. Evaluasi dari hasil hari pertama implementasi yaitu mengobservasi keluhan utama, mengukur TTV klien, menerangkan manfaat dari terapi non farmakologis berupa ROM (*Range Of Motion*) untuk mengurangi lemah pada ekstremitas, TD : 140/100 mmhg dan klien mengatakan paham tentang ROM .

Evaluasi dari hari kedua, yaitu klien mengatakan kakinya terasa lebih ringan dari sebelumnya walau pada hari ini kelemahan ekstremitas belum bisa aktif sepenuhnya. Hal ini sejalan dengan penatalaksanaan kelemahan ekstremitas dengan ROM untuk meningkatkan peredaran darah pada esktremitas sehingga dapat meningkatkan pergerakan ekstremitas. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Sukmana, Sagiran & Yuniarti (2018) yaitu perubahan posisi saat kaki ditinggikan bertujuan akan meningkatkan aliran balik vena dan mengurangi tekanan pada vena dan juga meningkatkan mikrosirkulasi dan peningkatan gerak.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Dari hasil intervensi yang dilakukan pada Tn. F Memang tidak mengalami perubahan yang begitu drastis namun secara perlahan-lahan meningkatkan kekuatan pergerakan ekstremitas klien. Intervensi keperawatan berupa terapi non farmakologis ROM (*Range Of Motion*) cukup efektif terhadap peningkatan pergerakan pada ekstremitas meskipun memerlukan proses yang bertahap. Terapi ROM lebih kepada pelancaran peredaran darah dan perbaikan saraf gerak sehingga meningkatkan pergerakan pada ekstremitas klien.

Setelah klien dilakukan intervensi dihari pertama, klien mengatakan kakinya terasa lebih ringan dan mulai meningkat dibandingkan sebelumnya walau belum nampak aktif. Pada hari kedua dilakukan intervensi , sudah mulai tampak adanya perubahan yaitu peningkatan gerak ekstremitas ditandai dengan kekuatan ekstremitas mulai aktif.

5.2 Saran

1. Bagi Klien

Kepada pasien paska stroke saran saya untuk tetap bertahan dan akan selalu ada harapan serta lebih menguatkan diri sendiri untuk tekun dalm proses rehabilitasi. Untuk intervensi non farmakologis berupa ROM (*Range Of Motion*) sebagai peningkatan eksremitas atas dan bawah klien pada pasien paskastroke.

2. Bagi keluarga klien

Kepada keluarga dari klien paska stroke saran saya tetap memberikan motivasi dan juga semangat kepada klien dalam melaksanakan proses rehabilitasi, karena bagi klien dukungan keluarga adalah salah satu haal yang paling berharga untuk dijadikan alasan untuk bertaahan dalam proses rehabilitasi.

3. Bagi masyarakat

Bagi masyarakat saran saya bisa memberikan informasi bagi yang memiliki keluarga yang mengalami stroke sehingga membantu menyebarkan informasi seputar terapi sederhana untuk meningkatkan pergerakan ekstremitas.

4. Bagi Keperawatan

Saran saya untuk keperawatan adalah agar terus mengembangkan terapi-terapi yang sederhana namun sangat bermanfaat untuk kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Abd, W., & Imam, S. (2012). *Dokumentasi Proses Keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Anggraini , A., Zulkarnain, Z., Sulaiman, S., & Gunawan,R., (2018). Pengaruh ROM (Range Of Motion) terhadap Kekuatan Otot Ekstrimitas Pada Pasien Non Hemoragik. *Jurnal Riset Hesti Medan Akper Kesdam I/BB Medan*, 3(2), 64.
- Anggraini, G.D., Septiyanti, S., & Dahrizal, D. (2018). Range Of Motion (ROM) Spherical Grip dapat meningkatkan kekuatan oto ekstrimitas atas pasien stroke. *Jurnal Ilmu dan Teknologi Kesehatan*, 6(1), 38-48.
- Anita, F., Pongantung, H., Ada, P. V., & Hingkam , V. (2018). Penengaruh Range Of Motion Terhadap Rentang Gerak Sendi Ekstrimitas Atas Pada Pasien Stroke di Makassar. *JOIN (Jurnal Of Islamic Nursing)*, 3(1), 97-105.
- Aulia, D., Ayu, S. F., & Nefonafratilova, (2017). Analisis Perbandingan Biaya (Direct Cost) dan Biaya Tidak Langsung (Indirect Cost) Pada Pasien Stroke di Rumah Sakit. *Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 2.
- Bangun, H, A. (2017). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian stroke iskemik di rumah sakit umum kota padangsidempuan tahun 2017*. Medan; Universitas Sari Mutiara Indonesia.
- Deswani. (2009). *Proses Keperawatan dan Berfikir Kritis*. Jakarta : Salemba Medika
- Feigin, V. (2006). *Stroke*. Jakarta: Bhuana Ilmu Populer.
- Nusantirin. (2018). *Asuhan Keperawatan Tuan H dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Bougnvil Rumah Sakit TK. II Dr. Soedjono Magelang*. Yogyakarta: Politeknik Kesehatan.
- Smeltzer, Suzanna, C., & Bare, B. G (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner dan Suddarth (Ed 8, Vol, 1,2), Alih Bahasa Oleh Agung Waluyo., (dkk)*. Jakarta : EGC.
- Yaslina, Maidaliza, & Hayati, I. (2019). Pengaruh Pemberian Discharge Planning Terhadap Kemampuan Keluarga dalam Perawatan Pasca Stroke di Rumah Tahun 2019. *Kesehatan Perintis*, 6.

