OPTIMALISASI TEKHNIK REHABILITASI RENTANG GERAK PADA PASIEN STROKE DI RUANG PERAWATAN STROKE DI RSUD KOJA

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

GENO EVA TITIN

012341021

FAKULTAS KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN

PROGRAM STUDI PROFESI NERS

UNIVERSITAS BINAWAN

2024

OPTIMALISASI TEKHNIK REHABILITASI RENTANG GERAK PADA PASIEN STROKE DI RUANG PERAWTAN STROKE RSUD KOJA

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk

memperoleh gelar Ners Keperawatan

GENO EVA TITIN

012341021

FAKULTAS KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN

PROGRAM STUDI PROFESI NERS

UNIVERSITAS BINAWAN

2024

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Geno Eva Titin

Nim 012341021

Progran : Profesi Ners

Menyatakan bahwa karya ilmiah Ners ini merupakan hasil karya saya sendiri, dan sleuruh sumber yang dikutip maupun dirujuk telah dinyatakan dengan benar.

Jakarta, 08 Juli 2024



Geno Eva Titin

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini diajukan oleh :

Nama : Geno Eva Titin

NIM 012341021

Program Studi : SI Ners

Judul KIAN : Optimalisasi Tekhnik Rehabilitasi Rentang Gerak Pada Pasien Stroke di Ruang Neurologi RSUD Koja

Telah berhasil telah berhasil diperhatakan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ners Keperawatan pada Program Studi Profesi Ners, Fakultas Keperawatan dan Kebidanan, Universitas Binawan.

DEWAN PENGUJI

Menyetujui untuk diuji :

Pembimbing 1



Ns. Agung Setiyadi, S.Kep., MSN

Mengetahui,

Ketua Program Studi Profesi Ners



Yuli Utami, S.Kep., M.Kep

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini diajukan oleh :

Nama : Geno Eva Titin

NIM 012341021

Program Studi : SI Ners

Judul KIAN : Optimalisasi Tekhnik Rehabilitasi Rentang Gerak Pada Pasien Stroke di Ruang Neurologi RSUD Koja

Telah berhasil telah berhasil diperhatakan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ners Keperawatan pada Program Studi Profesi Ners, Fakultas Keperawatan dan Kebidanan, Universitas Binawan.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing



Ns. Agung Setiyadi, S.Kep., MSN

Penguji



Sondang Manurung, S.Kp., M.Kep

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat dan rahmat-Nya saya dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir Ners ini. Penyusunan KIAN ini dilakukan untuk memenuhi syarat mencapai gelar Ners Keperawatan pada Program Studi Profesi Ners, Fakultas Keperawatan dan Kebidanan, Universitas Binawan. Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, maka sulit rasanya untuk saya bisa menyelesaikan tugas akhir ini. Oleh sebab itu saya akan mengucapkan terimakasih kepada :

1. Prof. Henny Suzana Mediana, S.Kp., MNg., PhD, selaku Plt Rektor Universitas Binawan.
2. Ibu Dr. Aliana Dewi, S.Kp., MN, selaku Dekan Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Binawan.
3. Ibu Yuli Utami, S.Kp., MN, selaku Ketua Program Studi Profesi Ners.
4. Ns. Agung Setiyadi, S.Kep., MSN, selaku dosen pembimbing yang telah bersedia mendukung, serta menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk membimbing saya dalam penyusunan Karya Ilmia Akhir Ners ini.
5. Ibu Sondang Manurung, S.Kp., M.Kep, selaku penguji yang telah memberikan masukan dan saran dalam perbaikan dan penyelesaian Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
6. RSUD Koja, tempat bekerja saya tempat saya mengambil data dalam pelaksanaan KIAN
7. Pembimbing praktis di RSUD Koja yang telah bersedia membantu dalam proses penulisan KIAN ini.
8. Seluruh dosen mata ajar Program Studi Profesi Nesr Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas binawan yang tidak bias penulis sebutkan satu persatu.
9. Suami tercinta, Orang tua, dan keluarga yang telah banyak memberi dukungan, doa dan semangat serta motivasi dalam penyusunan KIAN.
10. Rekan-rekan mahasiswa Profesi Ners dan teman-teman keperawatan yang selalu menjadi tempat diskusi dalam penyelesain KIAN.

Penulis berharap Tuhan YME dapat membalas segala kebaikan seluruh pihak yang telah membantu. Semoga Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat memebrikan manfaat bagi pengembangan ilmu Keperawatan pada Khususnya.

Jakarta, 08 Juli 2024

Geno Eva Titin

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Geno Eva Titin

Nim 012341021

Program : Porfesi Ners

Fakultas : Keperawatan dan Kebidanan

Hasil Karya : Skripsi/Karya Ilmiah

Menyetujui untuk memberikan kepeda Universitas Binawan hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty Free Right) atas arya Ilmiah Akhir Ners saya yang berjudul :

> Optimalisasi Tekhnik Rehabilitasi Rentang Gerak Pada Pasien Stroke di Ruang Stroke RSUD Koja Jakarta

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti non ekslusif ini, Universitas Binawan berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Jakarta, 08 Juli 2024



Geno Eva Titin

ABSTRAK

Penyakit stroke adalah sebuah penyakit serebrovaskuler yang terjadi akibat berhentinya aliran darah yang menyuplai arteri di otak. Di Indonesia prevalensi penyakit stroke menduduki peringkat ketiga setelah jantung dan kanker. Penyakit stroke juga menjadi penyebab kematian utama hampir seluruh Rumah Sakit di Indonesia dengan angka kematian sekitar 15,4%. Salah satu komplikasi yang dirasakan pada penderita stroke adalah hemiparesis. Salah satu tindakan keperawatan yang dilakukan adalah rehabilitasi rentang gerak. Penatalaksanaan Latihan rentang gerak pada pasien stroke sangatlah penting mengingat dampak dari stroke dapat menyebabkan kematian dan juga kecacatan. Fenomena kejadian yang terjadi di RSUD Koja Jakarta adalah pasien dengan penyakit stroke yang tidak mengetahoui cara penanganan stroke dengan melakukan latihan rentang gerak ROM, sehingga pasien tersebut tidak optimal dalam proses penyembuhan.

Kata Kunci : Stroke, Mobilitas Fisik, rentang gerak

ABSTRACT

Stroke is a cerebrovascular disease that occurs due to the cessation of blood flow that supplies the arteries in the brain. In Indonesia, the prevalence of stroke is ranked third after heart disease and cancer. Stroke is also the main cause of death in almost all hospitals in Indonesia with a mortality rate of around 15.4%. One of the complications experienced by stroke sufferers is hemiparesis. One of the nursing actions carried out is range of motion rehabilitation. Management: Range of motion exercises for stroke patients are very important considering that the impact of stroke can cause death and disability. The phenomenon that occurred at Koja Regional Hospital, Jakarta, was that patients with strokes did not know how to treat strokes by doing ROM range of motion exercises, so that these patients were not optimal in the healing process.

Keywords : Stroke, Physical Mobility, range of motion

DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN.....iii
HALAMAN PENGESAHAN.....iv
KATA PENGANTAR..... v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS.....vii
ABSTRAK.....viii
ABSTRACT.....ix
DAFTAR ISI ..... **Error! Bookmark not defined.**
BAB I PENDAHULUAN 1
1.1 Latar Belakang 1
1.2 Rumusan Masalah 6
1.3 Tujuan Studi Kasus..... 6
1.3.1 Tujuan Umum..... 6
1.3.2 Tujuan Khusus..... 7
1.4 Manfaat Penulisan 7
1.4.1 Bagi Pasien..... 7
1.4.2 Bagi Rumah Sakit..... 7
1.4.3 Perawat..... 7
1.4.4 Instansi Pendidikan..... 7
BAB II TINJAUAN TEORI 9
2.1 Konsep Dasar Stroke..... 9
2.1.1 Definisi..... 9
2.1.2 Etiologi..... 9
2.1.3 Patofisiologi..... 10
2.1.4 Penatalaksanaan..... 11
2.1.5 Komplikasi 13
2.2 Konsep Dasar Rentang Gerak 13
2.2.1 Rentang Gerak..... 13
2.2.2 Gerakan Rentang gerak..... 16
2.2.3 Peran Keluarga Dalam Penerapan rentang Gerak..... 18

2.3 Asuhan Keperawatan 19
2.3.1 Pengkajian 19
2.3.2 Riwayat kesehatan terdahulu 23
2.3.3 Riwayat Penyakit Keluarga 23
2.3.4 Pola Aktivitas sehari-hari 23
2.3.5 Pemeriksaan Fisik 24
2.4 Diagnosa Keperawatan 30
2.4.1 Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema cerebral (D.0066) 30
2.4.2 Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan hipertensi (D.0017) 30
2.4.3 Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas (D.0001). 30
2.4.4 Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya (D.0005) 30
2.4.5 Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (D. 0054) 30
2.5 Intervensi Keperawatan 31
2.6 Perencanaan Pulang (Discharge Planning) 35
2.6.1 Bantu pasien untuk berpindah tempat 35
2.6.2 Ajak Pasien untuk bergerak 35
2.6.3 Bantu pasien unutk makan 35
2.6.4 Ajak Bicara 35
2.6.5 Latih kesehatan otaknya 36
2.6.6 Ciptakan Lingkungan yang nyaman 36
BAB III TINJAUAN KASUS 37
3.1 Pengkajian 37
3.1.1 Identitas Pasien 37
3.1.2 Anamnesis 37
3.1.3 Pemeriksaan Fisik 39
3.1.4 Pemeriksaan Penunjang 40
3.2 Pengkajian menggunakan Pola Gordon 41
3.2.1 Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan 41

3.2.2 Pola Nutrisi 41
3.2.3 Pola Eliminasi 41
3.2.4 Aktivitas dan Latihan 42
3.2.5 Tidur dan istirahat 42
3.2.6 Sensori, persepsi dan Kognitif 42
3.2.7 Konsep diri 43
3.2.8 Seksual dan reproduksi 43
3.2.9 Pola peran hubungan 43
3.2.10 Manajemen Koping stress 44
3.2.11 Sistem nilai dan keeprcayaan 44
3.3 Analisa Data 44
3.4 Diagnosa Keperawatan 46
3.5 Rencana Asuhan Keperawatan 47
3.6 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan 52
Hambatan Mobilitas Fisik Berhubungan dnegan penurunan kekuatan otot (D0054) 55
BAB IV ANALISIS SITUASI 79
4.1 Analisis Kasus Terkait Data Prevalensi Terkini Yang Dikaitkan Dengan Penyebab Penyakit Stroke 79
4.2 Analisis Intervensi dan Implementasi Keperawatan Dengan Penggunaan Penelitian Terkait 82
4.3 Refleksi Proses Pembelajaran Terkait Optimmisasi Rentang Gerak Pada Pasien Stroke 84
BAB V PENUTUP 86
5.1 Kesimpulan 86
5.2 Saran 87
DAFTAR PUSTAKA 89

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Seiring dengan lajunya perkembangan peradaban dunia, maka banyak terjadi perubahan pola hidup dalam masyarakat. Masyarakat cenderung tidak disiplin dalam menerapkan pola makan gizi seimbang, gaya hidup yang tidak sehat sehingga akan memberikan dampak pada pergeseran pola penyakit, yaitu dari pola penyakit infeksius ke pola penyakit degenerative. Salah satu penyakit degenerative yang tampak yaitu stroke.

Penyakit stroke adalah sebuah penyakit serebrovaskuler yang terjadi akibat berhentinya aliran darah yang menyuplai arteri di otak, stroke juga penyakit serebrovaskuler yang dapat mengakibatkan beberapa kelainan otak baik secara fungsional ataupun struktural, hal ini disebabkan oleh beberapa kondisi patologis dari seluruh pembuluh darah otak yang disebabkan karena adanya robekan pada pembuluh darah atau oklusi parsial dan total yang sifatnya sementara atau permanen (Yasmara, Nursiswati & Arafat, 2017. Hal : 107).

Penyakit tidak menular merupakan beban global penyakit kardiovaskular, diabetes, kanker dan stroke (WHO 2010 dalam Aritonang, Y. A., Widani, N. L., & Adyatmaka, I, 2018). Stroke merupakan masalah kesehatan global dan cukup serius sehingga memerlukan perhatian medis. Penyakit ini juga banyak menyita perhatian masyarakat di banyak negara baik di negara maju ataupun di negara berkembang, karena perubahan perilaku hidup tradisional ke perilaku hidup modern yang cenderung memiliki pola hidup tidak sehat sehingga mengakibatkan peningkatan angka kejadian penyakit yang berkaitan dengan gaya hidup, yaitu resiko terkena penyakit stroke (Kemenkes RI., 2022).

Menurut World Health Organization (WHO) stroke adalah suatu keadaan dimana ditemukan tanda klinis yang berkembang cepat berupa defisit neurologic fokal dan global yang dapat memberat serta berlangsung lama selama 24 jam atau lebih atau dapat menyebabkan kematian, tanpa adanya

penyebab lain yang jelas selain vaskuler (Kemenkes RI, 2018). Menurut WHO pada tahun (2019) prevalensi data stroke sekitar 12,2 juta orang menderita stroke, dimana lebih dari setengah penduduk meninggal dunia akibat stroke (World Stroke Organization, 2022). Dari data South East Asian Medical Information Centre (SEAMIC) (2018) menyatakan bahwa angka persentase kematian stroke terbesar di Indonesia sebanyak 15,4% atau sekitar 750.000 orang per tahun, kemudian diikuti oleh negara Filipina, Singapura, Brunei, Malaysia, dan Thailand. Stroke di negara ASEAN juga menjadi masalah kesehatan yang utama sehingga dapat menyebabkan kematian.

Di Indonesia prevalensi penyakit stroke menduduki peringkat ketiga setelah jantung dan kanker. Penderita stroke manifestasi klinis yang dialami adalah adalah kehilangan fungsi motorik (hemiplegia dan hemiparesis), berkurangnya proses komunikasi (berbicara pelo dan wajah mencong), penurunan kesadaran dan dapat menyebabkan kematian (Rauf et al, 2021. Hal : 150 – 151). Pada penderita stroke 70%-80% pasien yang mengalami hemiparase dengan 20% bisa terjadi peningkatan sistem gerak serta kurang lebih 50% ada tanda-tanda gangguan sistem gerak/kekuatan otot yang terbatas (Sinaga, 2019 dalam Rahmawati, A.A., 2022). Di daerah DKI Jakarta prevalensi penyakit stroke menurut Riskesdas (2018) berdasarakan diagnosis pada penduduk umur kurang lebih 15 tahun sebesar 11%. Persentase laki-laki sebesar 11% sedangkan perempuan sebesar 10.9%. Sedangkan, di Jakarta timur prevalensi stroke berdasarkan jenis stroke nya, stroke non hemoragik sebesar 58,5% dan stroke hemoragik sebesar 54.9% (Hairani, 2022).

Penyakit stroke juga menjadi penyebab kematian utama hampir seluruh Rumah Sakit di Indonesia dengan angka kematian sekitar 15,4%. Tahun 2007 prevalensinya berkisar pada angka 8,3% sementara pada tahun 2013 meningkat menjadi 12,1%. Jadi, sebanyak 57,9% penyakit stroke telah terdiagnosis oleh tenaga kesehatan (nakes). Prevalensi penyakit stroke meningkat seiring bertambahnya umur, terlihat dari kasus stroke tertinggi yang terdiagnosis tenaga kesehatan adalah usia 75 tahun keatas (43,1%) dan terendah pada kelompok usia 15-24 tahun yaitu sebesar 0,2% (Riskesdas, 2013). Menurut penelitian Badan Pusat Statistik (BPS) pada tahun 2013,

prevalensi penyakit stroke pada kelompok yang didiagnosis oleh nakes meningkat seiring dengan bertambahnya umur. Prevalensi penyakit stroke pada umur ≥15 tahun 2013 di Sumatera Barat naik dari 7,4% menjadi 12,2% diamana juga terjadi peningkatan pada usia 15-24 tahun (0,2 % menjadi 2,6%) usia 25-34 tahun (0,6% menjadi 3,9%) usia tahu 35-44 tahun (2,5% menjadi 6,4%) (Hasil Riskesdas, 2013).

Penelitian Ghani dkk (2016) menyebutkan bahwa faktor risiko dominan penderita stroke di Indonesia adalah umur yang semakin meningkat, penyakit jantung koroner, diabetes melitus, hipertensi, dan gagal jantung. Namun demikian stroke juga sudah muncul pada kelompok usia muda (15-24 tahun) sebesar 0,3% di Indonesia dan demikian juga di negara lain. Dalam penelitian Miah (2012) disimpulkan bahwa pada kelompok usia muda ditemukan faktor risiko yang signifikan untuk pengembangan stroke yaitu, merokok, serangan stroke, hipertensi, penyakit jantung, dan menggunakan pil kontrasepsi oral sedangkan pada kelompok usia tua faktor risiko yang signifikan untuk pengembangan stroke yaitu merokok, serangan stroke, hipertensi, penyakit jantung, diabetes mellitus, dan dislipidemia.

Rumah Sakit Umum Daerah Koja merupakan salah satu Rumah Sakit rujukan penyakit stroke di Jakarta. Berdasarkan dari data yang di peroleh selama 3 bulan terakhir yaitu pada bulan April 2024 sampai dengan bulan Juni 2024 di peroleh data pasien yang menjalani perawatan stroke di ruang perawatan stroke adalah 420 pasien.

Komplikasi yang dirasakan pada penderita stroke adalah hemiplegia, hemiparesis, aphasia, kelumpuhan, disastraria, penurunan kesadaran dan biasanya pada penderita stroke pasti akan mengalami banyak komplikasi tetapi tergantung dari bagian tubuh mana yang terkena stroke, rata – rata terkena serangan, ukuran lesi dan apakah adanya peningkatan terkena sirkulasi kolateral pada stroke (Padila, 2012 dalam Rahmadani & Rustandi, 2019). Tanda dan gejala yang biasa dialami oleh para penderita stroke adalah hilangnya fungsi motorik dan sensorik sehingga dapat mengakibatkan hemiparesis, hemiplegia, aphasia, dan ataksia. Karena keterbatasan gerak mengakibatkan otot – otot mengalami atrofi otot, sehingga pada penderita

stroke mengalami keterbatasan gerak (Ariani, 2012 dalam Kusuma & Sara, 2020).

Penatalaksanaan keperawatan untuk penderita stroke yaitu dengan memantau tanda dan gejala peningkatan tekanan intrakranial (TIK), melakukan head up 15 sampai 30 derajat, memberikan terapi wicara (Rosjidi & Nurhidayat 2014, Hal : 121). Sementara itu, penderita stroke diperlukan juga latihan rentang gerak seperti latihan Range of Motion (ROM).

Penatalaksanaan Latihan rentang gerak pada pasien stroke sangatlah penting mengingat dampak dari stroke dapat menyebabkan kematian dan juga kecacatan, karena pasien stroke kurang melakukan latihan gerak tubuh maka diperlukan peran perawat untuk membantu pasien dalam melakukan latihan rentang gerak. Latihan yang dilakukan dapat berupa gerakan aktif maupun pasif gunanya untuk mengurangi kekakuan, berguna juga untuk memperlentur persendian sehingga membuat sendi dapat bergerak optimal.

ROM adalah sebuah latihan rentang gerak yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan untuk meningkatkan rentang gerak terutama pada penderita stroke (Pranata, Koernawan & Daeli, 2019). Latihan ROM ini berguna untuk memperbaiki pernafasan, membuat sirkulasi peredaran darah membaik, dan mencegah komplikasi serta meningkatkan perawatan diri (Leniwita, Prabawati & Susilo, 2019).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Leniwita, Prabawati & Susilo (2019) yang telah dilakukan terhadap 90 responden pasien stroke yang dibagi dalam 2 kelompok yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol di Ruang Rawat Inap RSU UKI Jakarta. Untuk kelompok intervensi berusia minimal adalah 43 tahun dan maksimal 73 tahun. Sedangkan pada kelompok kontrol usia minimal 55 tahun dan maksimal 76 tahun. Responden diberikan latihan rentang gerak ROM sebanyak 3x sehari, dalam 7 hari. Setelah dilakukan latihan ROM didapatkan perbedaan aktivitas fungsional sebelum dan sesudah intervensi ROM dengan nilai P-Value = 0,001 (Leniwita, Prabawati & Susilo, 2019).

Selain itu, terdapat penelitian lain yang dilakukan oleh Rahmadani &

Rustandi (2019) dilakukan terhadap 20 responden dengan diagnosa pasien stroke non hemoragik, hemiparese, dan pasien dengan skala nyeri 0. Responden dibagi menjadi 2 kelompok yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang dilaksanakan di Ruang ICU RSUD Curup pada bulan Juni – Juli pada tahun 2019. Responden diberikan latihan ROM sebanyak 2x dalam 5 hari. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan ini pada kelompok intervensi dari 10 orang responden terdapat 7 (70%) responden tidak mengalami peningkatan kekuatan otot hanya sebagian kecil 3 (30%). Sedangkan, pada kelompok kontrol sebagian kecil 1 (10%) yang mengalami peningkatan kekuatan otot dan sebagian besar 9 (90%) tidak mengalami peningkatankekuatan otot. Hasil penelitian ini menunjukkan nilai rata – rata meningkat pada kelompok intervensi dan tidak ada peningkatan pada kelompok kontrol dengan nilai P-Value = 0,0008 (kelompok intervensi), P-Value = 0,5 (kelompok kontrol) (Rahmadani,E., & Rustandi,H. 2019).

Penurunan kemampuan dalam menggerakkan otot pada anggota tubuh seseorang pasien yang mengalami stroke dikarenakan mengalami kelemahan pada satu sisi anggota tubuh. Menurut (Chaidir & Zuardi, 2014), pemberian dua kali latihan ROM setiap hari pada pasien stroke iskemik lebih meningkatkan kemampuan otot daripada satu kali sehari. Oleh karena itu, perlu dilakukan terapi otot untuk menjaga atau mempertahankan kekuatan otot, mobilitas sendi dan aliran darah (Susanti et al., 2019).

kemandirian pasien dalam aktivitas sehari-hari meningkat, ketergantungan pasien terhadap keluarga berkurang, sehingga self esteem dan mekanisme koping pasien juga meningkat. Berbagai metode telah dikembangkan untuk pengobatan pasien stroke, mis. B. elektroterapi, hidroterapi, terapi olahraga, terapi olahraga. Untuk meningkatkan proses pemulihan, telah dikembangkan metode rehabilitasi dan pilihan intervensi harus disesuaikan dengan kondisi pasien (Angriani et al, 2020).

Latihan ROM juga sangat efektif dalam meningkatkan kekuatan otot, latihan ini dapat dilakukan 3-4 kali sehari oleh pengasuh atau keluarga pasien tanpa perlu memesan tempat khusus untuk pasien atau mengeluarkan biaya tambahan. (Angriani et al., 2020).

Menurut Angrian et al (2020), pencegahan kecacatan permanen pada pasien stroke memerlukan latihan mobilisasi dini berupa latihan ROM, yang dapat meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot. Untuk menyimpulkan pentingnya terapi ROM bagi pasien stroke, penulis tertarik untuk mengkaji literatur tentang seberapa efektif ROM aktif dalam meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke.

Seorang perawat diharapkan memiliki peran sebagai manajer perawatan, pendidik, advokat, pemimpin, dan peneliti. Menjadi seorang perawat juga harus mengemban banyak peran tersebut agar dapat meningkatkan taraf kesehatan, memelihara kesehatan, mencegah dari terkena penyakit, mampu meningkatkan koping terhadap disabilitas atau kematian pasien di setiap individu yang membutuhkan pelayanan kesehatan pada setiap tatanan (Brunner & Suddarth 2015. Hal : 15).

Fenomena kejadian yang terjadi di RSUD Koja Jakarta adalah pasien dengan penyakit stroke yang tidak mengetahui cara penanganan stroke dengan melakukan latihan rentang gerak ROM, sehingga pasien tersebut tidak optimal dalam proses penyembuhan. Berdasarkan pernyataan diatas, maka penulis tertarik untuk mengangkat masalah kesehatan stroke dan rehabilitasi rentang gerak dengan judul "Optimalisasi Tekhnik Rehabilitasi Rentang Gerak Pada Pasien Stroke di Ruang Stroke RSUD Koja"

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis merumuskan masalah penerapan latihan rentang gerak untuk meningkatkan kemampuan aktivitas fisik pada pasien stroke di Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta.

1.3 Tujuan Studi Kasus

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk melakukan penerapan tindakan mandiri perawat pada pasien stroke non hemoragik dengan mengajarkan latihan rentang gerak untuk meningkatkan kemampuan aktivitas fisik pada pasien stroke.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Mampu melakukan pengkajian pada paisen stroke dengan penerapan latihan aktivitas fisik rentang gerak.

1.3.2.2 Mampu menyusun rencana keperawatan pada pasien stroke dengan Penerapan latihan aktivitas fisik rentang gerak.

1.3.2.3 Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien stroke dengan Penerapan latihan aktivitas fisik rentang gerak.

1.3.2.4 Mampu melakukan evaluasi pada pasien stroke dengan Penerapan latihan aktivitas fisik rentang gerak.

1.3.2.5 Mampu menganalisa pada pasien stroke dengan Penerapan latihan aktivitas fisik rentang gerak

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Bagi Pasien

Untuk mengetahui kemampuan pasien dalam menerapkan penerapan latihan rentang gerak dalam kemandirian keluargga memberi semangat untuk kesembuhan pasien.

1.4.2 Bagi Rumah Sakit

Agar pihak rumah sakit tetap melaksanakan tindakan keperawatan mandiri yaitu dengan melakukan penerapan latihan rentang gerak agar pasien dengan penderita stroke non hemoragik dapat melakukannya dengan mandiri pada saat menjalani perawatan di rumah.

1.4.3 Perawat

Diharapkan perawat mampu melakukan latihan rentang gerak agar dapat membantu pasien pulih dalam sakitnya.

1.4.4 Instansi Pendidikan

Sebagai fasilitas bagi mahasiswa yang lain agar mengetahui dan mau mempelajari tentang penerapan latihan rentang gerak serta sebagai tumpuan bagi seluruh pihak yang ikut berpartisipasi dibawah Institusi

untuk ikut menciptakan dan juga menerapkan tindakan mandiri perawat.

BAB II
TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Stroke

2.1.1 Definisi

Stroke hemoragik adalah peristiwa pecahnya pembuluh darah sehingga menyebabkan aliran darah menjadi tidak normal. Pada stroke iskemik, aliran darah ke otak terhenti karena gumpalan darah menyumbat pembuluh darah.(Tamburian et al., 2020).

Stroke adalah gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda klinis fokal atau global yang berlangsung lebih dari 24 jam tanpa tanda-tanda penyebab non vaskuler, termasuk didalamnya tanda-tanda perdarahan subarakhnoid, perdarahan intraserebral, iskemik atau infark serebri (Mutiarasari, 2019).

Stroke hemoragik adalah suatu kondisi yang ditandai dengan pecahnya satu atau lebih pembuluh darah di otak. Darah mengalir di sekitar jaringan otak melalui pembuluh darah yang rusak, mengumpulkan dan menekan jaringan otak di sekitarnya. Bekuan darah juga dapat terbentuk dan memutus aliran darah ke jaringan otak lainnya (Soegimin Ardi , Soewarno dan Annisa, 2017).

2.1.2 Etiologi

Stroke hemoragik terjadi pada otak yang mengalami kebocoran atau pecahnya pembuluh darah yang ada di dalam otak, sehingga darah menggenangi atau menutupi ruang-ruang jaringan sel di dalam otak. Stroke hemoragik umumnya didahului oleh penyakit hipertensi. Hipertensi merupakan faktor resiko paling penting pada kejadian stroke hemoragik baik bagi laki-laki ataupun perempuan.

Tekanan darah iskemik yang meningkat cukup tinggi selama berbulanbulan atau bertahun-tahun akan mengakibatkan hialinisasi pada lapisan otot pembuluh darah serebral mengakibatkan diameter lumen pada pembuluh darah akan menjadi tetap. Apabila hal ini

terjadi akan berbahaya, karena pembuluh serebral tidak dapat berdilatasi dengan leluasa guna mengatasi fluktuasi dari tekanan darah iskemik yang terjadi. Jika terjadi penurunan tekanan darah sistemik maka tekanan perfusi ke jaringan otak menjadi tidak adekuat, hingga dapat mengakibatkan iskemik serebral. Sebaliknya, apabila terjadi kenaikan tekanan darah iskemik akan mengakibatkan tekanan perfusi pada dinding kapiler menjadi tinggi yang dapat menyebabkan terjadinya hiperemia, edema, dan kemungkinan ada perdarahan pada otak (Setiawan, 2020). Penyebab perdarahan otak yang paling lazim terjadi :

2.1.2.1 Aneurisma berry, biasanya defek kongenital

2.1.2.2 Aneurisma fusiformis, bersumber dari adanya aterosklerosis.

2.1.2.3 Aneurisma myokotis, bersumber dari vaskulitis dan emboli septis.

2.1.2.4 Malformasi arteriovenous, terhubungnya arteri dengan vena tanpa adanya perantara kapiler.

2.1.2.5 Ruptur arteriol serebral, yang disebabkan karena hipertensi.

2.1.3 Patofisiologi

Patofisiologi stroke iskemik : Oklusi iskemik menyumbang sekitar 85% dari korban stroke, dengan sisanya karena pendarahan otak. Oklusi iskemik menyebabkan kondisi trombotik dan emboli di otak. Trombosis adalah ketika penyempitan arteri yang disebabkan oleh arteriosklerosis mengganggu aliran darah. Akumulasi plak kemudian mempersempit ruang pembuluh darah dan membentuk gumpalan, menyebabkan stroke trombotik. Pada stroke emboli, aliran darah ke otak berkurang, menyebabkan stres berat dan kematian sel prematur (nekrosis), yang menurunkan aliran darah ke area otak dan menyebabkan stroke emboli. (Widyaningsih & Herawati, 2022).

Stroke hemoragik memiliki bentuk yang heterogen. Pecahnya pembuluh otak memulai patologi. Namun, ada kontras yang mencolok antara lokus yang mungkin robek, sebagian besar stroke hemoragik diklasifikasikan sebagai perdarahan intrakranial (ICH) dan melibatkan perdarahan ke dalam parenkim otak. Pecahnya biasanya terjadi pada ujung pembuluh darah yang berangsurangsur melemah akibat tekanan darah tinggi.

Selain itu, pecahnya yang pertama memicu pecahnya pembuluh darah lain melalui mekanisme adhesi. Pada akhirnya, ruptur ini menyebabkan ruptur lain dengan mekanisme yang sama, dan dengan demikian ruptur tersebut berulang saat hematoma tumbuh. Lokasi kaskade pada ICH biasanya adalah arteri kecil yang menembus parenkim otak.

Pada perdarahan subaraknoid dengan aneurisma prekursor, beberapa penyakit, termasuk kerusakan sel endotelial dan kerusakan septum arteri, mungkin berinteraksi dengan respon inflamasi untuk memicu ruptur. Aneurisma timbul terutama dari sirkulasi anterior cabang arteri lingkaran Willis, terutama arteri komunikans anterior (Change et al., 2021).

2.1.4 Penatalaksanaan

Tujuan terapi adalah memulihkan perfusi ke jaringan otak yang mengalami infark dan mencegah serangan stroke berulang. Terapi dapat menggunakan Intravenous recombinant tissue plasminogen activator (rtPA) yang merupakan bukti efektivitas dari trombolisis, obat antiplatelet dan antikoagulan untuk mencegah referfusi pada pasien stroke iskemik (Mutiarasari, 2019).

2.1.4.1 Intravenous recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA)

Obat ini juga disebut dengan rrt PA, t-PA, PA, alteplase (nama generic) atau aktivase atau aktilise (nnama dagang). Pedoman terbaru bahwa rt-PA harus

diberikan jika pasien memenuhi kriteria untuk perawatan. Pemberian rt-PA intravena antara 3 dan 4,5 jam setelah onset serangan stroke telah terbukti efektif pada uji coba klinis secara acak dan dimasukkan ke dalam pedoman rekomendasi oleh Amerika Stroke Association (rekomendasi kelas I, bukti ilmiah level A). Penentuan penyebab stroke sebaiknya ditunda hingga setelah memulai terapi rt-PA. Dasar pemberian terapi rt-Pa menyatakan pentingnya pemastian diagnosis sehingga pasien tersebut benar-benar memerlukan terapi rt-PA, dengan prosedur CT scan kepala dalam 24 jam pertama sejak masuk ke rumah sakit dan membantu mengeksklusikan stroke hemoragik.

2.1.4.2 Terapi antiplatelet

Pengobatan pasien stroe iskemik dengan penggunaan antiplatelet 48 jam sejak onset serangan dapat menurunkan risiko kematian dan memperbaiki luaran pasien stroke dengan cara mengurangi volume kerusakan otak yang diakibatkan iskemik dan mengurangi terjadinya stroke iskemik ulangan sebesar 25%. Antiplatelet yang biasa digunakan diantaranya aspirin, clopidogrel. Kombinasi aspirin dan clopidogrel dianggap untuk pemberian awal dalam waktu 24 jam dan kelanjutan selama 21 hari. Pemberian aspirin dengan dosis 81-325 mg dilakukan pada sebagian besar pasien. Bila pasien mengalami intoleransi terhadap aspirin dapat diganti dengan menggunakan clopidogrel dengan dosis 75 mg per hari atau dipiridamol 200 mg dua kali sehari.

2.1.4.3 Terapi Antikoagulan

Terapi antikoagulan sering menjadi pertimbangan dalam terapi akut stroke iskemik, tetapi uji klinis secara acak menunjukkan bahwa antikoagulan tidak harus secara rutin diberikan untuk stroke iskemik akut. Penggunaan antikoagulan harus sangat berhati-hati. Antikoagulan

sebagian besar digunakan untuk pencegahan sekunder jangka panjang pada pasien dengan fibrilasi atrium dan stroke kardioemboli. Terapi antikoagulan untuk stroke kardioemboli dengan pemberian heparin yang disesuaikan dengan berat badan dan warfarin (Coumadin) mulai dengan 5-10 mg per hari. Terapi antikoagulan untuk stroke iskemik akut tidak pernah terbukti efektif. Bahkan di antara pasien dengan fibrilasi atrium, tingkat kekambuhan stroke hanya 5-8% pada 14 hari pertama, yang tidak berkurang dengan pemberian awal antikoagulan akut.

2.1.5 Komplikasi

Stroke merupakan penyakit yang mempunyai risiko tinggi terjadinya komplikasi medis, adanya kerusakan jaringan saraf pusat yang terjadi secara dini pada stroke, sering diperlihatkan adanya gangguan kognitif, fungsional, dan defisit sensorik. Pada umumnya pasien pasca stroke memiliki komorbiditas yang dapat meningkatkan risiko komplikasi medis sistemik selama pemulihan stroke. Komplikasi medis sering terjadi dalam beberapa minggu pertama serangan stroke. Pencegahan, pengenalan dini, dan pengobatan terhadap komplikasi pasca stroke merupakan aspek penting. Beberapa komplikasi stroke dapat terjadi akibat langsung stroke itu sendiri, imobilisasi atau perawatan stroke. Hal ini memiliki pengaruh besar pada luaran pasien stroke sehingga dapat menghambat proses pemulihan neurologis dan meningkatkan lama hari rawat inap di rumah sakit. Komplikasi jantung, pneumonia, tromboemboli vena, demam, nyeri pasca stroke, disfagia, inkontinensia, dan depresi adalah komplikasi sangat umum pada pasien stroke (Mutiarasari, 2019).

2.2 Konsep Dasar Rentang Gerak

2.2.1 Rentang Gerak

Mobilisasi merupakan faktor yang menonjol dalam penyembuhan atau pemulihan luka pasca bedah serta optimalnya fungsi pernafasan. Mobilisasi akan mencegah kekakuan otot dan sendi hingga

juga mengurangi nyeri, menjamin kelancaran peredaran darah, memperbaiki pengaturan metabolisme tubuh, mengembalikan kerja fisiologis organ-organ vital yang pada akhirnya justru akan mempercepat penyembuhan luka (Rustianawati, Karyati, & Hikmawan, 2013).

Rentang gerak pasif merupakan latihan gerakan sendi yang memungkinkan terjadinya kontraksi dan pergerakan otot, dimana klien menggerakan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal dan dibantu oleh perawat (Subianto, 2012). Latihan ini diharapkan bisa menstabilkan neurologis hemodinamik yang dapat mempengaruhi neuroplastik sehingga memungkinkan perbaikan fungsi sensorimotorik untuk melakukan pemetaan ulang di areaotak yang mengalami kerusakan (Subianto,2012)

Rentang gerak (Range of Motion) adalah latihan rentang gerak sendi untuk meningkatkan aliran darah perifer dan mencegah kekakuan otot/sendi. Tujuannya adalah untuk memperbaiki dan mencegah kekuatan otot/sendi, memelihara/meningkatkan fleksibilitas sendi, memelihara/meningkatkan pertumbuhan tulang dan mencegah kontraktur. Latihan gerak sendi dapat segera dilakukan untuk meningkatkan kekuatan otot dan ketahanan otot (endurance) sehingga memperlancar aliran darah serta suplai oksigen untuk jaringan sehingga akan mempercepat proses penyembuhan (Eldawati, 2011).

Rentang gerak pasif yaitu energy yang dikeluarkan untuk latihan berasal dari orang lain (perawat) aau alat meakanik. Perawat melakukan gerakan persendian klien sesuai dengan rentang gerak yang normal (klien pasif) kekuatan otot 50%. Indikasi latihan pasif adalah pasien semikoma dan tidak sadar pasien dengan keterbatasan mobilisasi tidak mampu melakukan beberapa atau semua latihan rentang gerak dengan mandiri, pasien tirah baring total atau pasien dengan paralisis ekstremitas total (Suratun, 2008).

Latihan rentang gerak pasif adalah latihan rentang gerak yang di lakukan pasien dengan bantuan perawat setiap-setiap gerakan. Indikasi latihan pasif adalah pasien semikoma dan tidak sadar, pasien dengan keterbatasan mobilisasi tidak mampu melakukan beberapa atau semua latihan rentang gerak dengan mandiri, pasien tirah baring total.

Ada beberapa faktor dalam berbagai sistem tubuh yang berpengaruh terhadap latihan gerak apabila dilakukan secara teratur, antara lain pada sistem kardiovaskuler, sistem pernafasan, sistem metabolik, pada musculoskeletal dan berpengaruh pada faktor psikososial.

2.2.1.1 Sistem Kardiovaskuler

Meningkatkan curah jantung, memperlancar sirkulasi darah, meningkatkan kontraksi miokardial, menguatkan otot jantung, menurunkan tekanan darah saat istirahat, memperbaiki aliran balik vena.

2.2.1.2 Sistem Respirasi

Meningkatkan frekuensi dan kedalaman pernafasan, meningkatkan ventilasi alveolar, menurunkan kerja pernapasan., meningkatkan laju metabolisme basal.

2.2.1.3 Sistem Metabolik

Meningkatkan penggunaan glukosa dan asam lemak, meningkatkan pemecahan trigliserida, meningkatkan produksi panas tubuh.

2.2.1.4 Sistem Muskuloskeletal

Memperbaiki tonus otot, emingkatkan mobilisasi sendi, memperbaiki toleransi otot dan latihan, meningkatkan masa otot

Mobilisasi merupakan faktor yang menonjol dalam penyembuhan atau pemulihan luka pasca bedah serta optimalnya fungsi pernafasan. Mobilisasi akan mencegah kekakuan otot dan sendi hingga juga mengurangi nyeri, menjamin kelancaran

peredaran darah, memperbaiki pengaturan metabolisme tubuh, mengembalikan kerja fisiologis organ-organ vital yang pada akhirnya justru akan mempercepat penyembuhan luka (Rustinawati, Karyati, & Hilmawan, 2013).

2.2.2 Gerakan Rentang gerak

Berdasarkan bagian tubuh, gerakan ROM (Hasanah, 2015) :

2.2.2.1 Leher terdiri dari fleksi yaitu menggerakkan dagu menempel ke dada, ekstensi yaitu mengembalikan kepala ke posisi tegak, hiperekstensi yaitu menekuk kepala ke belakang sejauh mungkin, fleksi lateral yaitu memiringkan kepala sejauh mungkin kearah setiap bahu, rotasi yaitu memutar kepala sejauh mungkin ke arah setiap bahu.

2.2.2.2 Bahu terdiri dari fleksi yaitu menaikkan lengan dari posisi di samping tubuh ke depan ke posisi diatas kepala, ekstensi yaitu mengembalikan lengan ke posisi di samping tubuh, hiperekstensi yaitu menggerakkan lengan ke belakang tubuh, siku tetap lurus, abduksi yaitu menaikkan lengan ke posisi samping diatas kepala dengan telapak tangan jauh dari kepala, adduksi yaitu menurunkan lengan ke samping dan menyilang tubuh sejauh mungkin, rotasi dalam yaitu dengan siku fleksi, memutar bahu dengan menggerakkan lengan sampai ibu jari menghadap ke dalam dan ke belakang, rotasi luar yaitu dengan siku fleksi, menggerakkan lengan sampai ibu jari ke atas dan samping kepala, sirkumduksi yaitu menggerakan lengan dengan gerakan penuh.

2.2.2.3 Siku terdiri dari fleksi yaitu menekuk siku sehingga lengan bawah bergerak ke depan ssendi bahu dan tangan sejajar bahu, ekstensi yaitu meluruskan siku dengan menurunkan lengan.

2.2.2.4 Lengan Bawah terdiri dari supinasi yaitu memutar lengan bawah dan tangan sehingga telapak tangan menghadap ke atas, pronasi yaitu memutar lengan bawah sehingga telapak tangan menghadap ke bawah.

2.2.2.5 Pergelangan tangan terdiri dari fleksi yaitu menggerakkan telapak tangan kesisi bagian dalam lengan bawah, ekstensi yaitu menggerakkan jari-jari sehingga jari-jari tangan dan lengan bawah berada dalam arah yang sama.

2.2.2.6 Jari-Jari Tangan terdiri dari fleksi yaitu membuat genggaman, ekstensi yaitu meluruskan jari-jari tangan, hiperekstensi yaitu menggerakkan jari-jari tangan ke belakang sejauh mungkin, abduksi yaitu meregangkan jari-jari tangan yang satu dengan yang lain, adduksi yaitu merapatkan kembali jari-jari tangan.

2.2.2.7 Ibu Jari terdiri dari oposisi yaitu menyentuhkan ibu jari ke setiap jari-jari tangan pada tangan yang sama.

2.2.2.8 Pinggul terdiri dari fleksi yaitu menggerakkan tungkai ke depan dan ke atas, ekstensi yaitu menggerakkan kembali ke samping tungkai yang lain, hiperekstensi yaitu menggerakkan tungkai ke belakang tubuh, abduksi yaitu menggerakkan tungkai ke samping menjauhi tubuh, adduksi yaitu menggerakkan kembali tungkai ke posisi medial dan melebihi jika mungkin, rotasi dalam yaitu memutar kaki dan tungkai ke arah tungkai lain, rotasi luar yaitu memutar kaki dan tungkai menjauhi tungkai lain, sirkumduksi yaitu menggerakkan tungkai memutar.

2.2.2.9 Kaki terdiri dari inversi yaitu memutar telapak kaki ke samping dalam (medial), eversi yaitu memutar telapak kaki ke samping luar (lateral).

2.2.3 Peran Keluarga Dalam Penerapan rentang Gerak

Stroke dapat menyisihkan kelumpuhan, terutama pada sisi yang terkena, timbul nyeri, sublukasi pada bahu, pola jalan yang salah dan masih banyak kondisi yang perlu dievaluasi oleh perawat. Perawat mengajarkan cara mengoptimalkan anggota tubuh sisi yang terkena stroke melalui suatu aktivitas yang sederhana dan mudah dipahami pasien dan keluarga Menurut Smeltzer and Bare,(dalam dalam Budi, Hendri dan Agonwardi, (2016)).

Keluarga sangat berperan penting dalam proses pemulihan dan pengoptimalkan kemampuan motorik pasien pasca stroke. Keluarga merupakan sistem pendukung utama memberikan pelayanan langsung pada setiap keadaan (sehat-sakit) anggota keluarga. Oleh karena itu, pelayanan keperawatan yang berfokus pada keluarga bukan hanya pemulihan keadaan pasien, tetapi juga bertujuan untuk mengembangkan dan meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan dalam keluarga tersebut.

Menurut Suratun (dalam Budi, Hendri dan Agonwardi, (2016)) latihan ROM adalah latihan yang dilakukan pasien pasca stroke dan keluarga. Oleh karena itu, sebagai pendidik, perawat perlu membantu kemandiriaan keluarga dalam membantu rehabilitasi awal pasien stroke berupa latihan ROM pasif sebagai upaya keluarga untuk meningkatkan kemampuan mengatasi masalah kesehatan keluarga dan berperan dalam meningkatkan kesehatan keluarga yang nantinya dapat digunakan oleh keluarga di rumah setelah pasien pulang dari rumah sakit.

2.3 Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Menurut Muttaqin, (2017) pengkajian pada pasien dengan stroke antara lain :

2.3.1.1 Identitas Pasien

Identitas pasien berisikan tentang nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor register, dan diagnosis medis.

2.3.1.2 Keadaan Umum

Biasanya pasien dengan stroke hemoragik mengalami penurunan kesadaran, suara bicara kadang mengalami gangguan, yaitu sukar di mengerti, kadang tidak bisa bicara, dan tanda-tanda vital, tekanan darah meningkat, denyut nadi bervariasi.

2.3.1.3 Keluhan utama

Keluhan utama yang sering terjadi menjadi alasan pasien untuk meminta bantuan kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan tingkat kesadaran.

2.3.1.4 Riwayat Kesehatan sekarang

Serangan stroke hemoragik sering kali berlangsung sangat mendadak pada saat pasien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah, bahkan kejang sampai tidak sadar selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak lain. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran dalam hal perubahan di dalam intrakranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi, sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsive, dan koma.

2.3.1.5 Pengkajian Primer

2.3.1.5.1 Airway

Pengkajian airway Yang pertama dikaji adalah penilaian kepatenan atau kelancaran jalan nafas. Pada pengkajian jalan nafas perlu untuk memperhatikan dengan jelas jalan napas paten (longgar) atau mengalami obstruksi total atau partial sambil mempertahankan tulang servical. Pengkajian jalan nafas dilakukan dengan cara membuka mulut korban dan melihat muntahan, sekret, darah dan benda asing seperti gigi yang patah, mendegarkan suara gurling yang disebabkan oleh cairan di jalan napas, snoring (pangkal lidah jatuh kebelakang) (Hariyono, 2019).

Menurut Hidayati (2018) pada pengkajian airway pasien didapatkan mengalami obstruksi jalan napas yang disebabkan oleh adanya sekret atau muntah.

2.3.1.5.2 Breathing

Pengkajian breathing (pernapasan) dilakukan setelah penilaian jalan napas. Pada pengkajian pernapasan dilakukan dengan cara: Inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi. Inspeksi dada pasien dengan melihat kesimetrisan pengembangan dada, frekuensi, ritme dan tipe pernapasan, serta memperhatikan ada jejas/kerusakan kulit atau tidak. Palpasi dada pasien untuk menilai ada nyeri tekan, dan penurunan ekspansi paru. Auskultasi bunyi nafas pada pasien (normal atau vesikuler menurun), kemudian nilai suara nafas tambahan seperti: stridor, ronchi,

wheezing, Menghi. Perkusi pada pasien dilakukan di daerah thorak dengan hasil yang biasa di dapatkan sonor, hipersonor atau timpani bila ada udara di thorak, pekak bila ada cairan (Sholichin, 2021)

2.3.1.5.3 Circulation

Pengkajian sirkulasi menitikberatkan pada penilaian tentang kemampuan jantung dan pembuluh darah dalam memompa darah keseluruh tubuh. Pengkajian sirkulasi meliputi: Tekanan darah, jumlah nadi, keadaan akral, dingin atau hangat,sianosis, dan bendungan vena jugularis (Sholichin, 2021).

Menurut Hidayati (2018) pada pengkajian sirkulasi kondisi pasien dengan keadaan yang berat biasanya akan mengalami perubahan tekanan darah normal (hipertensi), perubahan frekuensi jantung (badikardi, takikardi yang diselingi dengan bradikardi disritmia).

2.3.1.5.4 Diasability

Pada pengkajian disability dilakukan penilaian status umum dan neurologis pada pasien dengan menilai tingkat kesadaran, serta ukuran dan reaksi pupil. Penilaian lain yang perlu diperhatikan seperti adanya kelemahan, penglihatan kabur, dan kebigungan (Sholichin, 2021).

Menurut Hidayati (2018) pada pengkajian sirkulasi pasien biasanya akan mengalami adanya kelemahan atau letargi, lelah, kaku, hilang keseimbangan, perubahan kesadaran yang bisa sampai koma.

2.3.1.5.5 Eksposure

Setelah mengkaji secara menyeluruh dan sistematis, mulai dari airway, berathing, circulation dan disability selanjutnya mengkaji secara menyeluruh untuk melihat ada organ lain yang mengalami gangguan (luka atau jejas) sehingga dapat cepat memberikan penanganan (M. Amanda, 2019).

2.3.1.5.6 Foley Cateter

Pengkajian foley chateter menunjukkan apakah pasien perlu dipasangkan kateter atau tidak sesuai dengan kondisi pasien saat ini. Dalam pengkajian ini juga perlu diketahui mengenai balance cairan, produksi urine dan warna dari urine apkah pekat atau jernih. Biasanya pada pasien hemoragik storke akan dipasangkan kateter urine karena pasien tidak mampu untuk melakukan toileting, dan untuk melihat jumlah urine yang dikeluarkan oleh pasien.

2.3.1.5.7 Gastric Tube

Pengkajian gastric tube menunjukkan apakah pasien perlu dipasangkan NGT atau sesuai dengan kondisi pasien saat ini. Apabila terdapat pemasangan NGT untuk mengeluarkan cairan lambung maka perlu diperlukan jumlah dan warna dari cairan lambung maka perlu diperhatikan jumlah dan warna dari cairan lambung tersebut. Pada pengkajian didapatkan kondisi pasien dengan hemoragik stroke pemasangan NGT bertujuan dalam pemberian makanan dan minuman serta obat yang tidak mampu diberikan langsung melalui oral

dikarenakan pasien mengalami penurunan kesadaran.

2.3.1.5.8 Heart Monitor

Pengkajian heart monitor dilakukan dengan menggunakan EKG terutama pada pasien yang bermasalah dengan kondisi jantungnya. Gambaran listrik jantung pada masing masing orang berbeda terutama pada penderita jantung itu sendiri.

2.3.2 Riwayat kesehatan terdahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat antikoagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan. Pengkajian pemakaian obat-obat yang sering digunakan pasien, seperti pemakain obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta, dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral.

2.3.3 Riwayat Penyakit Keluarga

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

2.3.4 Pola Aktivitas sehari-hari

2.3.4.1 Pola Nutrisi

Biasanya pasien mengalami kesulitan dalam memenuhi kebutuhan makan dan minum, pasien biasanya mengeluhkan nafsu makan hilang, mual muntah, kehilangan sensasi pada lidah, pipi dang tenggorokan, disfagia, ada riwayat diabetes mellitus, peningkatan lemak dalam darah, dengan di tandai kesulitan menelan dan obesitas.

2.3.4.2 Pola aktivitas dan Latihan

Biasanya pasien mengeluhkan merasa kesulitan dalam

melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralitik (hemiplegia), merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat, ditandai dengan gangguan tonus otot, paralitik (hemiplegia), kelemahan umum, gangguan penglihatan dan gangguan tingkat kesadaran.

2.3.5 Pemeriksaan Fisik

2.3.5.1 Keadaan umum dan tingkat kesadaran Biasanya tingkat kesadaran menurun.

2.3.5.2 Sistem Integumen

Kulit : Biasanya pada pasien yang kekurangan O2 kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit jelek.

Kuku : Biasanya pada pasien stroke hemoragik ini capilarry refill timenya < 3 detik bila ditangani secara cepat dan baik.

2.3.5.3 Pemeriksaan Kepala

Kepala : Pada umumnya bentuk kepala pada pasien stroke normocephalik.

Rambut : Pada umumnya tidak ada kelainan pada rambut pasien
Muka : Biasanya pada wajah pasien stroke terlihat miring kesalah satu sisi.

2.3.5.4 Pemeriksaan dada

Pada inspeksi biasanya didapatkan pasien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak nafas, penggunaan otot bantu nafas, dan peningkatan frekuensi pernafasan. Pada auskultasi biasanya terdengar bunyi nafas tambahan seperti ronchi pada pasien dengan peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk menurun yang sering didapatkan pada pasien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma. Pada pasien dengan tingkat kesadaran compos mentis, pada pengkajian inspeksi biasanya

pernafasan tidak ada kelainan.Palpasi thoraks didapatkan fremitus kiri dan kanan, dan pada auskultasi tidak didapatkan bunyi nafas tambahan.

2.3.5.5 Pemeriksaan Abdomen

Biasanya pada pasien stroke didapatkan distensi pada abdomen, dapatkan penurunan peristaltik usus, dan kadangkadang perut pasien terasa kembung.

2.3.5.6 Pemeriksaan Genetalia

Biasanya pasien stroke dapat mengalami inkontinensia urinarius sementara karena konfusi dan ketidakmampuan mengungkapkan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk menggunakan urinal karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang- kadang kontrol sfingter urinarius eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermiten dengan teknik steril, inkontenesia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

2.3.5.7 Pemeriksaan Ekstermitas

Biasanya pada pasien stroke ditemukan hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh bahkan biasanya juga didapatkan hemiplegia pada salah satu sisi tubuh.

2.3.5.8 Pemeriksaan Neurologi

Saraf I (Olfaktorius) :Biasanya pada sebagian pasien stroke ada kelainan pada fungsi penciuman.

Saraf II (Optikus) : Disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensori primer diantara mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visual-spasial biasanya sering terlihat pada pasien hemiplegia kiri.

Saraf III (Okulomotoris), IV(Troklearis), dan VI (Abdusen) Pemeriksaan ini diperiksa secara bersamaan, karena saraf ini bekerjasama dalam mengatur otot-otot ekstraokular. Jika akibat

stroke menyebabkan paralisis, pada satu sisi okularis biasanya didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral disisi yang sakit.

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 pterigoideus internus dan eksternus.

Saraf VII (Fasialis) :Pada keadaan stroke biasanya persepsi pengecapan dalam batas normal, namun wajah asimetris, dan otot wajah tertarik kebagian sisi yang sehat.

Saraf VIII (Vestibulokoklearis/Akustikus) : Biasanya tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi.

Saraf IX (Glosofaringeus) dan X (Vagus) : Secara anatomi dan fisisologi berhubungan erat karena glosofaringeus mempunyai bagian sensori yang mengantarkan rangsangan pengecapan, mempersyarafi sinus karotikus dan korpus karotikus, dan mengatur sensasi faring. Bagian dari faring dipersarafi oleh saraf vagus. Biasanya pada pasien stroke mengalami penurunan kemampuan menelan dan kesulitan membuka mulut.

Saraf XI (Aksesoris) : Biasanya tidak ada atrofi otot sternokleisomastoideus dan trapezius.

Saraf XII (hipoglosus) : Biasanya lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi serta indra pengecapan normal.

2.3.5.9 Pemeriksaan Motorik

Biasanya didapatkan hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparise atau kelemahan salah satu sisi tubuh adalah tanda yang lain. Juga biasanya mengalami gangguan

keseimbangan dan koordinasi karena hemiplegia dan hemiparise. Pada penilaian dengan menggunakan kekuatan otot, tingkat kekuatan otot pada sisi yang sakit adalah 0.

2.3.6 Pengkajian Pola Gordon

2.3.6.1 Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

2.3.6.1.1 Data subjektif: adanya penyakit jantung pada keluargas, stroke, kecanduan alkohol dan merokok.

2.3.6.1.2 Data objektif: hipertensi arterial (dapat ditemukan/ terjadi pada cedera serebrovaskuler) sehubungan dengan adanya emboli.

2.3.6.2 Pola nutrisi dan metaboli

2.3.6.2.1 Data subjektif: Nafsu makan menghilang, mual muntah selama fase akut (peningkatan TIK). Kehilangan sensasi pada lidah, pipi dan tenggorokan, disfagia dan peningkatan lemak dalam darah.

2.3.6.2.2 Data objektif: kesulitan menelan (gangguan pada reflekspalatum dan faringeal) dan tidak mampu memulai kebutuhan sendiri.

2.3.6.3 Pola eliminasi

2.3.6.3.1 Data subjektif : perubahan pada proses BAB.

2.3.6.3.2 Data objektif : tidak di temukan

2.3.6.4 Pola aktivitas dan latihan

2.3.6.4.1 Data subjektif: Merasa kesulitan untuk aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensai atau paralisis (hemiplegia), dan merasa susah untuk istirahat.

2.3.6.4.2 Data objektif: Gangguan tonus otot (flaksid, spastis), paralitik (hemiplegia) dan terjadi kelemahan umum dan gangguan tingkat kesadaran.

2.3.6.5 Pola tidur dan istirahat

2.3.6.5.1 Data subjektif: susah untuk beristirahat.

2.3.6.5.2 Data objektif: Tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan pada otot.

2.3.6.6 Pola persepsi dan kognitif

2.3.6.6.1 Data subjektif: pusing, sakit kepala, kelemahan atau kesemutan, mati/lumpuh. Penglihatan menurun seperti buta total, kehilangan daya lihat sebagian, penglihatan ganda atau gangguan lain.

2.3.6.6.2 Data objektif: Status mental atau tingkat kesadaran, pada wajah terjadi paralisis atau parese, afasia, kehilangan kemampuan menggunakan motorik saat pasien bergerak

2.3.6.7 Pola persepsi dan konsep diri

2.3.6.7.1 Data subjektif: perasaan tidak berdaya, perasaan putus asa.

2.3.6.7.2 Data objektif: emosi yang labil dan ketidaksiapan untuk marah, sedih dan gembira, kesulitan untuk mengekspresikan diri.

2.3.6.8 Pola peran dan hubungan sesam

2.3.6.8.1 Data objektif: gangguan atau kehilangan fungsi Bahasa (kesulitan untuk mengungkapkan perasaan)

2.3.6.8.2 Data subjektif: masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi.

2.3.6.9 Pola reproduksi dan seksualita

2.3.6.9.1 Data subjektif: ketidakadanya gairah seksual

2.3.6.9.2 Data objektif: kelemahan tubuh dan gangguan persepsi seksual

2.3.6.10 Pola mekanisme dan koping

2.3.6.10.1 Data subjektif: perasaan tidak berdaya

2.3.6.10.2 Data objektif: emosi yang labil dan ketidaksiapan untuk marah

2.3.6.11 Pola nilai dan kepercayaan

2.3.6.11.1 Gangguan persepsi dan kesulitan untuk mengekspresikan diri.

2.4 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang sering muncul pada pasien dengan stroke menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) antara lain :

2.4.1 Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema cerebral (D.0066)

2.4.2 Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan hipertensi (D.0017)

2.4.3 Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas (D.0001).

2.4.4 Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya (D.0005)

2.4.5 Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (D. 0054)

2.5 Intervensi Keperawatan

Kriteria hasil pasien storke hemoragik menurut (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018) beserta intervensi pada pasien stroke hemoragik menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) sebagai berikut :

No.	Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema cerebral (D.0066).	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama … x 24 jam diharapkan kapasitas adaptif intrakranial meningkat dengan kriteria hasil : ➢ Tingkat kesadaran cukup meningkat ➢ Tekanan darah cukup membaik ➢ Bradikardi cukup membaik ➢ Reflex neurologis cukup membaik	**Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I. 06194)** **Observasi** • Monitor tanda atau gejala peninngkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, bradikardi, pola napas irregular, kesadaran menurun) • Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) Terapeutik • Berikan posisi semi fowler atau fowler • Hindari teknik manuver valsava • Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang. **Kolaborasi** • Kolaborasi pemberian diuretik osmosis
2.	Resiko perfusi serebral tidak	Setelah dilakukan asuhan	Pemantauan Tekanan Intrakranial (I.06198)

	efektif ditandai dengan hipertensi (D.0017)	keperawatan selama ….x 24 jam diharapkan keadekuatan aliran darah serebral klien meningkat dengan kriteria hasil : Perfusi Serebral (L. 02014) ➢ Tingkat kesadaran meningkat ➢ Gelisah menurun ➢ Sakit kepala menurun ➢ Tekanan darah sistolik membaik ➢ Tekanan darah diastolic membaik ➢ Kesadaran membaik	Observasi • Identifikasi peningkantan tekanan intracranial • Monitor peningkatan TD • Monitor penurunan tingkat kesadaran Terapeutik • Pertahankan posisi kepala dan leher netral. • Berikan periode istirahat antara tindakan perawatan dan batasi lamanya prosedur Edukasi • Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
3.	Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama … x 24 jam maka bersihan jalan napas	Manajemen jalan napas (I. 01011) Observasi • Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) • Monitor bunyi napas

	(D.0001)	meningkat dengan kriteria hasil: ➢ Dispnea membaik ➢ Frekuensi napas membaik ➢ Pola napas membaik	tambahan (Mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) Terapeutik • Posisikan semi fowler atau fowler • Lakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik • Berikan oksigen, jika perlu Edukasi – Anjurkan asupan cairan 200 ml/hari, jika tidak kontraindikasi Kolaborasi • Kolaborasi pemberian bronkodilator,ekspektoran, mukolitik, jika perlu
4.	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (D. 0005).	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama … x 24 jam maka pola napas membaik dengan kriteria hasil: ➢ Dispnea menurun. ➢ Penggunaan otot bantu napas menurun	Dukungan ventilasi (I. 01002 Observasi • Identifikasi adanya keletihan otot bantu napas. • Monitor status respirasi dan oksigenasi (mis. frekuensi dan kedalaman napas, penggunaan otot bantu napas, bunyi napas tambahan, saturasi oksigen) Terapeutik

		➢ Frekuensi pernapasan mambaik. ➢ Kedalaman napas membaik.	• Berikan posisi semi fowler atau fowler • Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan
5.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (D. 0054).	Setelah dilakukan pengkajian selama ….x 24 jam diharapkan tingkat mobilitas klien meningkat dengan kriteria hasil ➢ Pergerakan esktremitas meningkat ➢ Kekuatan otot meningkat ➢ Rentang Gerak (ROM) meningkat	Dukungan mobilisasi (I. 05173) Observas • Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya • Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan • Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Terapeutik • Fasilitasi aktivitas mobiltas dengan alat bantu • Fasilitasi melakukan pergerakan • Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakkan melakukan mobilisasi dini Edukasi • Jelaskan tujuan dan prosedur ROM Pasif

			kepada pasien • Anjurkan mengubah posisi tiap 2 jam • Ajarkan rentang gerak aktif dan pasif

2.6 Perencanaan Pulang (Discharge Planning)

Menurut Arum (2018) ada beberapa hal penting yang harus disampaikan saat pasien akan pulang, antara lain:

2.6.1 Bantu pasien untuk berpindah tempat

Jika pasien masih mengalami gejala sisa seperti kelemahan anggota gerak, pasien belum mampu bergerak sendiri sehingga resiko jatuh sangat tinggi.

2.6.2 Ajak Pasien untuk bergerak

Ajak pasien untuk menggerakkan sendi-sendi di tubuhnya setiap hari, termasuk area yang lemah. Hal ini dapat mencegah kekakuan pada bagian tubuh tersebut. Ini adalah aktivitas tambahan untuk melatih otot dan saraf di area yang lemah, selain dengan mengunjungi tempat rehabilitasi medis.

2.6.3 Bantu pasien unutk makan

Pasien stroke sering kali mengalami gangguan menelan atau disfagia. Beberapa pasien pulang juga masih menggunakan NGT/Selang makan. Jadi, bantu untuk memposisikan pasien duduk dengan lebih tegak ketika sedang makan. Letakkan makanan pada sisi yang sehat. Hal ini untuk mencegah terjadinya tersedak, yang bisa membahayakan nyawa.

2.6.4 Ajak Bicara

Pasien stroke sering kali mengalami gangguan bicara /Afasia. Agar pasien dapat kembali berkomunikasi dengan lancar, seringseringlah mengajaknya mengobrol. Motivasi pasien untuk berusaha berbicara dan mengucapkan kata-kata, gunakan alat bantu untuk berbicara, misal dengan menulis di kertas.

2.6.5 Latih kesehatan otaknya

Bantu pasien untuk melatih otaknya dengan memberi informasi hari, waktu, dan mengingat nama orang-orang yang berada di sekitarnya.

2.6.6 Ciptakan Lingkungan yang nyaman

BAB III
TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas Pasien

Nama Paisen :Tn. H

Usia : 55 Tahun 11 Bulan

Alamat : Kmapung Muara Bahari

Tanggal Masuk : 1 Juli 2024

Agama : Islam

Penjamin : BPJS PBI

3.1.2 Anamnesis

3.1.2.1 Keluhan Utama

kelemahan anggotan gerak sebelah kiri dan bicara pelo.

3.1.2.2 Riwayat Penyakit Sekarang

Klien datang ke IGD RSUD Koja dengan di antar oleh keluarga dnegan keluhan kelemahan anggota gerak sebelah kiri dan bicara pelo, keluhan muncul mendadak 1 hari SMRS saat klien bangun tidur. Gejala yang menyertai adalah mual (-), Muntah (-), demam tidak ada, sesak nafas (-), nafsu makan baik, suara nafas normal, BAK (+) melalui kateter urine, BAB (-), Menurut keluarga klien memiliki riwayat hipertensi tetapi tidak terkontrol dan kadang minum obat kadang tidak.

3.1.2.3 Riwayat penyakit terdahulu

Riwayat alergi : Tidak ada

Riwayat DM : Tidak ada

Riwayat Paru : Tidak ada

Riwayat Pneyakit jantung : Tidak ada

Riwayat Hipertensi : (+) tidak terkontrol

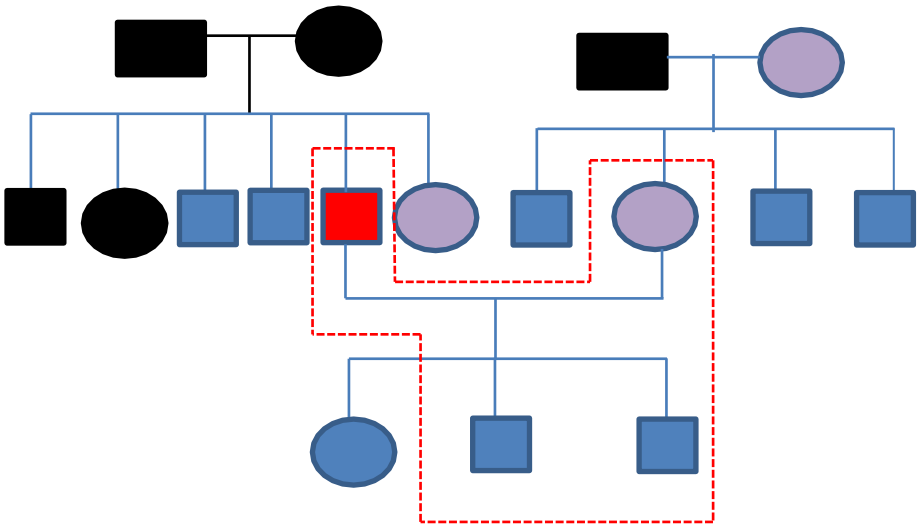
Riwayat penyakit hati : Tidak ada

Riwayat penyait Ginjal : Tidak ada

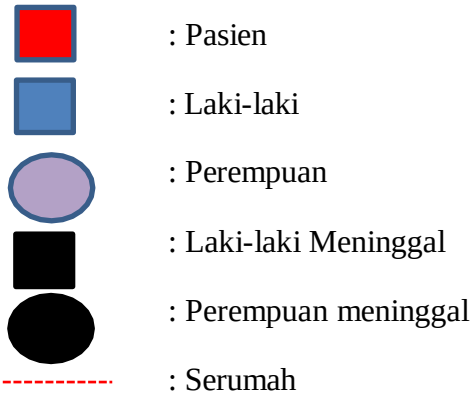
Riwayat Asma : Tidak ada

3.1.2.4 Riwayat Penyakit Keluarga

Genogram :



Keterangan :



: Pasien

: Laki-laki

: Perempuan

: Laki-laki Meninggal

: Perempuan meninggal

: Serumah

Riwayat sakit serupa : Kakak kandung pasien mempunyai riwayat stroke

Riwayat Hipertensi : (+) tidak terkontrol

Riwayat DM : Disangkal

3.1.2.5 Riwayat Kebiasaan

Riwayat Merokok ; Disangkal

Riwayat alkohol : (+)

Riwayat obat-obatan : Disangkal

Riwayat Narkotika : Disangkal

3.1.3 Pemeriksaan Fisik

3.1.3.1 Status generalis

Keadaan Umum : Lemah

Kesadaran : Composmentis, GCS : 15

Tekanan darah : 146/93 mmHg

Nadi : 94x/menit

Respirasi : 22x/menit

Suhu Tubuh : 36,8˚C

3.1.3.2 Pemeriksaan Fisik

Kepala : Normochepal

Mata : Konjungtiva an anemis, sclera an iketrik

Leher : Tidak ada pembesaran KGB

Thorax : Suara nafas Vesikuler

Pemeriksaan Ekstermits :

Ekstermitas superior : Akral hangat, tidak ada edema, kelemahan anggota gerak (+/-), kekuatan otot 5555/4444

Ekstermitas Inferior :Akral hangat, tidak ada edema, kelemahan anggota gerak (+/-), kekuatan otot 5555/4444.

3.1.4 Pemeriksaan Penunjang

Pemerksaan	Nila Normal	Hasil
Hemoglobin	13.5 - 18.0	**15.6**
Hematokrit	**42.0 - 52.0**	**45.9**
Eritrosit	4.70 - 6.00	**5.96**
MCV	78 - 100	***** **77**
MCH	27 - 31	***** **26**
MCHC	32 - 36	**34**
RDW-CV	11.5 - 14.0	***** **15.8**
Trombosit	11.5 - 14.0	**263**
Leukosit	4.00 - 10.50	**9.76**
Hitung Jenis		
Eosinofil	0.8 - 7.0	**4.9**
Basofil	0.2 - 1.2	**0.6**
Neutrofil	34.0 - 67.9	**53.0**
Limfosit	21.8 - 53.1	**32.6**
Monosit	5.3 - 12.2	**8.9**
Elektrolit		
Natrium (Na)	135 - 147	**140**
Kalium (K)	3.5 - 5.0	***** **3.46**
Klorida (Cl)	96 - 108	**105**
Asam Urat	3.4 - 7.0	**5.5**
eGFR (CKD-EPI)		***** **46.7**
Glukosa Sewaktu	70 - 200	**135**

Kolesterol HDL	41.5 - 67.3	**46.0**
Kolesterol LDL	< 130	**92**
Kolesterol Total		**173**
Kreatinin	0.67 - 1.17	***** **1.71**
Profil Lemak		
Trigliserida	< 200	**176**
Ureum	16.6 - 48.5	**27.5**

3.2 Pengkajian menggunakan Pola Gordon

3.2.1 Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Pasien mengatakan sangat cemas dengan penyakit yang dideritanya, karena sebelumnya pasien tidak pernah mengalami penyakit seperti yang dirasakan saat ini yaitu bicara pelo, lemah anggota gerak sebelah kiri, sesak nafas, nyeri kepala, pasien mengatakan jarang mengontrol dan memeriksakan kesehatannya ke klinik ataupun fasilitas kesehatan, dan ini merupakan pertama kalinya pasien dirawat di Rumah sakit.

Masalah Keperawatan : Kurang pengetahuan

3.2.2 Pola Nutrisi

Pasien mengatakan nafsu makan baik, makanan yang diberikan rumah sakit dapat dihabiskan, pasien makan dengan disuapi oleh keluarga, karena lemahnya anggota gerak, serta pasien tidak makan makanan sampingan/makanan dari luar Rumah Sakit. Pasien minum habis 5 gelas/hari.

Masalah keperawatan : Gangguan mobilitas fisik

3.2.3 Pola Eliminasi

Pasien mengatakan BAB dan BAK lancar, pasien terpasang DC, warna urine kuning dan bau khas urine.

Masalah Keperawatan : Risiko infeksi

3.2.4 Aktivitas dan Latihan

No.	Aktivitas	Penilaian				
		0	1	2	3	4
1.	Kemampuan melakukan ROM				√	
2.	Kemampuan mobilitas ditempat tidur					√
3.	Kemampuan makan dan minum			√		
4.	Kemampuan toileting				√	
5.	Kemampuan mandi				√	
6.	Kemampuan berpindah					√
7.	Kemampuan berpakaian				√	

Keterangan :

0 : Mandiri

1 : Dengan alat bantu 2 : Dibantu orang lain

3 : Dengan bantuan alat dan orang lain

4. : Tergantung total

Masalah Keperawatan : Gangguan mobilitas fisik

3.2.5 Tidur dan istirahat

Pasien mengatakan sudah mulai tidur nyenyak dimalam hari bila nyeri kepala tidak muncul, pasien tidur sejak jam 20.00-05.00, dan pasien tidur siang 1-2 jam

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.2.6 Sensori, persepsi dan Kognitif

Pasien tidak dapat berkomunikasi dengan baik sejak sakit dan terdiagnosa stroke, pandangan pasien baik dan jelas, pasien dapat menjawab pertanyaan perawat tetapi bahasa pasien tidak mudah di

pahami, Pasien mengatakan tidak pernah memperhatikan penyakit yang dialaminya dan pasien masih belum mengerti tentang penyakit yang dideritanya. Pasien dan keluarga banyak bertanya tentang penyakit yang dialaminya.

Masalah Keperawatan : Gangguan perfusi cerebral, Gangguan komunikasi Verbal

3.2.7 Konsep diri

Identitas diri : Pasien mampu mengenali dirinya sebagai seorang kepala keluarga dengan 3 anak, dan mempunyai 2 orang cucu.

Gambaran diri : Pasien merasa kalau dirinya sakit dan memerlukan pertolongan.

Ideal diri : Pasien mengatakan ingin segera sembuh dan dapat berkumpul dengan keluarganya dirumah.

Harga diri : Pasien tidak merasa minder dengan keadaan yang sekarang dan tampak selalu kooperatif terhadap perawat yang merawatnya.

Peran diri : Selama ini pasien berperan sebagai kepala rumah tangga bagi keluarganya.

Masalah Keperawatan : Koping tidak egfektif

3.2.8 Seksual dan reproduksi

1 minggu sekali

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah

3.2.9 Pola peran hubungan

Keluarga pasien mengatakan pasien mampu berinteraksi dan mengenal lingkungan dengan baik, pasien ramah dengan keluarga dan lingkungan sekitarnya.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.2.10 Manajemen Koping stress

Keluarga pasien mengatakan pasien bila ada masalah selalau membicarakan dengan istri dan anaknya, pasien tampak cemas dan takut dengan penyakit yang di deritanya

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.2.11 Sistem nilai dan keeprcayaan

Pasien mengatakan selalu sholat 5 waktu dan tampak selalu berdo'a atas

kesembuhannya. tetapi sejak di rawat di RS klien mengataakan jarang melakukan ibadah sholat karena kondisi klien yang terpasang alat infus dan selang kencing

Masalah keperawatan : Distress spiritual

3.3 Analisa Data

No.	Data	Penyebab	Masalah
1.	DS : ➢ Klien mengatakan Tensi darah selalu tinggi ➢ Klien mengatakan kepala terasa pusing dan nyeri ➢ klie mengatakan tengkuk terasa berat ➢ Klien mengatakan bicara pelo sebelum ke RS ➢ Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri terasa berat DO : ➢ Keadaan umum klien sakit sedang ➢ Kesadaran composmentis	Hipertensi non hemaoragic stroke	Perfusi serebral tidak efektif

	➢ akral hangat ➢ Bicara klien pelo terkadang sulit di mengerti ➢ anggota gerak sebelah kiri tampak lemah ➢ Kekuatan oto ektermitas kiri 5555/4444 ➢ TD : 162/97 mmHg ➢ N : 102x/mnt ➢ Respirasi : 22x/mnt ➢ S : 36,2˚C		
2.	DS : - Klien mengatakan tangan dan kaki kiri terasa berat dan lemas - Klien mengatakan kebutuhan di bantu oleh keluarga DO : - Keadaan umum klien sakit sedang - kesadaran composmentis - akral hangat - Klien tampak lemah - Anggota gerak pada sisi kiri tampak lemas - kekuatan otot 5555/4444 - Aktiivitas klien di bantu oleh keluarga dan perawat, mobilisasi dll - Klien mengalami	Penurunan kekuatan otot(kerusakan neuron)	Hambatan Mobilitas Fisik

	kelemahan pada anggota gerak kiri, klien hanya dapat melakukan fleksi ekstensi sedangkan kaki kiri hanya abduksi dan aduksi pada pergelalngan kaki.		
3.	DS : ➢ Klien mengatakan mengetahui bahwa dirinya menderita stroke akan tetapi tidak mengetahui cara perawatan DO : ➢ Pasien belum memahami manfaat menggerakkan anggota tubuh untuk pasien stroke.	Kurang terpaparnya informas	Kuranng pengetahuan

3.4 Diagnosa Keperawatan

1 Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan Hiprtensi

2 Hambatan Mobilitas Fisik Berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

3 Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi

3.5 Rencana Asuhan Keperawatan

No.	Standar Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Resiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017) Yang di tanda dengan : ➢ Klien mengatakan Tensi darah selalu tinggi ➢ Klien mengatakan kepala terasa pusing dan nyeri ➢ klie mengatakan tengkuk terasa berat ➢ Klien mengatakan bicara pelo sebelum ke RS ➢ Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri terasa berat DO : ➢ Keadaan umum klien sakit sedang ➢ Kesadaran composmentis	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil (L.02014): 1. Tingkat kesadaran cukup meningkat 2. Gelisah cukup menurun 3. Nilai rata-rata tekanan darah cukup membaik 4. Refleks saraf cukup membaik	Manajemen peningkatan tekanan intracranial (I.09325) Observasi : ➢ Monitor tanda/gejala peningkatan TIK ➢ Monitor MAP ➢ Monitor intake dan output cairan Terapeutik : ➢ Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang ➢ Berikan posisi semi fowler Kolaborasi ➢ Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu. Pemantauan neurologis (I.06197) Observasi ➢ Monitor ukuran bentuk, kesemetrisan dan reaktifilitas pupil. ➢ Monitor tingkat kesadaran (mis.

	➢ akral hangat ➢ Bicara klien pelo terkadang sulit di mengerti ➢ anggota gerak sebelah kiri tampak lemah ➢ Kekuatan oto ektermitas kiri 5555/4444 ➢ TD : 162/97 mmHg ➢ N : 102x/mnt ➢ Respirasi : 22x/mnt S : 36,2˚C		Menggunakan skala koma Glasgow). ➢ Monitor kesemetrisan wajah Terapeutik ➢ Hindari aktivitas yang dapat meningkatakan tekanan intrakranial Edukasi ➢ Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.
2.	Hambatan Mobilitas Fisik Berhubungan dnegan penurunan kekuatan otot (D0054) Yang ditandai dengan : - Klien mengatakan tangan dan kaki kiri terasa berat dan lemas	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam di harapkan : 1. Pergerakan eksteritas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerka meningkat 4. Kecemasan Menurun	Observasi : ➢ Identifikasi adanya nyeri atau kekuatan fisik lainnya ➢ dentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan ➢ Monitor frekwensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi

	- Klien mengatakan kebutuhan di bantu oleh keluarga DO : - Keadaan umum klien sakit sedang - kesadaran composmentis - akral hangat - Klien tampak lemah - Anggota gerak pada sisi kiri tampak lemas - kekuatan otot 5555/4444 - Aktiivitas klien di bantu oleh keluarga dan perawat, mobilisasi dll - Klien mengalami kelemahan pada anggota gerak kiri, klien hanya dapat melakukan fleksi ekstensi sedangkan kaki kiri	5. Gerakan tidak terkoordinasi menurun 6. Gerakan terbatas 7. Kelemahan fisik menurun	➢ Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi ➢ Terapetik ➢ Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk) ➢ Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu ➢ Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi ➢ Edukasi ➢ Jelaskan tujuan dan prosudur mobilisasi ➢ Anjurkan melakukan mobilisasi diri ➢ Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

	hanya abduksi dan aduksi pada pergelalngan kaki.		
3.	Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi (D.0111) Yang ditandai dengan : DS : ➢ Klien mengatakan mengetahui bahwa dirinya menderita stroke akan tetapi tidak mengetahui cara perawatan DO : ➢ Pasien belum memahami manfaat menggerakkan anggota tubuh untuk pasien stroke.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam di harapkan pengetahuan klien dan keluarga meningkat dnegan kriteria hasil : 1. Prilaku sesuai anjuran meningkat 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topic meningkat 4. Prilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 5. Pernyataan tentang masalah yang dihadapi menurun 6. Presepsi yang keliru terhadap masalah menurun 7. Menjalani pemeriksaan yang tidak	Observasi : ➢ Identifikasi informasi yang akan di samapaika ➢ Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Teapetik : ➢ Sediakan materi dan media ➢ pendidikan kesehatan ➢ Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan ➢ Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi ➢ Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan ➢ Ajarkan perilaku hidup bersih dan

		tepat menurun 8. Perilaku membaik	sehat ➢ Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih

3.6 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

No.	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implemntasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
1.	Selasa, 2 Juli 2024	Resiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)	➢ Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK Respon : Kes. Composmentis, akral hangat, kaku kuduk tidak ada, muntah proyektil tidak ada. ➢ Memonitor MAP REspon : MAP klien adalah 332/3 = 110 (MAP melebihi rentang normal) Respon : ➢ Memonitor intake dan output cairan Respon : Intake 400 output 500 selama 8 jam Terapeutik : ➢ Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang	S : - Klien mengatakan Tensi darah masih tinggi - Klien mengatakan kepala masih terasa nyeri - klien mengatakan tengkuk masih etrasa berat - Klien mengatakan bicara masih pelo - Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri terasa lemas dan berat. O : - Keadaan umum klien sakit sedang - Kesadaran composmentis - akral hangat

			tenang Respon : Membatasi pengunjung dan menganjurkan klien untuk beristirahat, klien kooperatif ➢ Memberikan posisi semi fowler Respon : Klien tampak nyaman dengan posisi Head up 30˚ ➢ Berkolaborasi pemberian diuretic osmosis Respon : Klien mendapatkan injeksi Lasix 2 x a ampul Bolus Pemantauan neurologis (I.06197) Observasi ➢ Memonitor ukuran bentuk, kesemetrisan dan reaktifilitas pupil. Respon : Respon pupil (+), reflek cahaya (+) ➢ Memonitor tingkat kesadaran Respon : Kesadaran composmentis,	- Bicara klien pelo terkadang sulit di mengerti - anggota gerak sebelah kiri tampak lemah - Kekuatan oto ektermitas kiri 5555/4444 - TD : 148/92 mmHg - N : 90x/mnt - Respirasi : 21x/mnt - S : 36,7˚C A : Masalah Risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi Keperawatan Manajemen peningkatan tekanan intracranial (I.09325) Observasi :

			akral hangat E : 4 M : 6 V : 5 GCS 15 ➢ Memonitor kesemetrisan wajah Respon : wajah tampak simetris, ukuran bibir cenderung ke arah kiri Terapeutik ➢ Menganjurkan klien untuk menghindari aktivitas yang dapat meningkatakan tekanan intrakranial Respon : Klien koopertaif dan mengikuti anjuran perawat Edukasi ➢ Mengukur tekanan darah ➢ Respon : hasil observasi TD : 148/92 mmHg, N : 90x/mnt, Respirasi : 21x/mnt, S : 36,7˚C ➢ Berkolabosrasi dengan dokter untuk pemberian Therapi	➢ Monitor tanda/gejala peningkatan TIK ➢ Monitor MAP ➢ Monitor intake dan output cairan Terapeutik : ➢ Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang ➢ Berikan posisi semi fowler Kolaborasi ➢ Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu. Pemantauan neurologis (I.06197) Observasi ➢ Monitor ukuran bentuk, kesemetrisan dan reaktifilitas pupil.

			➢ Respon : Klien mendapatkan terapi: Citicolin Injkesi 1 x 500 mg, Mecobalamin Injeksi 2 x 500 mg, Lasix 2 x 2 amp, Ranitidine Injeksi 2 x 50 mg, CPg 1 x 300 mg loading, selanjutnya 1 x 75 mg P.O, Aspilet 1 x 80 mg P.O, Amlodipine 1 x 10 mg P.O, Candesartan 1 x 8 mg P.O	➢ Monitor tingkat kesadaran (mis. Menggunakan skala koma Glasgow). ➢ Monitor kesemetrisan wajah Terapeutik ➢ Hindari aktivitas yang dapat meningkatakan tekanan intrakranial Edukasi ➢ Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.
2.	Selasa, 2 Juli 2024	Hambatan Mobilitas Fisik Berhubungan dnegan penurunan kekuatan otot (D0054)	➢ Mengidentifikasi adanya nyeri atau kekuatan fisik lainnya Respon : Klien mengatakan tidak ada nyeri pada ekstermitas yang lemah, kekuatan fisi menurun, abduksi (+), aduksi (+), gerakan tidak terkordinasi atau tremor tidak	S : - Klien mengatakan tangan dan kaki kiri terasa berat dan lemas - Klien mengatakan kebutuhan di bantu oleh

			ada. ➢ Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Respon : Klien dapat melakukan pergerakan baik pasif maupun aktif secara bertahap. ➢ Memonitor frekwensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Respon : hasil observasi TD : 148/92 mmHg, N : 90x/mnt, Respirasi : 21x/mnt, S : 36,7˚C ➢ Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Respon : Klien kooperatif dan mampu melakukan pergerakan minimal yang di ajarkan. ➢ Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat,	keluarga DO : - Keadaan umum klien sakit sedang - kesadaran composmentis - akral hangat - Klien tampak lemah - Anggota gerak pada sisi kiri tampak lemas - kekuatan otot 5555/4444 - Aktiivitas klien di bantu oleh keluarga dan perawat, mobilisasi dll - Klien mengalami kelemahan pada anggota gerak kiri, klien hanya dapat melakukan fleksi ekstensi sedangkan kaki kiri hanya abduksi dan

			kruk) Respon : Klien mampu berdiri dan mobilisasi di samping tempat tidur dengan berpegangan pada bedrail tempat tidur ➢ Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi Keluarga klien kooperatif dan membantu klien dalam proses mobilisasi ➢ menjelaskan tujuan dan prosudur mobilisasi Respon : Klien dan keluarga kooperatif dan mengerti mengenai penjelasan perawat ➢ menganjurkan melakukan mobilisasi diri Respon : Klien kooepratif dan	aduksi pada pergelalngan kaki. A : - Masalah Gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi Keperawatan ➢ Identifikasi adanya nyeri atau kekuatan fisik lainnya ➢ dentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan ➢ Monitor frekwensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi ➢ Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi ➢ Terapetik

			tampak antusias untuk melakukan rentang gerak secara mandiri. ➢ Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan ➢ Respon : Klien mampu duduk di tempat tidur dan berpindah dari tempat tidur ke kursi dengan bantuan perawat dan keluarga	➢ Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk) ➢ Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu ➢ Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi ➢ Edukasi ➢ Jelaskan tujuan dan prosudur mobilisasi ➢ Anjurkan melakukan mobilisasi diri ➢ Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

3	Selasa, 2 Juli 2024	Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi (D.0111)	➢ Mengidentifikasi informasi yang akan di samapaikan Respon : Informasi yang di sampaikan adalah mengenai pentingnya rentang gerak aktif dan pasif untuk kelangsungan dan kemajuan proses penyembuhan klien ➢ Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Respon : Klien dan keluarga termotivasi dengan adanya rentang gerak aktif yang dapat membantu proses pemulihan. ➢ Memberikan kesempatan untuk bertanya	S : - Klien mengatakan mengetahui bahwa dirinya menderita stroke akan tetapi tidak mengetahui cara perawatan O : - Pasien belum memahami manfaat menggerakkan anggota tubuh untuk pasien stroke. A : Masalah Defisit pengetahuan belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi Keperawatan - Identifikasi informasi yang

			Respon : Klien dan keluarga kooperatif dan antusias untuk menanyakan mengenai penyakit dan proses penyembuhna ➢ Menjelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan Respon : Menjelaskan kepada klien dan keluarga bahwa faktor risiko yang mempengaruhi kesehatan klien saat ini adalah adanya gaya hidup yang kurangs sehat yaitu kurangnya berolahraga dan faktor merokok. ➢ Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat Respon : Klien dan keluarga kooperatif dan akan berusaha melakukan hidup sehat setelah masa perawatan di RS.	akan di samapaika - Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat - Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan - Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan - Berikan kesempatan untuk bertanya - Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan - Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat

			➢ Mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup sehat. Respon : strategi yang di gunakan adalah dengan melakukan penkes dan pendekatan serta motivasi kepada klien dan keluarga.	- Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih
4.	Rabu, 3 Juli 2024	Resiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)	➢ Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK Respon : Kes. Composmentis, akral hangat, kaku kuduk tidak ada, muntah proyektil tidak ada. ➢ Memonitor MAP Respon : TD : 150/90 MAP : 113 (Tinggi) ➢ Memonitor intake dan output cairan Respon : Intake 500 output 500 selama 8 jam	S : - Klien mengatakan Tensi darah mulai menurun - Klien mengatakan pusing kadang-kadang - klien mengatakan sudah tidak dirasa sakit pada tengkuk - Klien mengatakan bicara masih pelo - Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri masih

			Terapeutik : ➢ Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Respon : Membatasi pengunjung dan menganjurkan klien untuk beristirahat, klien kooperatif ➢ Memberikan posisi semi fowler Respon : Klien tampak nyaman dengan posisi Head up 30˚ ➢ Berkolaborasi pemberian diuretic osmosis Respon : Klien mendapatkan injeksi Lasix 2 x a ampul Bolus Pemantauan neurologis (I.06197) Observasi ➢ Memonitor ukuran bentuk, kesemetrisan dan reaktifilitas pupil. Respon : Respon pupil (+), reflek	terasa lemas dan berat. O : - Keadaan umum klien sakit sedang - Kesadaran composmentis - akral hangat - Bicara klien pelo terkadang sulit di mengerti - anggota gerak sebelah kiri tampak lemah - Kekuatan oto ektermitas kiri 5555/4444 - TD : 150/90 mmHg, - N : 80x/mnt, - Respirasi : 20x/mnt - S : 36,5˚C A : Masalah Risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi

			cahaya (+) ➢ Memonitor tingkat kesadaran Respon : Kesadaran composmentis, akral hangat E : 4 M : 6 V : 5 GCS 15 ➢ Memonitor kesemetrisan wajah Respon : wajah tampak simetris, ukuran bibir cenderung ke arah kiri Terapeutik ➢ Menganjurkan klien untuk menghindari aktivitas yang dapat meningkatakan tekanan intrakranial Respon : Klien koopertaif dan mengikuti anjuran perawat Edukasi ➢ Mengukur tekanan darah Respon : hasil observasi TD : 150/90 mmHg, N : 80x/mnt,	P : Lanjutkan Intervensi Keperawatan Manajemen peningkatan tekanan intracranial (I.09325) Observasi : ➢ Monitor tanda/gejala peningkatan TIK ➢ Monitor MAP ➢ Monitor intake dan output cairan Terapeutik : ➢ Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang ➢ Berikan posisi semi fowler Kolaborasi ➢ Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu.

			Respirasi : 20x/mnt, S : 36,5˚C ➢ Menjalankan Therapi dokter Respon : Memberikan terapi: Citicolin Injkesi 1 x 500 mg IV Mecobalamin Injeksi 2 x 500 mg IV Lasix 2 x 2 amp, Ranitidine Injeksi 2 x 50 mg IV, CPg 1 x 75 mg P.O, Aspilet 1 x 80 mg P.O, Amlodipine 1 x 10 mg P.O, Candesartan 1 x 8 mg P.O	Pemantauan neurologis (I.06197) Observasi ➢ Monitor ukuran bentuk, kesemetrisan dan reaktifilitas pupil. ➢ Monitor tingkat kesadaran (mis. Menggunakan skala koma Glasgow). ➢ Monitor kesemetrisan wajah Terapeutik ➢ Hindari aktivitas yang dapat meningkatakan tekanan intrakranial Edukasi ➢ Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.
5.	Rabu, 3 Juli	Hambatan Mobilitas Fisik	➢ Memonitor adanya nyeri atau	S :

	2024	Berhubungan dnegan penurunan kekuatan otot (D0054)	kekuatan fisik lainnya Respon : Klien mengatakan tidak ada nyeri pada ekstermitas yang lemah, kekuatan fisik menurun, abduksi (+), aduksi (+), gerakan tidak terkordinasi atau tremor tidak ada. ➢ Memonitor toleransi fisik melakukan pergerakan Respon : Klien dapat melakukan pergerakan baik pasif maupun aktif secara bertahap. ➢ Memonitor frekwensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi - Respon : hasil observasi - TD : 132/76 mmHg, - N : 88x/mnt, - Respirasi : 20x/mnt	- Klien mengatakan tangan dan kaki kiri terasa berat dan lemas - Klien mengatakan kebutuhan di bantu oleh keluarga DO : - Keadaan umum klien sakit sedang - kesadaran composmentis - akral hangat - Klien tampak lemah - Anggota gerak pada sisi kiri tampak lemas - kekuatan otot 5555/4444 - Aktiivitas klien di bantu oleh keluarga dan perawat, mobilisasi dll

			- S : 36,2˚C ➢ Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Respon : Klien kooperatif dan mampu melakukan pergerakan minimal yang di ajarkan. ➢ Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk) Respon : Klien mampu berdiri dan mobilisasi di samping tempat tidur dengan berpegangan pada bedrail tempat tidur ➢ Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi Keluarga klien kooperatif dan membantu klien dalam proses mobilisasi	- Klien mengalami kelemahan pada anggota gerak kiri, klien hanya dapat melakukan fleksi ekstensi sedangkan kaki kiri hanya abduksi dan aduksi pada pergelalngan kaki. A : - Masalah Gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi Keperawatan ➢ Identifikasi adanya nyeri atau kekuatan fisik lainnya ➢ dentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan ➢ Monitor frekwensi jantung

			➢ menjelaskan tujuan dan prosudur mobilisasi Respon : Klien dan keluarga kooperatif dan mengerti mengenai penjelasan perawat ➢ menganjurkan melakukan mobilisasi diri Respon : Klien kooepratif dan tampak antusias untuk melakukan rentang gerak secara mandiri. ➢ Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan ➢ Respon : Klien mampu duduk di tempat tidur dan berpindah dari tempat tidur ke kursi dengan bantuan perawat dan keluarga	dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi ➢ Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi ➢ Terapetik ➢ Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk) ➢ Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu ➢ Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi ➢ Edukasi ➢ Jelaskan tujuan dan prosudur mobilisasi ➢ Anjurkan melakukan mobilisasi diri

				➢ Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
6.	Rabu, 3 Juli 2024	Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi (D.0111)	➢ Memonitor pengetahuan informasi yang telah di samapaikan Respon : Informasi yang telah di sampaikan yaitu mengenai pentingnya rentang gerak aktif dan pasif untuk kelangsungan dan kemajuan proses penyembuhan klien. ➢ Memonitor faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku	S - Klien mengatakan mengetahui bahwa dirinya menderita stroke dan sudah mengetahui cara perawatan dan cara pemulihan setelah pulang dari RS. - Klien dan keluarga termotivasi untuk menjalankan gaya hidup sehat - Klien dan keluarga

			hidup bersih dan sehat Respon : Klien dan keluarga termotivasi dengan adanya rentang gerak aktif yang dapat membantu proses pemulihan. ➢ Memberikan kesempatan untuk bertanya Respon : Klien dan keluarga kooperatif dan antusias untuk menanyakan mengenai penyakit dan proses penyembuhna ➢ Menjelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan Respon : Menjelaskan kepada klien dan keluarga bahwa faktor risiko yang mempengaruhi kesehatan klien saat ini adalah adanya gaya hidup yang kurangs sehat yaitu kurangnya	mengatakan akan rutin berobat - Klien dan keluarga mengatakan akan rutin minum obat O : - Pasien sudah memahami - - - - mengenai manfaat menggerakkan anggota tubuh untuk pasien stroke. A : Masalah Defisit pengetahuan sudah teratasi P : - Evaluasi kembali

			berolahraga dan faktor merokok. ➢ Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat Respon : Klien dan keluarga kooperatif dan akan berusaha melakukan hidup sehat setelah masa perawatan di RS. ➢ Mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup sehat. Respon : strategi yang di gunakan adalah dengan melakukan penkes dan pendekatan serta motivasi kepada klien dan keluarga.	intervensi keperawatan
7.	Kamis, 4 Juli 2024	Resiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)	➢ Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK Respon : Kes. Composmentis, akral hangat, kaku kuduk tidak ada, muntah proyektil tidak ada.	S : - Klien mengatakan Tensi darah mulai menurun - Klien mengatakan pusing kadang-kadang

			➢ Memonitor MAP Respon : TD : 130/800 MAP : 96 (Normal) ➢ Memonitor intake dan output cairan Respon : Intake 500 output 500 selama 8 jam Terapeutik : ➢ Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Respon : Membatasi pengunjung dan menganjurkan klien untuk beristirahat, klien kooperatif ➢ Memberikan posisi semi fowler Respon : Klien tampak nyaman dengan posisi Head up 30˚ ➢ Memberikan therapy diuretic osmosis	- klien mengatakan sudah tidak dirasa sakit pada tengkuk - Klien mengatakan bicara masih pelo - Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri masih terasa lemas dan berat. O : - Keadaan umum klien sakit sedang - Kesadaran composmentis - akral hangat - Bicara klien pelo terkadang sulit di mengerti - anggota gerak sebelah kiri tampak lemah - Kekuatan oto ektermitas kiri 5555/4444

			Respon : Klien mendapatkan injeksi Lasix 2 x a ampul Bolus Pemantauan neurologis (I.06197) Observasi ➢ Memonitor ukuran bentuk, kesemetrisan dan reaktifilitas pupil. Respon : Respon pupil (+), reflek cahaya (+) ➢ Memonitor tingkat kesadaran Respon : Kesadaran composmentis, akral hangat E : 4 M : 6 V : 5 GCS 15 ➢ Memonitor kesemetrisan wajah Respon : wajah tampak simetris, ukuran bibir cenderung ke arah kiri Terapeutik ➢ Menganjurkan klien untuk menghindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan	- TD : 130/80 mmHg - N : 90x/mnt - Respirasi : 20x/mnt - S : 36,4˚C A : Masalah Risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi Keperawatan Manajemen peningkatan tekanan intracranial (I.09325) Observasi : ➢ Monitor tanda/gejala peningkatan TIK ➢ Monitor MAP ➢ Monitor intake dan output cairan Terapeutik :

			intrakranial Respon : Klien koopertaif dan mengikuti anjuran perawat Edukasi ➢ Mengukur tekanan darah Respon : hasil observasi TD : 150/90 mmHg, N : 80x/mnt, Respirasi : 20x/mnt, S : 36,5˚C ➢ Menjalankan Therapi dokter Respon : Memberikan terapi: Citicolin Injkesi 1 x 500 mg IV Mecobalamin Injeksi 2 x 500 mg IV Lasix 2 x 2 amp, Ranitidine Injeksi 2 x 50 mg IV, CPg 1 x 75 mg P.O, Aspilet 1 x 80 mg P.O, Amlodipine 1 x 10 mg P.O, Candesartan 1 x 8 mg P.O	➢ Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang ➢ Berikan posisi semi fowler Kolaborasi ➢ Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu. Pemantauan neurologis (I.06197) Observasi ➢ Monitor ukuran bentuk, kesemetrisan dan reaktifilitas pupil. ➢ Monitor tingkat kesadaran (mis. Menggunakan skala koma Glasgow). ➢ Monitor kesemetrisan wajah Terapeutik ➢ Hindari aktivitas yang dapat

				meningkatakan tekanan intrakranial Edukasi ➢ Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.
8.	Rabu, 3 Juli 2024	Hambatan Mobilitas Fisik Berhubungan dnegan penurunan kekuatan otot (D0054)	➢ Memonitor adanya nyeri atau kekuatan fisik lainnya Respon : Klien mengatakan tidak ada nyeri pada ekstermitas yang lemah, kekuatan fisik menurun, abduksi (+), aduksi (+), gerakan tidak terkordinasi atau tremor tidak ada. ➢ Memonitor toleransi fisik melakukan pergerakan Respon : Klien dapat melakukan pergerakan baik pasif maupun aktif secara bertahap.	S : - Klien mengatakan tangan dan kaki kiri terasa berat dan lemas - Kien mengatakan sebagian kebutuhan di bantu oelh keluarga - Klien mengatakan sudah mampu mobilisasi tanpa bantua - klien mengatakan mampu melakukan rentang gerak

			➢ Memonitor frekwensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi - Respon : hasil observasi - TD : 132/76 mmHg, - N : 88x/mnt, - Respirasi : 20x/mnt - S : 36,2˚C ➢ Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Respon : Klien kooperatif dan mampu melakukan pergerakan minimal yang di ajarkan. ➢ Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk) Respon : Klien mampu berdiri dan mobilisasi di samping tempat tidur dengan berpegangan pada bedrail	secara mandiri O : - Keadaan umum klien sakit sedang - kesadaran composmentis - akral hangat - Klien tampak lemah - Anggota gerak pada sisi kiri tampak lemas - kekuatan otot 5555/4444 - Aktiivitas klien sebagian di bantu oleh keluarga - Klien mengalami kelemahan pada anggota gerak kiri, klien hanya dapat melakukan fleksi ekstensi sedangkan kaki kiri hanya abduksi dan aduksi pada pergelalngan

			tempat tidur ➢ Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi Keluarga klien kooperatif dan membantu klien dalam proses mobilisasi ➢ menjelaskan tujuan dan prosudur mobilisasi Respon : Klien dan keluarga kooperatif dan mengerti mengenai penjelasan perawat ➢ menganjurkan melakukan mobilisasi diri Respon : Klien kooepratif dan tampak antusias untuk melakukan rentang gerak secara mandiri. ➢ Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan	kaki. - Klien mampu melakukan rentang gerak secara mandiri A : - Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi Keperawatan ➢ MOnitor adanya nyeri atau kekuatan fisik lainnya ➢ Evaluasi toleransi fisik melakukan pergerakan ➢ Monitor frekwensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi ➢ Monitor kondisi umum selama melakukan

			➢ Respon : Klien mampu duduk di tempat tidur dan berpindah dari tempat tidur ke kursi dengan bantuan perawat dan keluarga	mobilisasi ➢ Evaluasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk) ➢ Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu ➢ Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi ➢ Jelaskan tujuan dan prosudur mobilisasi ➢ Evaluasi kemandirian klien dalam melakukan mobilisasi diri ➢ Evaluasi mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari

BAB IV
ANALISIS SITUASI

4.1 Analisis Kasus Terkait Data Prevalensi Terkini Yang Dikaitkan Dengan Penyebab Penyakit Stroke

Masalah kesehatan yang terdapat dalam karya Ilmiah ini adalah pasien dnegan gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke. Stroke adalah gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda klinis fokal atau global yang berlangsung lebih dari 24 jam tanpa tanda-tanda penyebab non vaskuler, termasuk didalamnya tanda-tanda perdarahan subarakhnoid, perdarahan intraserebral, iskemik atau infark serebri (Mutiarasari, 2019).

Penyebab Stroke terjadi pada otak yang mengalami kebocoran atau pecahnya pembuluh darah yang ada di dalam otak, sehingga darah menggenangi atau menutupi ruang-ruang jaringan sel di dalam otak. Stroke hemoragik umumnya didahului oleh penyakit hipertensi. Hipertensi merupakan faktor resiko paling penting pada kejadian stroke hemoragik baik bagi laki-laki ataupun perempuan.

Tekanan darah iskemik yang meningkat cukup tinggi selama berbulanbulan atau bertahun-tahun akan mengakibatkan hialinisasi pada lapisan otot pembuluh darah serebral mengakibatkan diameter lumen pada pembuluh darah akan menjadi tetap. Apabila hal ini terjadi akan berbahaya, karena pembuluh serebral tidak dapat berdilatasi dengan leluasa guna mengatasi fluktuasi dari tekanan darah iskemik yang terjadi. Jika terjadi penurunan tekanan darah sistemik maka tekanan perfusi ke jaringan otak menjadi tidak adekuat, hingga dapat mengakibatkan iskemik serebral. Sebaliknya, apabila terjadi kenaikan tekanan darah iskemik akan mengakibatkan tekanan perfusi pada dinding kapiler menjadi tinggi yang dapat menyebabkan terjadinya hiperemia, edema, dan kemungkinan ada perdarahan pada otak (Setiawan, 2020).

Proses pengajian di lakukan pada satu pasie yaitu, Tn. H dengan menggunakan metode wawancara, observasi, serta catatan rekam medis pasien. Pengkajian tersebut dilakukan pada pasien yang di rawat di ruang neurologi RSUD Koja Jakarta.

Pada pasien dengan Stroke di dapatkan beberapa masalah keperawatan sebagaimana yang telah di tuliskan pada BAB sebelumnya, Namun masalah keperawatan yang muncul pada Tn. H adalah Perfusi perifer tidak efektif, gangguan mobilitas fisik dan deficit pengetahuan.

Untuk melihat lebih jelas asuhan keperawatan yang diberikan dan sejauh mana keberhasilan yang dicapai akan diuraikan sesuai dengan prosedur keperawatan dimulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

Dalam melakukan pengkajian pada tanggal 1 Juli 2024 ditemukan data pada Tn. H usia 55 Tahun. Pada saat pengkajian ditemukan riwayat sekarang pasien dengan keluarga pasien yang mengatakan bahwa ekstremitas sebelah kiri pasien tampak lemah sejak 1 hari SMRS, sebelumnya pasien tidak pernah menderita sakit, dan keluarga mengatakan bicara pasien pelo, pasien tampak lemah sebelah kiri dan bicara pasien kurang jelas, dari hasil pemeriksaan tingkat kesadaran di dapatkan GCS 14 (E4 V5 M5) Riwayat kesehatan dahulu pasien sebelumnya belum pernah mengalami penyakit yang sama dan tidak pernah menderita penyakit kronis lainnya. Pada pemeriksaan fisik didapatkan. Kondisi kepala dan leher pasien didapatkan rambut tampak beruban kulit kepala berminyak, tidak terdapat luka atau nyeri tekan disekitar kepala. Keadaan mata pasien tampak isokor. Telinga, hidung dan mulut serta tenggorokan pada saat pengkajian tidak ada gangguan pendengaran, mukosa bibir kering, gigi tidak lengkap, mulut tidak berbau.

Pada tinjauan teoritis ditemukan 5 Diagnosa Keperawatan, sementara pada kasus Tn. H di temukan 3 diagnosa Keperawatan yang muncul, Yaitu :

1 Risiko penurunan perfusi serebral berhubungan dengan Hipertensi
2 Hambatan mobilitas Fisik berhubungan dnegan penurunan tonus otot
3 Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi

Masalah keperawatan prioritas utama pada Tn. H adalah Risiko penurunan perfusi serebral dimana penurunan perfusi serebral ini dapat menyebabkan berbagai macam komplikasi pada tubuh pasien, terutama pada adaya gangguan bicara dan gangguan mobilitas fisik, untuk itu penulis akan membahas lebih detail mengenai gangguan mobilita fisik sebagai salah satu dari komplikasi yang terjadi karena adanya penurunan perfusi perifer.

Setelah didapatkan data maka, dapat dirumuskan rencana tindakan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan Tn. H dan penulis melakukan tindakan yaitu tentang latihan rentang gerak, memonitor kedaaan umum klien, identifikasi adanya nyeri, miring kiri dan miring kanan, fasilitasi aktivitas mobilitas dengan alat bantu, tanda Vital Sign, serta memberikan edukasi rentang gerak kepada pasien dan keluarga. Kelemahan ini mengakibatkan klien mengalami gangguan mobilitas fisik. Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam pergerakan fisik mandiri dan terarah pada tubuh atau ekstremitas atau lebih (berdasarkan tingkat aktifitas (Walkinson,2011)

Pemberian terapi rentang gerak pasif dan aktif berupa latihan gerakan pada bagian pergelangan tangan, siku, bahu, jari-jari kaki atau pada bagian ektermitas yang mengalami hemiparesis sangat bermanfaat untuk menghindari adanya komplikasi akibat kurang gerak, seperti kontraktur, kekakuan sendi menurut Irfan (dalam Eka Nur So'emah, 2014).

4.2 Analisis Intervensi dan Implementasi Keperawatan Dengan Penggunaan Penelitian Terkait.

Intervensi inovasi yang dilakukan pada kasus di atas adalah latihan ROM di tempat tidur dan Miring kiri serta miring kanan dan juga Memberikan penyuluhan.Tujuannya supaya melatih kekuatan otot agar tidak ada kekakuan pada sendi serta agar gerakan normal secara aktif ataupun pasif

Dalam menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien berdasarkan prioritas masalah yang ditemukan tidak semua rencana tindakan pada teori dapat ditegakkan pada tinjauan kasus karena rencana timdakan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keluhan yang dirasakan pasien saat pengkajian dilakukan. Latihan fisik pada pasien mengalami gangguan kebutuhan mobilitas terdiri dari mobilisasi di tempat tidur dan latihan rentang gerak, miring kiri miring kanan. Mobilisasi dini terdiri dari mobilisasi di tempat tidur dan latihan duduk. Mobilisasi dini terdiri dari mobilisasi mika miki dan rentang pergerakan sendi (Maliya & Purwanti, 2010). Intervensi yang dilakukan sesuai dengan kondisi yang dialami klien yaitu ambulasi, mobilisasi,latihan rentang gerak (range of motion), dan bantuan perawatan diri, serta pengaturan pola tidur.

Tindakan intervensi yang dilakukan pada Tn. H selama 3 hari yaitu aktivitas latihan. Sebelum melakukan aktivitas latihan pasien dilakukan pemeriksaan vital sign serta pertimbangan kondisi pasien. Dukungan ambulasi dilakukan dengan membantu dan menfasilitasi klien untuk melakukan gerakan, miring kiri miring kanan dengan menggunakan bantal, Dukungan mobilisasi untuk meningkatkan kemampuan aktivitas pergerakan fisik dilakukan dengan membantu mengarahkan klien merubah posisi berbaring miring kiri dan kanan secara bergantian setiap 2 jam. Latihan rentang gerak sebagai upaya untuk meningkatkan kemampuan gerak aktif guna mengembalikan kelenturan sendi dan mencegah terjadinya deformitas dengan cara melatih gerakan pada jari-jari tangan dan kaki, pergelangan tangan, siku, lengan, lutut dan tungkai dengan tetap berkolaborasi dengan tenaga fisioterapi. Latihan gerak pasif ini dilakukan supaya mencegah

kontraktur, setiap hari kontraktur dapat terjadi jika mobilisasi selama 8 jam. Bantuan perawatan diri dilakukan dengan mengajarkan keluarga memberi bantuan pada klien ditempat tidur seperti oral hygiene, mandi, mengganti pakaian, makanan, dan memabntu memenuhi kebutuhan eliminasi. Kelemahan yang dialami klien stroke yang menyebabkan ketidakmampuan memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari seprti mandi, berpakaian, makan dan merawat diri.

Menurut Yurida (dalam Rahmawati, Yurida Oliviani, Mardalena, 2017), latihan ini disesuaikan dengan kondisi klien dan sasarannya utamanya adalah kesadaran untuk melakukan gerakan yang dapat di kontrol dengan baik, bukan pada besarnya gerakan. Pemberian terapi rentang gerak pasif dan aktif berupa latihan gerakan pada bagian pergerakan tangan, siku, bahu, dan gari-jari atau pada bagian ektremitas yang mengalami hemiparisis sangat bermanfaat untuk menghindari adanya komplikasi akibat kurang gerak, seperti kontraktur, kekakuan sendi menurut irfan (dalam Eka Nur So'emah, 2014).

Motorik dan sensorik adalah bagian penting dalam menggerakkan anggota badan untuk melakukan aktivitas. Biasanya melibatkan pasien selama bertugas fungsional dan dirancang untuk menstimulasikan keterampilan dalam pemenuhan aktivitas, sehingga kedua komponen ini di dahulukan untuk rehabilitas. RPS bertujuan agar meningkatkan kontrol motorik dan mengembalikan fungsi sensori motorik. Proses rehabilitas pasien gangguan kebutuhan mobilisasi merupakan proses motor learning yang merupakan satu set proses latihan yang mempengaruhi keadaan dengan melibatkan memori jangka panjang tenang kemampuan motorik dan di pelajari kembali sehingga memudahkan pasien untuk memiliki kemampuan motorik yang telah di pelajari dulu (Mudie & Matyas, 2010).

Munurut Muhamad Ardi, (2019) pemberian dukungan ambulasi, dukungan mobilisasi, gangguan mobilitas fisik memberikan perawatan diri, dan memberikan edukasi pada keluarga, penerapan pelaksanaan tindakan

dalam mengurangi kecacatan dan kelemahan otot, ektremitas pada klien dengan gangguan mobilitas fisik.

Menurut hasil penelitian Rina Bidi Kristiani, (2017) menunjukkan terdapat peningkatan kekuatan otat dari skala 3 ke skala 4 dan dari skala 4 ke skala 5 setelah dilakukan Range of Motion Exercise. Uji statistik T-test menunjukkan p value 0.000 (x < 0,005) menyatakan ada pengaruh. Oleh karena itu dengan pemberian Range of Motion Exercise mampu meningkatkan kekuatan otot. Menurut hasil penelitian diatas disimpulkan bahwa malakukan latihan kekuatan mendapat peningkatan hasil yang maksimal sehingga kekuatan otot bisa meningkat karean adala latihan gerak sendi yang dilakukan dengan sempurna sehingga kakakuan otot menjadi berkurang bahkan bisa hilang, sehingga gerakan menjadi normal kembali.

Setelah dilakukan intervensi keperawatan kepada Tn. H selama 3 hari di mulai pada tanggal 1 juli pengkajian dan tertanggal 2 juli sampai dengan 4 juli 2024 dengan gangguan mobilitas fisik dan intervensi yang di lakukan yaitu melatih rentang gerak dan memberikan edukasi kepada klien dan keluarga, dapat disimpulkan bahwa adanya pengaruh intervensi latihan rentang gerak dengan gangguan kebutuhan mobilitas sebelum dan sesudah intervensi diberikan.

4.3 Refleksi Proses Pembelajaran Terkait Optimmisasi Rentang Gerak Pada Pasien Stroke

Penulisan ini di latar belakangi oleh banyaknya pasien stroke yang mengalami kontraktur sendi yang tidak segera di lakukan latihan rentang gerak. Setelah melakukan pengkajian sampai dengan Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada Tn. H dan di lakukan intervensi Rentang gerak di harapkan mampu menerapkan dan mengimplementasikan pada pasien-pasien yang mengalami hemiparese dan gangguan mobilitas agar komplikasi tidak berkelanjutan.

Berdasarkan dari perencanaan keperawatan pasien melakukan beberapa aktifitas yang masing-masing diagnosa, penulis melakukan

komunikasi setiap tindakan dan kegiatan yang dilakukan, konseling, penyuluhan, memberikan asuhan keperawatan langsung, serta tindakan penyelamatan jiwa seperti keadaan psikososial dan spiritual Tn. H

Komunikasi yang digunakan adalah komunikasi terapeutik dimana penulis dan Tn. H serta keluarga menjalin hubungan saling percaya, sehingga pasien nyaman saat dilakukan tindakan.

Peran keluarga juga cukup penting dalam tingkat keberhasilan terapi ,menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh festy (2009) semakin baik peran yang dimainkan oleh keluarga dalam pelaksanaan program terapi maka semakin baik pula hasil yang akan dicapai. Peran keluarga terdiri dari peran sebagai motivator, edukator dan peran sebagai perawat.

BAB V
PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Gangguan mobilisasi adalah suatu keadaan keterbatasan tubuh pada pergerakan fisik tubuh baik satu ataupun lebih pada ektremitas secara mandiri dan terarah seperti kelemahan otot dan kerusakan ektremitas yang disebabkan oleh suatu penyakit.

Berdasarkan asuhan keperawatan pada Tn. H pada tanggal 1 juli 2024 sampai dengan tanggal 4 Juli 2024 dengan keluhan lemah pada bagian ekstremitas bagian sebelah kiri dan bicara pelo.

Dari hasil intervensi yang dilakukan pada Tn. H latihan rentang gerak pada Tn. H yaitu untuk memabantu pergerakan agar tidak terjadi kekakuan pada sendi.

Dari implementasi yang dilakukan pada Tn. H didapatkan adanya kelemahan pada ekremitas bagian sebelah kiri. Dengan memberikan latihan rentang gerak selama 2x sehari diwaktu pagi dan siang dan di pantau oleh keluarga Tn. H.

Dari hasil evaluasi dilakukan bahwa ada semua masalah belum teratasi selama 4 hari sehingga dapat disimpulkan bahwa :

1 Mahasiswa sudah mampu menggambarkan analisis asuhan keperawatan (pengkajian,menegakkan diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi pada Tn. H dengan latihan rentang gerak.
2 Mahasiswa sudah mampu menganalisa hasil implementasi asuhan keperawatan dengan intervensi latihan rentang gerak dengan masalah gangguan mobilitas.
3 Dari hasil pemberian asuhan keperawatan pada Tn. H dengan gangguan kebutuhan mobilisasi di ruang Neurologi RSUD Koja dapat disimpulkan sebagai berikut

4 Gangguan mobilisasi adalah suatu keadaan keterbatasan tubuh pada pergerakan fisik tubuh baik satu ataupun lebih pada ektremitas secara mandiri dan terarah seperti kelemahan otot dan kerusakan ektremitas yang disebabkan oleh suatu penyakit

5 Penyakit stroke yang sering di derita dalah stroke dengan gangguan kebutuhan mobilitas (hampir 80%) dan sisanya (20%) terkena stroke hemoragik.

6 Klien stroke yang mengalami kelemahan pada ektremitas dengan kekuatan otot bervariasi, kelemahan pada ekstremitas menyebabkan gangguan mobilitas fisik dan defisit perawatan diri. Intervensi yang di perlukan pada klien adalah mengobservasi tanda tanda vital sebelum dan sesudah melakuan tindakan ambulasi, mobilisasi, dan latihan rentang gerak (range of motion) memotivasi klien untuk mau melakukan latihan mobilitas fisik, membimbing dan memotivasi klien untuk melakukan perawatan diri. Selain itu evaluasi dalam 3 hari menggali peningkatan kemampuan mobilitas dan kekuatan otot.

5.2 Saran

Dengan terselesaikannya asuhan keperawatan pada keluarga Tn. H dengan gangguan mobilitas ingin memeberikan masukan terutama kepada :

1. Pasien dan keluarga

   Diharapkan informasi yang di dapat menjadi pengalaman bagi pasien dan keluarga khususnya penyakit dengan gangguan kebutuhan mobilitas sehingga pasien disiplin dalam pengobatan, dan diharapkan bagi keluarga agar memberikan motivasi serta dukungan agar yakin penyakitnya akan sembuh dan meminimalkan komplikasi.

2. Bagi Institusi Pendidikan

   Diharapkan kepada institusi pendidikan untuk lebih menambah referensi mengenai gangguan kebutuhan mobilisasi dan memperdalam lagi ilmu pembelajaran stroke dengan gangguan mobilitas serta optimisasi latihan rentang gerak yang dilakukan.

3. Bagi Penulis selanjutnya

   Diharapkan bias mendapatkan intervensi inovatif yang lebbih mendalam dalam penanganan gangguan kebutuhan mobinltas fisik dan juga memberikan perbandingan tindakan keprawatan pada pasien yang berbeda tetapi dengan kasus yang sama.

DAFTAR PUSTAKA

Arum, Sheria Puspita. (2015). *Stroke kenali cegah dan obati*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Baehr, Frotscher. (2017). *Diagnosis topi; neurologi DUUS: anatomi, fisiologi, tanda, gejala*. Edisi 4. Jakarta: EGC.

Budi, Hendri dan Agonwardi. (2016*). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Latihan Range Of Motion (ROM) Terhadap Keterampilan Keluarga Melakukan ROM Pasien Stroke.* Dikutip dari ejournal.kopertis10.or.id pada tanggal 22 Januari 2018.

Hasanah, Nurul. (2015). *Laporan Pendahuluan Hambatan Mobilitas Fisik*. Diakses dari htpp://www. Laporan-pendahuluan-hambatan-mobilitasfisikpdf.com pada tanggal 18 januari 2018.

Irfan, M. (2014). *Fisioterapi bagi insan stroke.* Yogyakarta: Graha Ilmu.

Kemenkes RI. (2017). *Profil kesehatan indonesia tahun 2016.* indonesia: kementrian kesehatan republik indonesia. Diakses dari http://www.kemkes.go.id

Riskesdas. (2018). *Kementerian kesehatan badan penelitian dan pengembangan kesehatan.* Kementerian Kesehatan RI. Diakses dari http://www.depkes.go.id.

Sand, E., Wong, L., Lam, M, Y., Panerai, R, B., Robinson, T, G., & Minhas, J, S. (2020). *The effects of gradual change in head positioning on the relationship between systemic and cerebral haemodinamic parameters in healthy controls and acute ischaemic stroke patients. Brain Sciences*, 9(11), 1-17. https://doi.org/https://doi.org/10.3390/brainsci10090582

SDKI, DPP PPNI. 2018. *Standar diagnosis keperawatan indonesia: definisi dan indikator diagnostik*. 1st ed. Jakarta: DPP Persatuan Perawat Indonesia.

SIKI, DPP PPNI. 2018. *Standar intervensi keperawatan indonesia: definisi dan tindakan keperawatan*. 1st ed. Jakarta: DPP Persatuan Perawat Indonesia.

Yonata, A, and S Pratama. 2016. *Hipertensi sebagai faktor pencetus terjadinya stroke*. Jurnal Kesehatan, 5(3), 20-26. https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i2.435

LAMPIRAN

UNIVERSITAS BINAWAN	**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN FAKULTAS KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN UNIVERSITAS BINAWAN**	
	Lembar Revisi Matriks Bimbingan Kian	Juli 2024

Nama Mahasiswa : Geno Eva Titin

Judul Penelitian : Optimalisasisasi Tekhnik Rehabilitasi Rentang Gerak Pada Pasien Strokedi ruang Neuro RSUD Koja

Pembimbing : Ns. Agung Setiyadi, S.Kep., MSN

Penguji : Sondang Manurung, S.Kp., M.Kep

No	Tanggal	Materi Konsultasi	Saran Pembimbing	Tanda Tangan Dosen
1.	15 Juli 2024	1. Judul 2. Pendahuluan 3. BAB 2 4. Masalah yang muncul pada pengkajian Gordon 5. Diagnosa keperawatan pertama	1. Pada judul optimisasi di ganti menjadi optimalisasi 2. Pada pendahuluan dimasukkan pentingnya rehabilitasi ROM 3. Pada BAB 2 menggunakan secara umum pengkajian pola Gordon 4. Pada pengkajian pola Gordon di masukkan masalah yang muncul pada setiap pola 5. Diagnosa keperawatan perfusi perifer di ganti menjadi penurunan perfusi serebral	Ns. Agung Setiyadi, S.Kep., MSN
2.	17 Juli 2024	BAB 1 s/d BAB V	ACC sidang	Ns. Agung Setiyadi, S.Kep., MSN

3.	18 Juli 2024	Sidang KIAN	1. Pada BAB III pada pemeriksaan penunjang Hasil normal dihitamkan	Ns. Agung Setiyadi, S.Kep., MSN
4.	18 Juli 2024	Sidang Kian	1. Pada abstrak di masukan evaluasi dari hasil tindakan optimalisasi tekhnik rehabilitasi rentang gerak 2. Pada BAB I ada beberapa literasi yang tidak di masukkan ke dalam daftar pustaka 3. Penulisan dengan bahasa asing menggunakan huruf miring 4. Jika sumbernya sama tidak perlu pengulangan dalam referensi 5. Pada penulisan huruf di tengah tidak menggunankan huruf besar 6. Pada pengkajian pola Gordon penempatan masalah yang muncul 7. Pada BAB IV Analisa intervensi dan implementasi di fokuskan pada pembahasan	Sondang Manurung, S.Kp., M.Kep