



**PENERAPAN *RANGE OF MOTION (ROM) EXERCISE* DENGAN
ISOMETRIC HANDGRIP EXERCISE TERHADAP PASIEN
STROKE DENGAN MASALAH GANGGUAN
MOBILITAS FISIK**

**MUHAMMAD IKHWAN ALFARID
(A01802447)**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH GOMBONG
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
TAHUN AKADEMIK
2020/2021**



**PENERAPAN *RANGE OF MOTION (ROM) EXERCISE* DENGAN
ISOMETRIC HANDGRIP EXERCISE TERHADAP PASIEN
STROKE DENGAN MASALAH GANGGUAN
MOBILITAS FISIK**

Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan
Program Pendidikan Keperawatan Program Diploma III

**MUHAMMAD IKHWAN ALFARID
A01802447**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH GOMBONG
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
TAHUN AKADEMIK
2020/2021**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Muhammad Ikwhan Alfarid

NIM : A01802447

Program Studi : Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan karya tulis ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Gombong, 30 Januari 2021

Pembuatan Pernyataan



Muhammad Ikwhan Alfarid

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai Civitas Akademik STIKES Muhammadiyah Gombong, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Muhammad Ikwhan Alfariid
NIM : A01802447
Program Studi : Keperawatan Program Diploma
Jenis Karya KTI (Karya Tulis Akhir) : Keperawatan Medikal Bedah

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada STIKES Muhammadiyah Gombong **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** atas Karya Tulis Ilmiah saya yang berjudul "*PENERAPAN RANGE OF MOTION (ROM) EXERCISE DENGAN ISOMETRIC HANDGRIP EXERCISE TERHADAP PASIEN STROKE DENGAN MASALAH GANGGUAN MOBILITAS FISIK*". Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan), dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini. STIKES Muhammadiyah Gombong berhak menyimpan, mengalih media/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.

Dibuat di : Gombong
Pada Tanggal : 30 Januari
2021

Yang Menyatakan



Muhammad Ikwhan Alfariid

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Muhammad Ikhwan Alfarid NIM: A01802447 dengan judul “PENERAPAN *RANGE OF MOTION (ROM) EXERCISE* DENGAN *ISOMETRIC HANDGRIP EXERCISE* TERHADAP PASIEN STROKE DENGAN MASALAH GANGGUAN MOBILITAS FISIK” telah diperiksa dan disetujui untuk diajukan.

Gombong, 22 Juli 2021

Pembimbing



Podo Yuwono, S.kep.,Ns.,M.Kep.,CWCS

Mengetahui,

Ketua Program Studi Keperawatan Keperawatan D-3



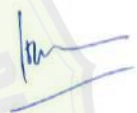
Nurulaila, S.Kep.,Ns., M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Muhammad Ikhwan Alfarid NIM: A01802447 dengan judul “PENERAPAN *RANGE OF MOTION (ROM) EXERCISE* DENGAN *ISOMETRIC HANDGRIP EXERCISE* TERHADAP PASIEN STROKE DENGAN MASALAH GANGGUAN MOBILITAS FISIK” telah dipertahankan didepan dewan penguji pada tanggal 27 Juli 2021.

Dewan Penguji

Penguji Ketua

Irmawan Andri, S.Kep,Ns.,M.Kep ()

Penguji Anggota

Podo Yuwono, S.Kep,Ns.,M.Kep CWCS ()

Mengetahui

Ketua Program Studi Keperawatan Program D-3

Nurlaila, S.Kep.Ns., M.Kep

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Warohmatullohi Wabarokatuh

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Allah SWT yang memberikan rahmat dan hidayat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul “PENERAPAN *RANGE OF MOTION (ROM) EXERCISE* DENGAN *ISOMETRIC HANDGRIP EXERCISE* TERHADAP PASIEN STROKE DENGAN MASALAH GANGGUAN MOBILITAS FISIK”. Adapun tujuan pembuatan karya tulis ilmiah ini untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan Tugas Akhir Program DIII Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong Tahun Akademik 2020/2021.

Dalam menyelesaikan penulisan karya tulis ilmiah ini, penulis banyak mendapat hambatan, namun berkat bimbingan dan pengarahan dari berbagai pihak akhirnya karya tulis ilmiah ini dapat diselesaikan. Oleh karena itu dalam kesempatan ini penulis mengucapkan banyak terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

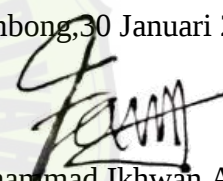
1. Hj.Herniyatun, M.Kep.,Sp.Mat. selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong.
2. Nurlaila, S.Kep.Ns.M.Kep selaku ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong.
3. Podo Yuwono,S.Kep.Ns.,M.Kep.,CWCS selaku pembimbing yang telah berkenang memberikan bimbingan dan pengarahan.
4. Hendri Tamara Yuda,S.Kep.Ns.,M.Kep selaku Pembimbing Akademik.
5. Seluruh Dosen dan Staf karyawan Prodi D III Keperawatan yang telah membantu kelancaran proses penulisan proposal karya tulis ilmiah.
6. Keluarga tercinta terutama kedua orang tua saya yang telah memberikan doa serta dukungan dalam penyusunan proposal karya tulis ilmiah ini.
7. Teman-teman seperjuangan kelas B Program Studi D III Keperawatan STIKES Muhammadiyah Gombong yang senantiasa selalu memberikan semangat satu sama lain dalam penyusunan proposal karya tulis ilmiah ini.

8. Teman-teman seperjuangan satu almamater dan beda almamater yang senantiasa selalu memberikan semangat satu sama lain dalam penyusunan proposal karya tulis ilmiah ini.

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna baik dari segi penulisan, bentuk, dan isi. Oleh karena itu, penulis mengharapkan adanya kritikan dan saran dari semua pihak yang bersifat membangun demi perbaikan. Penulis berharap semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi perkembangan dan keperawatan selanjutnya.

Wassalamu'alaikum Warohmatullohi Wabarokatuh

Gombong, 30 Januari 2020


Muhammad Ikhwan Alfarid

Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong
KTI, Juli 2020
Muhammad Ikhwan Alfarid¹, Podo Yuwono²

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK PADA PASIENT STROKE DI RSU PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG

Latar Belakang: ROM dengan handgrip exercise merupakan bentuk terapi latihan gerak aktif pasitif yang ditujukan kepada pasien stroke dengan hipertensi dan gangguan mobilitas fisik untuk merangsang tangan dalam melakukan pergerakan sehingga dapat mengembalikan kemampuan ekstremitas, dan menurunkan darah tinggi.

Tujuan: Menggambarkan asuhan keperawatan dengan penerapan latihan ROM dengan Handgrip exercise untuk mengatasi masalah gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke.

Metode: Metode KTI menggunakan deskriptif analitis dengan pendekatan studi kasus melalui wawancara, observasi dan data rekam medis. Sasaran 3 pasien dengan diagnosa yang sama, alatnya handgrip dan WWZ, dan alat ukur tensi meter dan penilaian kekuatan otot.

Hasil: Setelah dilakukan latihan pada ketiga pasien selama 3 hari didapatkan hasil kekuatan otot ketiga pasien mengalami peningkatan.

Kesimpulan: ROM dengan latihan handgrip menunjukkan hasil yang signifikan untuk perawatan pasien stroke

Rekomendasi Penelitian selanjutnya diharapkan dapat meningkatkan program latihan untuk mendapatkan hasil yang maksimal dan meningkatkan intensitas latihan untuk mencegah komplikasi

Kata Kunci: *rom, handgrip, gangguan, stroke.*

DIII Program of Nursing Department
Muhammadiyah Health Science Institute of Gombong
Scientific Paper, July 2020.
Muhammad Ikhwan Alfarid¹, Podo yuwono²

ABSTRACT

NURSING CARE FOR STROKE PATIENTS WITH PHYSICAL MOBILITY DISRUPTION IN MUHAMMADIYAH GENERAL HOSPITAL OF GOMBONG

Background: Active exercise by ROM with handgrip exercise can be a therapy as a part of the exercises of active-passive movement for a stroke patients to simulate their movement of muscle contractions. Hopefully, it can help them gain the missing of extremity of motoric ability and reduce hypertension.

Objective: Describing a nursing care by applying active exercise ROM with handgrip exercise to overcome the disruption of physical mobility of stroke patients.

Method: This scientific writing is an analytical descriptive with case study, interview and medical records. Target 3 patients with the same diagnosis. Instrument using by handgrip and WWZ. Measurement using by tensiometer and strengthen of muscle scale

Result: After conducting active exercise for 3 days, there was increase of muscular strength of the three patients.

Conclusion: ROM with handgrip exercise can show significant result of nursing care for stroke patients

Recommendation: Further research is hopefully conducted to improve the exercise in order to get significant results and to increase exercise intensity so that no more other complication .

Keywords: *rom, handgrip, disruption, stroke.*

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK.....	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI.....	x
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan	8
1.4 Manfaat	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Asuhan Keperawatan	10
2.1.1 Pengkajian	10
2.1.2 Diagnosa	37
2.1.3 Intervensi	38
2.1.4 Implementasi	39
2.1.5 Evaluasi	40
2.2 Konsep Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke	41
2.2.1 Pengertian.....	41
2.2.2 Manifestasi Klinis	41
2.2.3 Manajemen Hambatan Mobilitas Fisik	42
2.3 Konsep Range Of Motion exercise dengan Handgrip Exercise	43
2.3.1 Pengertian	43

2.3.2 Standar Operasional Prosedur ROM.....	43
2.3.3 Standar Operasional Prosedur Handgrip Exercise	50
BAB III METODE STUDI KASUS	
3.1 Jenis/Desain/Rancangan Studi Kasus	54
3.2 Subyek Studi Kasus	54
3.3 Fokus Studi Kasus	55
3.4 Definisi Operasional	55
3.5 Instrumen Studi Kasus	55
3.6 Metode Pengumpulan Data	56
3.7 Lokasi dan waktu studi kasus	56
3.8 Analisis data dan penyajian data	56
3.9 Etika Studi Kasus	57
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1 Hasil Studi Kasus	59
4.1.1 GAMBARAN UMUM.....	59
4.1.2 RINGKASAN PROSES PENGKAJIAN.....	60
4.2 Pembahasan.....	77
4.3 Keterbatasan Studi Kasus.....	85
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Kesimpulan	86
5.2 Saran.....	87
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

BAB I

PENADUHULUAN

1.1 Latar belakang

Menurut *world health organization* [WHO] stroke didefinisikan sebagai suatu gejala gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak baik fokal maupun global yang berlangsung 24 jam atau lebih (Nasution, 2013). Stroke adalah suatu sindrom klinis yang ditandai dengan hilangnya fungsi otak secara akut dan dapat menimbulkan kematian (*World Health Organization [WHO]*, 2016). Hal ini dikarenakan oleh perdarahan spontan pada area otak tertentu (stroke hemoragik) (warlow et al, 2008). Stroke merupakan penyakit neurologis yang dapat menyebabkan hilangnya kemampuan fungsi motorik pada penderitanya. Serangan stroke mengakibatkan kemampuan motorik pada pasien mengalami kelemahan atau hemiparesis (Nasir, 2017). Stroke merupakan kondisi gangguan fungsi tubuh yang dapat dipastikan dengan tanda gejala yang diakibatkan pada masalah di otak, sehingga dapat mengakibatkan kematian lebih cepat. Stroke mempengaruhi fungsi tubuh yang bisa berakibat fatal apabila tidak ditangani dengan cepat.

Pasien stroke mengalami aliran darah yang menurun atau aliran darah berhenti sehingga otak kekurangan darah dan oksigen, hal tersebut menjadi kegawatdaruratan medik. Stroke haemoragik atau haemoragik intrakranial terjadi ketika pembuluh darah serebra ruptur. Terdapat dua jenis stroke haemoragik, haemoragik intraserebral dan haemoragik subaraknoid. Haemoragik intrakranial biasanya terjadi tiba-tiba, seringkali ketika orang yang terkena terlibat pada beberapa aktivitas. Meskipun hipertensi merupakan penyebab yang paling umum, berbagai faktor dapat berpengaruh terhadap stroke haemoragik, termasuk ruptur dinding arteri, plak rapuh berkerak, ruptur aneurisma intrakranial, trauma, pengikisan pembuluh darah.

Stroke haemorargik dapat mengakibatkan terjadinya gangguan keseimbangan tubuh, hal seperti ini ada hubungan bermakna antara efek postur tubuh terhadap keseimbangan statik pada lansia yang mengalami gangguan stroke haemorargik (Sulaiman&Anggraini, 2018). (Anggraini., et al 2018) mengatakan stroke haemorargik juga berpengaruh dalam peningkatan otot tangan dan kaki. Masalah keperawatan yang sering ditemukan adalah gangguan mobilitas fisik, yaitu keterbatasan dalam gerak 1 ekstremitas atau lebih secara mandiri (PPNI, 2016). Penderita stroke atau lumpuh sebagian tubuh akan merasa kehilangan kekuatan pada anggota gerak, sehingga pasien stroke akan mengalami kesulitan untuk beraktivitas. Hambatan mobilitas fisik merupakan suatu keadaan di mana adanya keterbatasan fisik baik gerakan satu fisik atau lebih pada ekstremitas yang disebabkan karena penyakit (Nanda 2018-2020).

Data World Stroke Organization menunjukkan bahwa setiap tahunnya ada 13.7 juta kasus baru stroke dan sekitar 5.5 juta kematian terjadi akibat penyakit stroke. Sekitar 70% penyakit stroke 87% kematian dan disabilitas akibat stroke terjadi pada Negara berpendapatan rendah dan menengah lebih dari empat decade terakhir, kejadian stroke dengan negara berpendapatan rendah dan menengah meningkat dua kali lipat, sementara itu kejadian stroke pada Negara berpendapatan tinggi menurun 41%. 15 tahun terakhir kejadian dan kematian stroke pada Negara berpendapatan rendah dan menengah lebih banyak daripada Negara dengan berpendapatan tinggi (Infodatin, 2019)

Hasil Rikesda tahun 2018 berdasarkan diagnoas dokter menunjukkan bahwa penyakit tidak menular seperti stroke mengalami peningkatan jika dibandingkan tahun 2013 berdasarkan diagnosa nakes. Secara nasional prevalansi stroke di Indonesia tahun 2018 berdasarkan diagnosis dokter prevalansi stroke di Indonesia sebesar 10.9% atau diperkirakan sebanyak 2.120.362 orang. Provinsi Kalimantan timur (14.7%), DI Yogyakarta (14.6%) merupakan provinsi tertinggi stroke di indonesia.

Sementara itu provinsi Papua dan Maluku utara memiliki prevalansi stroke terendah dibandingkan provinsi lainnya yaitu 4.1% dan 4.6%. Provinsi Jawa Tengah berdasar hasil Riset kesehatan tahun 2018 jumlah stroke Berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur >15 tahun sebesar 96.794 kasus. Kabupaten Kebumen tahun 2018, tiga penyakit teratas yang tidak menular adalah hipertensi (23735) kasus, Diabetes Melitus (7272) kasus, dan Asma Bronkial (3214) kasus. Sedangkan penyakit tidak menular yang lain yaitu Dekomposio Kordis sebanyak 871, Psikosis sebanyak 406, Stroke sebanyak 2048 kasus, Angina pektoris sebanyak 125 kasus, PPOK 1877 kasus, Ca Mammary sebanyak 243 kasus, Ca Serviks sebanyak 45 kasus, AMI sebanyak 148 kasus, dan Ca Hepar 12 kasus. Sementara di Kota Kebumen Berdasarkan data puskesmas dan Rumah Sakit 2017 Stroke hemoragik sebesar 297, Stroke non hemoragik sebesar 1322. Pasien stroke yang tidak segera teratasi akan mengalami gangguan pada status mental, bicara tidak lancar akibat kelumpuhan pada wajah, gangguan persepsi pada penglihatan dan kelumpuhan yang berdampak pada ulkus diabetikum (Dinkes Jateng, 2015). Berdasarkan informasi dari rekam medis di RS PKU Muhammadiyah Gombong jumlah pasien dirawat pada tahun 2020 sebanyak 58 kasus.

Golden Time (waktu emas) penanganan pasien stroke, yaitu 3 jam setelah terjadi serangan terutama pada pasien stroke iskemik. Waktu ini digunakan untuk pengoreksian sumbatan yang terjadi di otak (WIDI-N 2013 dalam harian Republika 3 Oktober 2013). Dengan begitu ketika diduga seseorang mengalami stroke harus dilakukan dengan pemeriksaan singkat yaitu FAST (*Face, Arms, Speech, Time*), sehingga apabila terjadi kegawatdaruratan dilakukan tindakan atau pertolongan pertama baru kemudian dilakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah mobilitas fisik secara komprehensif. Pasien stroke non haemoragik sering mengalami masalah pada neuro-muskuloskeletal yang dapat berpengaruh terhadap kemampuan mobilitas pasien.

Sekitar 90% pasien yang mengalami serangan stroke secara tiba-tiba akan mengalami kelemahan atau kelumpuhan, kelumpuhan ini masih bisa dialami pasien sampai keluar dari rumah sakit, sehingga pasien stroke mengalami gangguan untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Kelumpuhan merupakan salah satu gejala klinis yang diakibatkan oleh penyakit stroke (Hermand, 2015).

Gangguan seperti kelemahan yang terjadi pada tangan pasien non hemoragik dapat mengganggu pemenuhan kebutuhan sehari-hari pasien. Sebesar 70% pasien stroke non hemoragik akan mengalami kelumpuhan (disabilitas) sehingga membatasi penderita untuk berperan aktif sebagai anggota di masyarakat (Goffir, 2009). Intervensi utama pada pasien stroke dengan masalah hambatan mobilitas fisik yaitu dengan memberikan dukungan ambulasi dan mobilisasi. Dukungan ambulasi yaitu memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik (PPNI, 2018). Mobilisasi dapat mencegah terjadinya luka tekan dan penurunan kapasitas vital paru (Ardi, 2012). Tindakan yang dapat dilakukan oleh perawat yaitu latihan mobilisasi, tirah baring setiap 2 jam sekali untuk mencegah kekakuan otot pada ekstremitas, dan memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien maupun keluarga tentang peningkatan mobilitas fisik.

Range Of Motion (ROM) merupakan salah satu terapi pemulihan dengan cara latihan otot untuk mempertahankan kemampuan pasien menggerakkan persendian secara normal dan lengkap (Tseng, et al., 2007). Upaya yang telah dilakukan untuk penanganan pasien stroke non hemoragik dengan pemberian latihan *passif range of motion* (PROM) pada ekstremitas atas pasien stroke dengan keterbatasan hemiparase tangan kiri dengan tangan kanan akan berbeda. Whittall, et al (2005) dalam penelitiannya menyimpulkan terdapat perbedaan fungsi motorik dasar antara lesi di hemisfer lebih dominan dan non dominan.

Kurang efektifnya latihan ROM pada pasien stroke dapat berdampak kontraktur dan kekakuan sendi. Untuk mencegah kekakuan sendi serta kekakuan banyak kurang berhasil karena pasien kurang kooperatif, dan cepat lelah sehingga pasien malas melakukan ROM. Latihan fungsi menggenggam dengan menggerakkan tangan untuk mengepalkan rapat rapat membantu membangkitkan kembali kendali otak untuk mengendalikan otot-otot (Levine, 2009). Latihan ROM yang penting pada tangan untuk aktivitas sehari-hari seperti adduksi, abduksi, fleksi, serta ekstensi diberikan 2 kali sehari selama 8 hari. Teknik ini akan melatih reseptor (nonsiseptor) sensorik dan motorik. Korteks yang menuju otot lain juga membesar ukurannya jika pembelajaran melibatkan otot-otot ini (Irfan, 2010). Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh khairutinnisa (2017), diketahui bahwa hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa faktor utama yang terbukti terjadinya stroke adalah hipertensi, sehingga faktor tersebut harus diperhatikan.

Hipertensi atau tekanan darah tinggi merupakan factor risiko yang dapat mengakibatkan penyempitan atau pecahnya pembuluh darah otak. Hipertensi yang tidak terkontrol menyebabkan penebalan pada dinding pembuluh darah sehingga dapat menyumbat dan mengakibatkan pecahnya pembuluh darah otak. Perdarahan yang diakibatkan oleh pecahnya pembuluh darah akan sangat fatal apabila terjadi interupsi aliran darah ke bagian distal, selain itu darah yang keluar dari ekstrasvaskuler akan tertimbun menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial, sedangkan menyempitnya pembuluh darah dapat mengakibatkan kematian (soebroto, 2010). Hipertensi merupakan factor yang sangat berkontribusi terhadap kejadian stroke iskemik maupun haemoragik, semakin tinggi tekanan darah maka semakin tinggi kemungkinan mengalami stroke. Riyadina dan Rahajeng (2013) mengatakan bahwa masyarakat yang menderita hipertensi beresiko 4 kali lebih besar untuk mengalami penyakit stroke dibandingkan yang tidak menderita hipertensi.

Tujuan utama pengobatan hipertensi secara umum adalah menurunkan angka mortalitas dan morbiditas. Pengobatan primer terbagi menjadi dua yaitu farmakologi dan non farmakologi. Terapi farmakologi yang dapat dilakukan yaitu menggunakan obat antihipertensi dengan 1 obat atau dikombinasikan. Menurut *European Society Of Hypertension*, 2013, kombinasi obat yang dianjurkan meliputi kombinasi tiazid diuretic efektif dengan ARB, Ca antagonis atau ACEI, ARB efektif dikombinasikan dengan tiazid, dan Ca antagonis tidak direkomendasikan dikombinasikan dengan ARB, Tiazid diuretic atau ACEI. Dan Cs antagonis tidak direkomendasikan dikombinasikan dengan ARB. Terapi nonfarmakologi yang dapat dilakukan yaitu mengatur pola makan DASH (*Dietary Approach to Stop Hypertension*) yang banyak akan kalium dan kalsium, diet rendah natrium, aktivitas fisik dan menghindari alkohol. Aktivitas fisik merupakan salah satu terapi alternatif yang dikembangkan dalam upaya untuk mengatasi hipertensi (Smart, et al, 2014). Latihan relaksasi juga ditemukan dapat menurunkan tekanan darah, efektif untuk mengontrol tekanan darah dan mengendalikan stress.

Latihan *isometric* meskipun sebelumnya dikaitkan dengan respon peningkatan tekanan darah, beberapa penelitian terbaru menyarankan latihan ini sebagai terapi nonfarmakologis untuk mengatasi hipertensi (Carlson, et al 2014). Latihan *isometric* merupakan latihan statis apabila otot berkontraksi tanpa adanya perubahan pada panjang otot ataupun pergerakan sendi yang terlihat. Bentuk latihan ini dapat dilakukan di mana saja, dari intensitas ringan hingga sedang, penggunaan alat relative lebih murah dan waktu yang diperlukan relative lebih sedikit membuat latihan ini berpotensi terhadap kepatuhan klien (Carlson, et al, 2014). Latihan *isometric* yang dikembangkan sebagai latihan untuk menurunkan hipertensi yaitu menggunakan *handgrip*. *Handgrip* merupakan alat yang biasa digunakan untuk mengatur otot tangan genggam tangan yang sangat penting untuk melakukan aktivitas sehari-hari dan berolahraga.

Dari pernyataan ilmiah tentang pendekatan alternatif terhadap latihan untuk menurunkan tekanan darah tinggi, *American Heart Association* (AHA) didukung dengan panduan perangkat pernapasan dan pelatihan *Isometric Handgrip* menjelaskan bahwa isometric handgrip sebagai terapi pembantu efektif terhadap penurunan tekanan darah dan setuju untuk digunakan secara klinis (McGowan,. et al, 2017) .Latihan isometric handgrip dapat reaktivitas kardiovaskuler terhadap stressor psikologis pada orang dengan tekanan darah tinggi (McGowan,.et al, 2013).

Penelitian sebelumnya yang dilakukan terhadap responden yang mengalami tekanan darah tinggi juga menjelaskan bahwa pasien yang diberikan latihan *isometric handgrip exercise* selama 5 hari berturut-turut memperlihatkan penurunan pada diastolic dan sistolik yang bermakna setelah dilakukan dan sebelum diberikan intervensi (Syamsuriana Sabra, 2015).

Salah satu pelatihan yang dapat diberikan pada pasien stroke untuk memaksimalkan kekuatan otot genggam yaitu menggunakan *hand gripper*. *Hand gripper* digunakan dengan cara menarik pegas yang memiliki beban tertentu sesuai kemampuan seseorang yang dilakukan secara berulang (repetitive) sehingga kekuatan genggam tercapai secara maksimal. Menurut Trampsich et al.,(2012) untuk mengetahui peningkatan kekuatan genggam membutuhkan instrument pengukuran yang adekuat yaitu Dynamometer. Handgrip merupakan instrument pengukuran yang digunakan untuk mengukur kekuatan genggam. Instrumen tersebut telah digunakan pada banyak penelitian sebelumnya dan dilaporkan memiliki tingkat akurasi tinggi. Latihan ini dilaksanakan dengan rincian latihan 3 set setiap pagi dan siang yang dilakukan setiap hari secara berurutan.

Berdasarkan Latar Belakang Di atas penulis mengambil judul karya tulis ilmiah Penerapan *Range Of Motion (ROM) exercise* dengan *Isometric Handgrip Exercise* terhadap pasien stroke dengan masalah gangguan mobilitas fisik

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah asuhan keperawatan dengan melakukan *Range Of Motion exercise* dengan *Handgrip Exercise* untuk mengatasi hambatan mobilitas fisik pada pasien stroke?

1.3 Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Menggambarkan asuhan keperawatan dengan melakukan penerapan *Range Of Motion Exercise* dengan *Handgrip Exercise* untuk mengatasi hambatan mobilitas fisik pada pasien stroke

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien stroke dengan hambatan mobilitas fisik
- b. Mendeskripsikan hasil pengkajian pada pasien stroke dengan hambatan mobilitas fisik
- c. Mendeskripsikan masalah keperawatan pada pasien stroke dengan hambatan mobilitas fisik
- d. Mendeskripsikan intervensi keperawatan pada pasien stroke dengan hambatan mobilitas fisik
- e. Mendeskripsikan implementasi keperawatan pada pasien stroke dengan hambatan mobilitas fisik
- f. Mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada pasien stroke dengan hambatan mobilitas fisik
- g. Mendeskripsikan hasil penerapan *range of motion exercise* pada pasien stroke dengan hambatan mobilitas fisik
- h. Mengetahui hasil penerapan *handgrip exercise* pada pasien stroke dengan hambatan mobilitas fisik

1.4 Manfaat Penulisan

a. Bagi Masyarakat

Meningkatkan pengetahuan pasien dalam pengelolaan pasien stroke dengan penerapan *range of motion exercise* dengan *handgrip exercise* untuk mengatasi masalah hambatan mobilitas fisik

b. Bagi Pengembangan Ilmu dan Teknologi Keperawatan

Menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam penerapan *range of motion exercise* dengan *handgrip exercise* untuk mengatasi hambatan mobilitas fisik pada pasien stroke

c. Bagi Penulis

Memperoleh pengalaman dalam mengaplikasikan hasil riset keperawatan, khususnya studi kasus tentang *range of motion exercise* dengan *handgrip exercise* untuk mengatasi hambatan mobilitas fisik pada pasien stroke

DAFTAR PUSTAKA

- Andri, J., Waluyo, A., Jumaiyah, W., & Nastashia, D. (2018). Efektivitas Isometric Handgrip Exercise dan Slow Deep Breathing Exercise terhadap Perubahan Tekanan Darah pada Penderita Hipertensi. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 2(1), 371–384. <https://doi.org/10.31539/jks.v2i1.382>
- Annisa, F., Diana, M., & Ridi putra, K. wijaya. (2016). Pemeriksaan Fisik Head to Toe. In *repository.kertacendekia.ac.id* (Vol. 7, Issue 2).
- Batubara, S. O., & Tat, F. (2015). Hubungan Antara Penanganan Awal dan Kerusakan Neurologis Pasien Stroke di RSUD Kupang. *Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing)*, 10No.3(3), 143–157. <http://jks.fikes.unsoed.ac.id/index.php/jks/article/view/185/86gmbran>
- Badan Litbang Kesehatan Jawa Tengah. (2018). Laporan Provinsi Jawa Tengah Riskesdas 2018. In *Kementerian Kesehatan RI*.
- County, C., & Sciences, H. (2018). E Ccentric E Xercise B Outs S Eparated By. *Indonesia Jurnal Perawat*, 3(1), 36–43.
- Dinkes, K. (2018). Profil Kesehatan Kabupaten Kebumen 2018. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Han, E. S., & goleman, daniel; boyatzis, Richard; Mckee, A. (2019). Handgrip Standard Operation Procedure. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Herdman, T.H. 2018. NANDA International Nursing Diagnoses : definision and clasification 2018-2020. Jakarta : ECG
- Ibrahim, H. A. (2017). *Pemberian Latihan ROM untuk meningkatkan kekuatan otot Pada Pasien Stroke di RSUD Dr soedirman kebumen*.

- Kementerian Kesehatan RI Badan Penelitian dan Pengembangan. (2018). Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar. *Kementrian Kesehatan Republik Indonesia*, 1–100. <http://www.depkes.go.id/resources/download/info-terkini/hasil-riskesdas-2018.pdf>
- Khairuzzaman, M. Q. (2016). *Manajemen Mobilisasi*.
- Mutiarasari, D. (2019). Ischemic Stroke: Symptoms, Risk Factors, and Prevention. *Medika Tadulako, Jurnal Ilmiah Kedokteran*, 1(2), 36–44.
- Nia Permatasari. (2020). Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada Perbandingan Stroke Non Hemoragik dengan Gangguan Motorik Pasien Memiliki Faktor Resiko Diabetes Melitus dan Hipertensi Pendahuluan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 11(1), 298–304. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i2.273>
- Ningsih, R., & Melinda, S. (2019). Identifikasi Hipertensi Dengan Resiko Kejadian Stroke. *Jurnal Kesehatan*, 169. <https://doi.org/10.35730/jk.v0i0.443>
- Nursyiham, Ardi, M., & Basri, M. (2019). Asuhan keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Mobilitas Fisik pada Pasien Stroke Non Hemoragik di RSKD DADI Makassar. *Jurnal Media Keperawatan*, 10(01), 59–66.
- Razan, A., Fisioterapi, P. S., Kesehatan, F. I., & Surakarta, U. M. (2020). *Pengaruh Hand Grip Exercise Terhadap Peningkatan Kekuatan Genggam Pada Pemain Bulutangkis*. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- rini, P. (2019). *BAB II KAJIAN PUSTAKA*. Repository.Poltekes-Denpasar.Ac.Id.
- Ruhyandudin, F. (2013). Pemeriksaan Neurologis Dasar. *Academia.Edu*, 1, 1–16.
- Susanti, S., Susanti, S., & BIstara, D. N. (2019). Pengaruh Range of Motion (ROM) terhadap Kekuatan Otot pada Pasien Stroke. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 4(2), 112. <https://doi.org/10.22146/jkesvo.44497>

- Tamburian, A. G., Ratag, B. T., & Nelwan, J. E. (2020). Hubungan antara hipertensi, diabetes melitus dan hiperkolesterolemia dengan kejadian stroke iskemik. *Journal of Public Health and Community Medicine*, 1, 27–33.
- Technische Universität München, L.-M.-U. M. (2018). *Konsep Virginia Henderson*. E-Conversion - Proposal for a Cluster of Excellence.
- Wedri, N. (2013). Pemberian Latihan Rom Dengan Bola Karet Terhadap Kekuatan Otot Tangan Pasien Stroke. *Jurnal Gema Keperawatan*, 10(1), 41–45.



INFORMED CONSENT
(Persetujuan Menjadi Partisipan)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh

Muhammad Ikhwan Alfarid dengan judul **Asuhan Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Di RSUD Muhammadiyah GOMBONG**

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara suka rela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Yang memberikan persetujuan

Saksi

....., 2020

.....,2020

Peneliti



Muhammad Ikhwan Alfarid

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)
LATIHAN GERAK SENDI (ROM) EKSTREMITAS ATAS

	TATA CARA LATIHAN LATIHAN ROM EKSTREMITAS ATAS		
	No.Dokumen IK_UPT_KES_ BSN/00/003/003	Nomor Reverensi 01	Halaman
PENGERTIAN	Menggerakan sendi ekstremitas atas secara aktif atau pasif.		
TUJUAN	1. Menjaga dan mengembalikan kelenturan sendi. 2. Meningkatkan vaskularisasi.		
KEBIJAKAN	Klien dengan keterbatasan rentan gerak dan imobilisasi.		
PETUGAS	Perawat.		
PERALATAN	WWZ dan sarungnya		
PROSEDUR PELAKSANAAN	A	Tahap Pra Interaksi	
	1 2	1 Melakukan verifikasi sebelumnya bila ada. 2 Membawa alat kedekat pasien dengan benar.	
	B	Tahap Orientasi	
	1	Memberikan salam sebagai pendekatan.	
	2	Menanyakan nama pasien dan menanyakan tempat tanggal lahir (melihat gelang pasien).	
	3	Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga/pasien.	
	4	Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien.	

	C Tahap Kerja 1 Mencuci tangan 2 Membaca tasmiyah 3 Mengatur posisi pasien 4 Menghangatkan sendi yang akan dilatih 5 Melatih sendi secara bergantian
	A. Bahu 1. Fleksi : Melatih lengan dari posisi di samping tubuh ke depan ke posisi di atas kepala , rentang, 180 °. 2. Ekstensi : Mengembalikan lengan ke posisi di samping tubuh, rentang 180 °. 3. Hiperekstensi : Menggerakan lengan ke belakang tubuh, siku tetap lurus, rentang 45-60 °. 4. Abduksi : Menaikan lengan keposisi samping di atas kepala dengan telapak tangan jauh dari kepala, rentang 180 °. 5. Adduksi : Menurunkan lengan ke samping dan menyilang tubuh sejauh mungkin, rentang 320 °. 6. Rotasi depan : Dengan siku fleksi, memutar bahu dengan menggerakan lengan sampai ibu jari menghadap kedalam dan kebelakang, rentang 90 °. 7. Rotasi luar : Dengan siku fleksi, menggerakan lengan sampai ibu jari ke atas dan samping kepala, rentang 90 °. 8. Sirkumduksi : Menggerakan lengan dengan lingkaran penuh, rentang 360 °. Ulang gerakan berturut-turut sebanyak 4 kali. B. Siku

	1. Fleksi : Menggerakan siku sehingga lengan bahu bergerak kedepan sendi bahu dan tangan sejauh bahu, rentang 150 °. 2. Ekstensi : Meluruskan siku, dengan menurunkan tangan, rentang 150 °. Ulang gerakan berturut-turut sebanyak 4 kali.
--	--



	C. Lengan bawah 1. Supinasi : Memutar lengan bawah dan tangan sehingga telapak tangan menghadap ke atas, rentang 70-90 °. 2. Pronasi : Memutar lengan bawah sehingga telapak tangan menghadap kebawah, rentang 70-90 °. Ulang gerakan berturut-turut sebanyak 4 kali. D. Pergelangan tangan 1. Fleksi : Menggerakkan telapak tangan ke sisi bagian dalam lengan bawah, rentang 80-90 °. 2. Ekstensi : Menggerakkan jari-jari tangan sehingga jari-jari, tangan, lengan bawah, berada dalam arah yang sama, rentang 80-90 °. 3. Abduksi : Menekuk pergelangan tangan miring ke ibu jari, rentang 30 °. 4. Adduksi : Menekuk pergelangan tangan miring ke arah lima jari, rentang 30-50 °. Ulang gerakan berturut-turut sebanyak 4 kali. E. Jari-jari tangan 1. Fleksi : Membuat gengaman, rentang 90 °. 2. Ekstensi : Meluruskan jari-jari tangan, rentang 90 °. 3. Hiperekstensi : Menggerakkan jari-jari tangan ke belakang sejauh mungkin, rentang 30-60 °. 4. Abduksi : Menggerakkan jari-jari tangan yang satu dengan yang lain, rentang 30-60 °. Adduksi : Merapatkan kembali jari-jari tangan, rentang 30-60 °.
--	--

		Ulang gerakan berturut-turut sebanyak 4 kali. F. Ibu jari 1. Fleksi : Menggerakan ibu jari menyilang permukaan telapak tangan, rentang 90 °. 2. Ekstensi : Menggerakan ibu jari lurus menjauh dari tangan, rentang 90 °. 3. Abduksi : Menggerakan ibu jari ke samping, rentang 30 °. 4. Adduksi : Menggerakan ibu jari ke depan tangan, rentang 30 °. 5. Oposisi : Menyatukan ibu jari ke setiap jari-jari tangan yang sama. Ulang gerakan berturut-turut sebanyak 4 kali. 6. Mencuci tangan. D Tahap Terminasi 1. Merapikan pasien. 2. Membaca tahmid dan berpamitan dengan pasien. 3. Membereskan alat. 4. Mencuci tangan. 5. Mencatat kegiatan dalam lembar keperawatan.
UNIT TERKAIT		1. D3 Keperawatan 2. SI Keperawatan 5. D3 Kebidanan

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PENGUKURAN KEKUATAN OTOT

	TATA CARA MELAKUKAN PENGUKURAN KEKUATAN OTOT
PENGERTIAN	Tindakan pengukurkuran yang dilakukan pada ekstremitas tubuh.
TUJUAN	Untuk mengetahui nilai kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah tubuh.
PERALATAN	1. Alat tulis. 2. Skala kekuatan otot.
PETUGAS	Perawat.
PROSEDUR	A. Tahap Pra interaksi 1. Melakukan verifikasi data sebelumnya bila ada. 2. Menyiapkan alat. B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam 2. Menanyakan nama pasien dan menanyakan tempat tanggal lahir (melihat gelang pasien). 3. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga/pasien. 4. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien C. Tahap kerja 1. Mencuci tangan. 2. Membaca tasmiyah. 3. Mengatur posisi paseien 4. Mengukur kekuatan otot a. Ekstremitas atas 1) Tahan lengan atas klien dari sisi atas menggunakan dua tangan pengan kekuatan penuh dan minta klien untu mengangkat tangan ke atas, kemudian tahan lengan klien dari sisi bawah dan minta

	klien untuk mendorong ke bawah. Jika klien dapat melakukan maka kekuatan otot 5. 2) Tahan lengan atas klien dari sisi atas klien menggunakan 1 tangan atau dengan mengurangi kekuatan dan minta klien untuk mengangkat tangan ke atas, kemudian tahan lengan klien dari bawah dan minta klien untuk mendorong ke bawah dan dengan ekstensi. Jika klien dapat melawan maka kekuatan otot bernilai 4. 3) Posisikan tangan pasien secara fleksi beri tekanan dan minta klien untuk menarik. Jika klien hanya bisa melawan gravitasi maka kekuatan otot bernilai 3. 4) Minta klien untuk mengangkat tangan jika tidak bisa minta klien menggeser tangan ke kanan dan kiri. Jika tidak bisa menggeser ke kanan dan kiri, tidak mampu melawan gravitasi maka kekuatan otot bernilai 2. 5) Minta klien untuk mengangkat tangan jika tidak bisa minta klien menggeser tangan ke kanan dan kiri, jika tidak bisa, palpasi tangan klien jika terdapat kontraksi maka kekuatan otot bernilai 1. 6) Palpasi tangan klien jika tidak terdapat kontraksi maka nilai kekuatan otot bernilai 0. b. Ekstremitas bawah 1) Tahan paha atas klien dari sisi atas menggunakan 2 kaki dengan kekuatan penuh dan minta klien untuk mengangkat kaki ke atas, kemudian tahan klien dari sisi bawah dan minta klien untuk mendorong ke bawah. Jika klien dapat melawan maka kekuatan otot bernilai 5. 2) Tahan paha atas klien dari sisi atas klien menggunakan 1 tangan dan minta klien untuk mengangkat kaki ke atas, kemudian tahan paha klien dari bawah dan minta klien untuk mendorong ke bawah. Jika klien dapat melawan maka kekuatan otot bernilai 4.
--	---

	3) Angkat kaki klien beri tekanan. Jika klien hanya bisa melawan gravitasi maka kekuatan otot bernilai 3. 4) Minta klien mengangkat kaki jika tidak bisa minta klien untuk menggeser kaki ke kanan dan kiri. Jika klien dapat menggeser kaki ke kanan dan ke kiri, tidak mampu melawan gravitasi maka kekuatan otot bernilai 2. 5) Minta klien mengangkat kaki jika tidak bisa minta klien untuk menggeser kaki ke kanan dan kiri. Jika tidak bisa palpasi kaki klien jika terdapat kontraksi maka kekuatan otot bernilai 1. 6) Palpasi kaki klien bila tidak terdapat kontraksi maka kekuatan otot bernilai 0. D. Tahap Terminasi 1. Merapikan pasien. 2. Membaca tahmid. 3. Membereskan alat-alat. 4. Mencuci tangan. 5. Mencatat kegiatan dalam lembar keperawatan.
--	---

INFORMED CONSENT

(Persetujuan Menjadi Partisipan)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh Muhammad Ikhwan Alfarid dengan judul **Pencerapan Range Of Motion dengan Isometric Handgrip Exercise terhadap Pasien Stroke dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik Di RSU PKU Muhammadiyah GOMBONG**

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara suka rela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Gombong 30 April 2020

Yang memberikan persetujuan

Saksi



Gombong 30 April 2020

Peneliti



Muhammad Ikhwan Alfarid

INFORMED CONSENT

(Persetujuan Menjadi Partisipan)

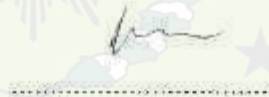
Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh Muhammad Ikhwan Alfarid dengan judul **Penerapan Range Of Motion dengan Isometric Handgrip Exercise terhadap Pasien Stroke dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik Di RSU PKU Muhammadiyah GOMBONG**

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara suka rela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Gombong, 7 Juni 2020

Yang memberikan persetujuan

Saksi



Gombong, 7 Juni 2020

Peneliti



Muhammad Ikhwan Alfarid

INFORMED CONSENT

(Persetujuan Menjadi Partisipan)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh Muhammad Ikhwan Alfarid dengan judul **Penerapan Range Of Motion dengan Isometric Handgrip Exercise terhadap Pasien Stroke dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik Di RSU PKU Muhammadiyah GOMBONG**

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara suka rela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Gombong, 9 Juni 2020

Yang memberikan persetujuan

Saksi



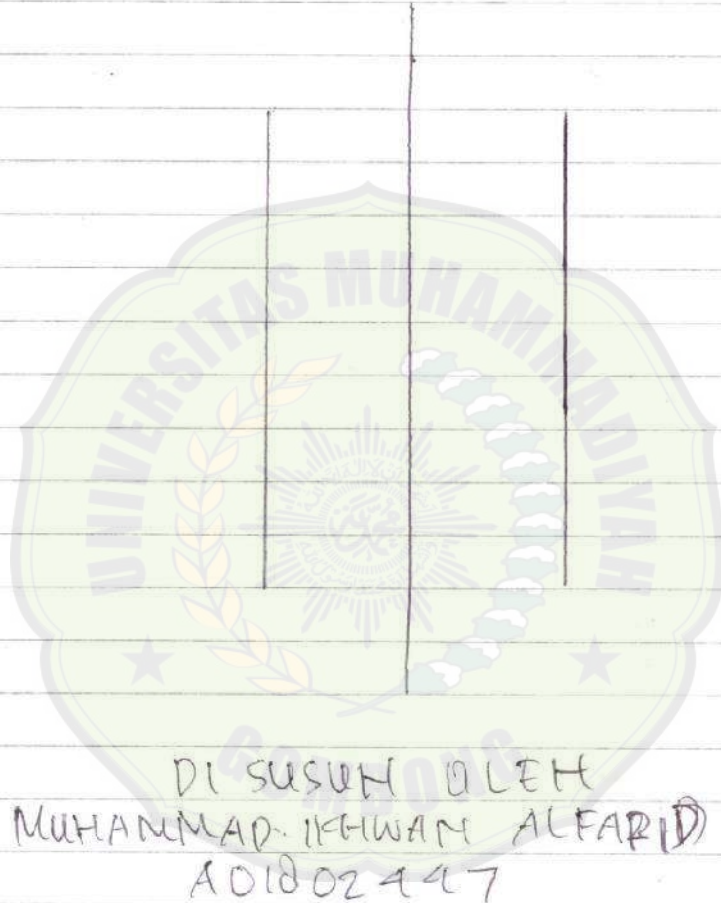
Gombong, 9 Juni 2020

Peneliti



Muhammad Ikhwan Alfarid

ASUHAN KEPERAWATAN PADA T.N.S
DENGAN GANGGUAN SISTEM PERSYARAFAN: STROKE NON HEMORAGIK
DI PUANG MAYATI RSUD MUHAMMADIYAH GOMBONG & KAB. KEBUMEN



DI SUSUN OLEH
MUHAMMAD IKHWAN ALFARID
A01802447

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIAH GOMBONG
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA III
TAHUN AKADEMIK 2020/2021

ASUHAN KEPERAWATAN

A. IDENTITAS KLIEN

Nama : TN. S
Umur : 65 Tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Alamat : Jakijajar 1/6 Ayah
Suku : Jawa
Pendidikan : SMP
Pekerjaan : Petani
Tanggal Masuk RS : 28 April 2021, Pukul 16.00
Tanggal Pengrajan : 29 April 2021, Pukul 14.15
DX Medis : SMH

B. IDENTITAS PENANGGUNG JAWAB

Nama : Ny S
Umur : 60 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jakijajar 1/6 Ayah
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : WIRASWASTA

C. PENGKAJIAN

1. Keluhan Utama

Tangan dan kaki kiri terasa berat dan sulit digerakan

2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien mengatakan anggota kiri susah digerakan 3 hari SMRS
sakit kepala atau pusing, mual. TD: ~~170/90~~ mmHg, N: 80 x/m
S: 37,5°C, RR 20 x/menit, terpasang O₂ 2LPM.

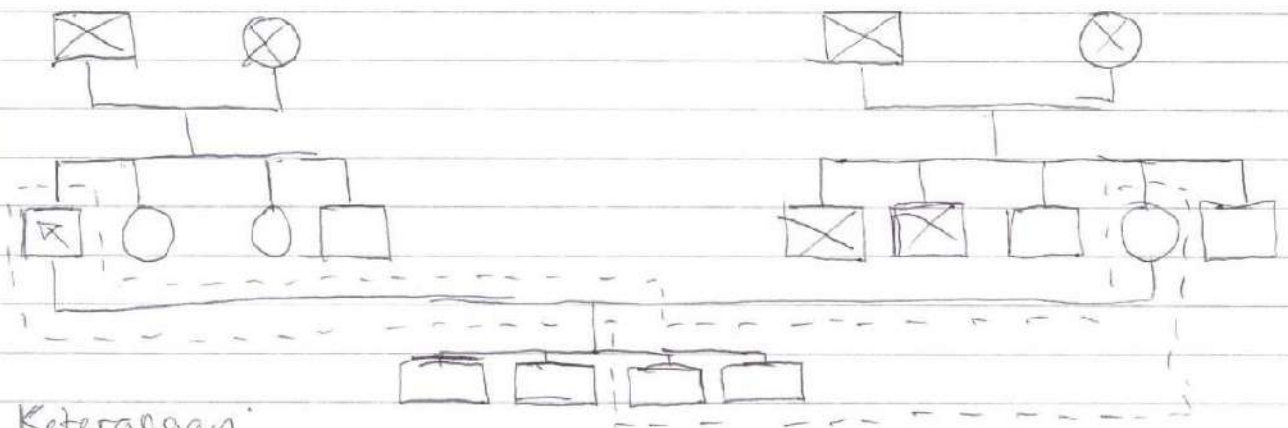
3. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi dan DM
sejak lama, ketika kambuh pasien rutin berobat ke Puskesmas

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan di dalam keluarganya tidak ada yang me-
miliki HIT ataupun DM, dan tidak ada yang mempunyai Penyakit menular

5. Genogram



Keterangan:

- : Laki-laki
- : Perempuan
- : Garis pernikahan
- : Garis keturunan
- ⊗ : Pasien
- x : Meninggal
- : Tinggal serumah

6. Pola Fungsional Virginia Henderson

a. Pola Bernafas

Sebelum sakit : Pasien mengatakan dapat bernafas secara normal

Saat dikaji : Pasien mengatakan sesak dan memburuk ketika batuk, terpasang O₂ 4Lpm

b. Pola Nutrisi

Sebelum sakit : Pasien mengatakan makan 3x/hari dengan sayur dan lauk, minum 7 gelas/hari

Saat dikaji : Pasien mengatakan makan kurang habis setengah porsi dari rumah sakit, minum 6 gelas/hari

c. Pola Eliminasi

Sebelum sakit : Pasien mengatakan BAB 2 kali sehari, BAB = 5-7 kali

Saat dikaji : Pasien mengatakan BAB 1 kali, terpasang DC berisi 300 ml

d. Pola Aktivitas

Sebelum sakit : Pasien mengatakan beraktivitas dari pagi hingga sore

Saat dikaji : Pasien mengatakan aktivitas dibantu keluarga

e. Pola tidur & istirahat

Sebelum sakit : Pasien mengatakan tidur 6-8 jam

Saat Ditaksi : Pasien mengatakan tidur hanya 5 jam

f. Pola Mempertahankan suhu tubuh

Sebelum sakit : Pasien mengatakan jika panas menggunakan baju tipis, jika dingin menggunakan sarung atau selimut

Saat Ditaksi : Pasien mengatakan di ruangan terasa panas, memakai baju tipis, kalau malam berselimut

g. Pola kebersihan Tubuh

Sebelum sakit : Pasien mengatakan mandi 2x sehari, termasuk, sekali, gosok gigi 2 kali sehari

Saat Ditaksi : Pasien mengatakan disela saat pagi oleh keluarga

h. Pola Menghindari bahaya

Sebelum sakit : Pasien mengatakan dapat menjaga dirinya sendiri

Saat Ditaksi : Pasien mengatakan dijaga oleh keluarga

i. Pola Komunikasi

Sebelum sakit : Pasien mengatakan berkomunikasi secara normal

j. Pola beribadah

Sebelum sakit : Pasien mengatakan sholat 5 waktu

Saat ditaksi : Pasien mengatakan sholat dengan berbaring

k. Pola bekerja

Sebelum sakit : Pasien mengatakan dapat bekerja sebagai Petani

Saat Ditaksi : Pasien mengatakan belum bisa bekerja karena dirawat

l. Pola Berrekreasi

Sebelum sakit : Pasien mengatakan jika naninggu bermain ke rumah tetangga, jarang berwisata

Saat Ditaksi : Pasien mengatakan hanya berbaring ditemani anak dan istrinya

m. Pola Kebutuhan Belajar

Sebelum sakit : Pasien mengatakan jarang mencari informasi kesehatan, hanya membaca leaflet ketika ke puskesmas

Saat Ditaksi : Pasien mengatakan sedikit paham kondisi kesehatannya

7. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan umum: baik

a. Tingkat kesadaran: komparmentir

b. TTV

TD: 170/90 mmHg S: 37,5°C GDS: 294 mg/dl

M: 80x/menit PR: 26x/menit GCS: E: 4 V: 5 M: 6

2. Kepala: Mesochepal

a. Rambut: Pendek, sedikit beruban, tidak ada kelainan

b. Mata: Konjungtiva anemik, sklera anikterik, pupil 3/3

c. Hidung: Tidak ada kelainan, terparang nasal kanulor 4lpm

d. Mulut: Mukosa bibir lembab, stomatit $\ominus$

e. Telinga: Tidak ada lesi, simetris

3. Leher

I: Pembesaran JVP $\ominus$, Pembesaran kelenjar Thyroid $\ominus$, kalau-keduk $\ominus$

P: Tidak ada nyeri tekan

4. Dada

a. Jantung

I: ~~S~~ simetris, tidak nampak icthus cordis

P: Denguk jantung teraba di ICS 5

P: Pecut

A: S1 S2 Regular (Lupdup)

b. Paru-paru

I: Simetris, bentuknya, irama napas rapat, jelas (-) retraksi dinding dada sama

P: ekspansi vocal premitus getaran sama

P: sonor

A: Ronchi

5. Abdomen

I: Tidak ada benjolan, edema (-)

A: BU: 9x/menit

P: Nyeri tekan (-)

P: Tympani

6. Ekstremitas

Atas: Terparang infus di tangan kanan, edema (-), nyeri tekan (-) anggota gerak kiri lemas

bawah: edema (-), nyeri tekan (-), anggota gerak kiri lemas

Kekuatan otot

5 | 2
5 | 2

Keterangan:

0 : Tidak bisa digerakkan

1 : Hanya bisa menggerakkan jari

2 : Bisa menggerakkan tangan telapak/tun

3 : Bisa melawan gravitasi.

4 : Tidak bisa menahan benda berat tetapi bisa menahan benda ringan

5 : Bisa menahan benda berat

7. Genitalia : Laki-laki, terpasang PC

8. Pemeriksaan Penunjang

a. CT scan : infark serebral kapsul

b. Rontgen 28 April 2021 : Bronchitis & kardiomegal.

c. Laboratorium. 28 April 2021 (17.11.30) (160)

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Hemoglobin	13.5	g/dl	13.2-17.3
Leukosit	10.13	tb/ul	4.4-5.9
Hematokrit	43.7	%	40-52
Trombosit	299	tb/ul	150-440
Eritrosit	4.97	juta/ul	4.4-5.9
Mcv	87.9	fL	80-100
MCH	27.2	Pg	26-34
MCHC	31.6 L	g/dl	32-36
Basofil %	0.5	%	0.5-1.0
Eosinofil %	1.6	%	2.0-4.0
Neutrofil %	82.9 H	%	50.00-70.0
Limfosit %	11.6 L	%	25.0-40.0
Monosit %	3.7	%	2.0-8.0
Gula darah sewaktu	294 H	mg/dl	70-105
Ureum	27	mg/dl	15-39
Creatinin	1.58 H	mg/dl	0.9-1.3
Cholesterol	166	mg/dl	0-200
SGOT	18.60	U/L	0-50
SGPT	20.40	U/L	0-50
Natrium	138.2	mEq/L	136-147

PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUKUKAN	METODE
SARS-CoV-2 antigen test	Negatif	Negatif	CFM

30 APRIL 2021 (20.42.19) LIMAYAH

g. Program Terapi

Nama Obat	Dosis	Rute	Interval
Pantbidone	50mg	IV	12 Jam
Cefixone	500mg	IV	12 Jam
Glukomer	0-0-10	SC	
Novorapid	6-6-6	SC	
Levofloxacin	750mg	IV	12 Jam
MPS	62.5mg	IV	12 Jam
Amlodipine	1x10mg	PC	12 Jam
Candesartan	1x8mg	PC	12 Jam
Prorenal	2x1	PC	12 Jam
Asamfolat	1x1	PC	12 Jam
Cilostazol	1x1	PC	12 Jam
MAC	200mg	PC	12 Jam
ASG	1tab	PC	12 Jam
Nacl	200mm	IV	

D. Analisa Data

Data Fokus	Problem	Etiologi
DS: Pasien mengatakan sesak dan memberat ketika batuk, serta sulit untuk bicara	Bersihan jalan napas tidak efektif	Proses infeksi
DO: RR=26x/menit, terpasang oksigen 4Lpm. Auskultasi paru: Ronchi		
PO: Thorax: Bronchitis		
DS: Pasien mengatakan anggota gerak sebelah kiri terasa berat dan sulit digerakan	Gangguan mobilitas Fisik	Penurunan kekuatan otot
DO: Kebutuhan ADLs dibantu keluarga. Kekuatan otot 5/2 hemiparase sinistra.		

DS: Pasien mengatakan Pusing /Nyeri kepala DO: TD : 170/80 mmHg S: 37°C N: 80 X/menit CT scan: Intake cerebral castrult	Risiko kebidan efektifan perfusi Jaringan serebral	Hipertensi
---	--	------------

E. Prioritas Diagnosa

1. Bersihan Jalan Napas tidak efektif b.d Proses Infeksi
2. Risiko kebidan efektifkan perfusi jaringan serebral b.d Hipertensi
3. Gangguan mobilitas fisik b.d Penurunan kekuatan otot

F. Intervensi

WAKTU	SPK	SLFI	SIFI
29/4/2021 14.50	1	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi selama 3 x 24 jam dengan kriteria hasil: Bersihan Jalan Napas (L.O1001)	Latihan Babuk Efektif (L.O1006)
		Indicator	1. Identifikasi kemampuan babuk
		Babuk Efektif	2. Atur posisi semipowler/owler
		Frekuensi Napas	3. Buang sekret pada tempat sputum
		Pola Napas	4. Jelaskan fungsi & prosedur babuk efektif.
			5. Kolaborasi pemberian mukolitik / ekspektoran jika perlu
			Manajemen Jalan Napas (L.O1011)
		keterangan	6. Monitor pola & bunyi napas
		1. Memburuk	2. Berikan Minum Haregal
		2. Cukup Memburuk	3. Lakukan fisioterapi dada
		3. Sedang	4. Berikan oksigen
		4. Cukup Memburuk	5. Kolaborasi pemberian pronodilator
		5. Memburuk	

29/4/2021 14.50	2.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah resiko ketidak efektifan perfusi jaringan serebral teratasi dengan kriteria Hasil: Perfusi serebral (LOCOK)	Manajemen Peningkatan tahanan Intrakranial (1.09325) Monitor tanda/gejala Peningkatan tahanan - Minimalisir stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang - Berikan posisi semi Fowler - Perbahankan suhu tubuh normal									
		<table><tr><td>Indikator</td><td>Awal</td><td>Target</td></tr><tr><td>Kognitif</td><td>3</td><td>4</td></tr></table>	Indikator	Awal	Target	Kognitif	3	4				
Indikator	Awal	Target										
Kognitif	3	4										
		Keterangan: 1. Menurun 2. Cukup Menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkat										
		<table><tr><td>Indikator</td><td>Awal</td><td>Target</td></tr><tr><td>Sakit kepala</td><td>2</td><td>5</td></tr></table>	Indikator	Awal	Target	Sakit kepala	2	5				
Indikator	Awal	Target										
Sakit kepala	2	5										
		Keterangan: 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup Menurun 5. Menurun										
		<table><tr><td>Indikator</td><td>Awal</td><td>Target</td></tr><tr><td>Tekanan Darah sistolic</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>Tekanan Darah Diastolic</td><td>2</td><td>4</td></tr></table>	Indikator	Awal	Target	Tekanan Darah sistolic	2	4	Tekanan Darah Diastolic	2	4	
Indikator	Awal	Target										
Tekanan Darah sistolic	2	4										
Tekanan Darah Diastolic	2	4										
		Keterangan: 1. Memburuk 2. Cukup Memburuk 3. Sedang 4. Cukup Membaili 5. Membaili										

29/9/2021	13	Setelah dilakukan tindakan perawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi dengan kriteria hasil: Mob. Fisik (Lipschitz)	Pulungan Mobilisasi (1.05173)
19.50			- Identifikasi adanya nyeri atau keluhan pada lainnya
			- Identifikasi toleransi
			- Fisik melakukan pergerakan
			- Monitor tekanan jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
			- Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
			- Jelaskan Tujuan & prosedur mobilisasi
			- Anjurkan melakukan mobilisasi dini
			- Anjurkan latihan ROM dengan latihan handgrip.
	</		

G. Implementasi

Waktu	NO. DX	Implementasi	Evaluasi	Parat
29/4/2021 15.00	1.	Mengatur Posisi semifowler sengaman mungkin	S: "Nyaman jika bantalnya tinggi" O: Posisi semifowler	Fail
	2.	Mengidentifikasi adanya tanda/gejala peningkatan Tekanan Intrakranial	S: "Kepalanya Pusing" O: TD: 170/90 mmHg S: 37°C N: 80x/menit	Fail
	2.	Mempertahankan suhu tubuh	S: "Disini terasa Panas" O: Memakai kaos kaki	Fail
	2.	Mempertahankan Posisi	O: Posisi semifowler	Fail
	1.	Menjelaskan dan me- ngajarkan Latihan babuk efektif	S: "Saya paham caranya" O: Pasien memahami teknik & prosedurnya	
	1.	Memberikan minum hangat	S: "Tenggorokannya kaget" O: Minum 1 gelas air hangat	Fail
	1.	Melakukan fisioterapi dada	S: Pasien mengatakan masih batuk	
	1.	Memberikan Terapi Nebulizer (kolaborasi)	O: Pasien kooperatif, mandiri	Fail
	1.	Melakukan batuk efektif	O: Pasien kooperatif, bisa melakukan batuk efektif	
	1.	Memberikan oksigen 4Lpm	O: Terpapar oksigen 4Lpm RR: 24x/menit	Fail
16.00	3.	Mengukur toleransi fisik melakukan pergerakan	keluaran obat $\frac{5}{2}$ $\frac{5}{2}$	Fail
16.10	3	Menjelaskan teknik dan prosedur melakukan ROM dengan Latihan Handgrip	S: "Harbunallah wani mawdu" O: TD: 170/90 mmHg N: 84x/menit, mampu menggunakan dengan bahan obat	Fail
16.20	3.	Melatih ROM dengan Handgrip exercise	S: "Lebih mendingan" O: TD: 180/90 mmHg N: 82x/menit	Fail
16.35	3.	Memberikan Terapi obat	O: Masuk obat IV	Fail
17.00	3	Memonitor keadaan umum & Tanda2 Vital serta mengajur- kan latihan ROM dengan handgrip dibantu oleh keluarga basic Pagi	S: "masih lemas, tapi tangannya lebih lenteng" O: TD: 170/80 mmHg keluaran obat $\frac{5}{2}$ $\frac{5}{2}$	Fail

30/4/2021	1	Melakukan operan sagera		
14.15	2	dengan perawat & Menilai		
	3	status pasien melalui RM		
14.20	1.	Memberikan Terapi Nebulizer	S: "Sesalnya sedikit	
		dengan perbivent ^{amp} 2 jam	berkurang"	
		melalui Inhalasi	O: Pasien kooperatif	
	1.	Menganjurkan mengulangi	O: Mengulangi latihan	
		Latihan babul efektif	babul efektif RR: 24x/m	
	2.	Mengatur posisi semiotomik	S: Posisinya sudah	
		& kenyamanan munglon	ngaman"	
15.00	3.	Mengukur ketahanan otot	ketahanan otot	
			$\begin{array}{r l} 5 & 2 \\ \hline 5 & 2 \end{array}$	
15.10	3	Melakukan Latihan aktif	S: "Tadi malam bahu-	
		ROM	nya kaku dan masih	
			susah digerakan tangannya	
			Tadi Pagi sudah lebih	
			seperti kemarin"	
			O: Pasien kooperatif	
			dan mampu melakukan	
			ROM dibantu dengan	
			keluarga	
15.30	3	Melakukan latihan	S: "Tambah lagi	
		handgrip dan menganjurkan	bebannya mas buar	
		latihan sehap Pagi dan	cepat sembuh"	
		sore	O: Tangan kanan	
			dengan beban 25kg	
			kiri 3kg	
16.00	2	Memberikan obat peroral	S: "Terimakasih mas	
		1. ampedipril x 10mg, candesartan	sudah banyak dibantu"	
		3 mg, asam rolat & elosbasol 1 tab		
		Injeksi IV ranitidine 250mg		
		& ceficolin 500mg		
18.30	3	Memonitor Icu & Menilai	O: RR: sedang	
		ketahanan otot & TTV	TD: 160/70 mmHg	
			ketahanan otot	
			$\begin{array}{r l} 5 & 2 \\ \hline 5 & 2 \end{array}$	

1/8/2021				
14.30	1.	Memberikan Terapi Nebulizer dengan forbivent lamp dan menganjurkan minum air hangat	S: "Sesalanga sudah batukarang" O: Masuk inhalasi forbivent lamp Minum 1 gelas air hangat	Feet
	1.	Memberikan terapi oksigen 4 lpm	O: Terpapang Nadi scan 4 lpm	Feet
15.00	3.	Mengukur tekanan darah	$\begin{array}{r} 5 \\ 5 \end{array} \begin{array}{r} 3 \\ 3 \end{array}$	
15.05	3.	Mengulangi Latihan Pergerakan aktif ROM	S: "Alhamdulillah kakinya bisa sedikit diangkat dan tangan sudah bisa digerakan" O: Terpapang Nadi scan 4 lpm	Feet
15.35	3.	Melakukan Latihan Hand grip	S: "Tadi pagi sudah kakinya dan dibantu fisioterapi" O: Tangan kanan mampu menggenggam 25 kg, tangan kiri 25 kg	Feet
16.15	3.	Memberikan Program terapi obat	S: "..." O: Masuk obat Insulin ranitidine 50mg cefixime 500 mg TD: 150/70 mmHg M: 78 x 1 menit S: 36.4 °C RR: 20 x /menit, O: 4 lpm tekanan darah	Feet
18.30	3.	Memonitor TTV	$\begin{array}{r} 5 \\ 5 \end{array} \begin{array}{r} 3 \\ 3 \end{array}$	Feet

H. Evaluasi

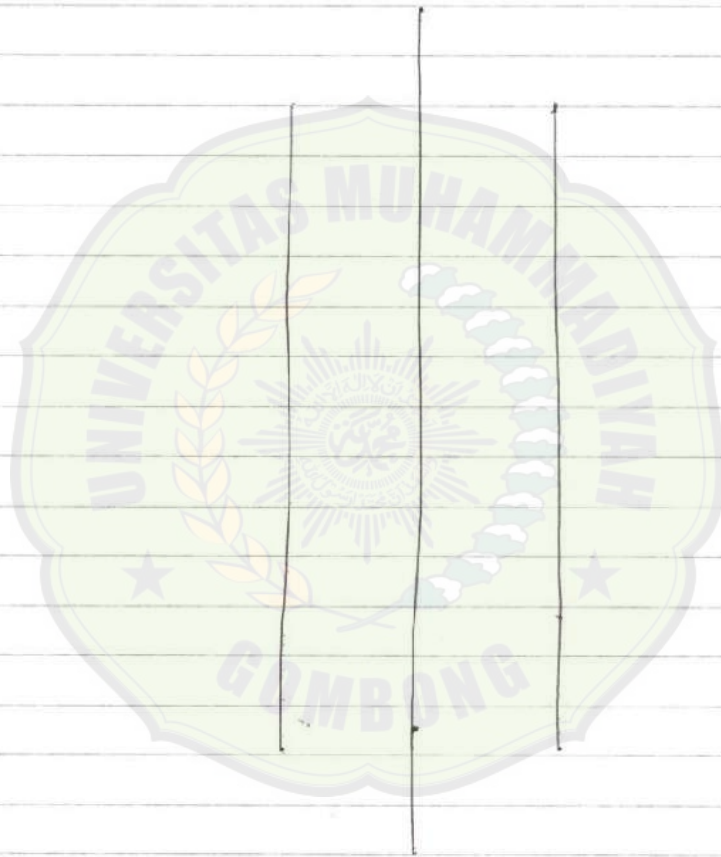
Waktu	No	SOAP	Paraf																								
30/9/2021 20.00	1	S: Pasien mengatakan sesak dan babuk masih O: Icu: sedang, Ronchi, Pola napas cepat RR: 24x/menit, terpasang O2 4lpm A: Masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th><th>A</th><th>T</th><th>M</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Babuk Efektif</td><td>1</td><td>4</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Frekuensi Napas</td><td>2</td><td>4</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Pola Napas</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr> </tbody> </table> P: Lanjutkan intervensi Terapi Nebulizer, Etabil Babuk Efektif, O2 4lpm	Indikator	A	T	M	Babuk Efektif	1	4	2	Frekuensi Napas	2	4	3	Pola Napas	2	5	3	<i>[Signature]</i>								
Indikator	A	T	M																								
Babuk Efektif	1	4	2																								
Frekuensi Napas	2	4	3																								
Pola Napas	2	5	3																								
30/9/2021 20.00	2	S: Pasien mengatakan remas, kepala pusing O: Posisi semipowler dengan bantal tinggi A: Mlc perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th><th>A</th><th>T</th><th>M</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kognitif</td><td>3</td><td>4</td><td>4</td></tr> <tr> <td>Salut Kepala</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Tekanan Darah Diastolic</td><td>2</td><td>4</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Tekanan Darah Sistolik</td><td>2</td><td>4</td><td>3</td></tr> </tbody> </table> P: Lanjutkan intervensi, lanjut program	Indikator	A	T	M	Kognitif	3	4	4	Salut Kepala	2	5	3	Tekanan Darah Diastolic	2	4	3	Tekanan Darah Sistolik	2	4	3	<i>[Signature]</i>				
Indikator	A	T	M																								
Kognitif	3	4	4																								
Salut Kepala	2	5	3																								
Tekanan Darah Diastolic	2	4	3																								
Tekanan Darah Sistolik	2	4	3																								
30/9/2021 20.00	3	S: Pasien mengatakan tangan dan icala masih kaku dan sulit digerakkan O: TD: 170/80 mmHg, kekuatan otot N: 80 x/menit Beban handgrip kanan 25 kg 10m 3 kg A: Mlc Teratasi sebagian <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th><th>A</th><th>T</th><th>M</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kaku sendi</td><td>1</td><td>4</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Gerakan Terbatas</td><td>2</td><td>4</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Kelemahan Fisik</td><td>2</td><td>4</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td><td>2</td><td>4</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Rebang Gerak (ROM)</td><td>2</td><td>4</td><td>3</td></tr> </tbody> </table> P: Lanjutkan intervensi	Indikator	A	T	M	Kaku sendi	1	4	3	Gerakan Terbatas	2	4	3	Kelemahan Fisik	2	4	3	Kekuatan otot	2	4	2	Rebang Gerak (ROM)	2	4	3	<i>[Signature]</i>
Indikator	A	T	M																								
Kaku sendi	1	4	3																								
Gerakan Terbatas	2	4	3																								
Kelemahan Fisik	2	4	3																								
Kekuatan otot	2	4	2																								
Rebang Gerak (ROM)	2	4	3																								

1/5/2021 20.00	1	S: Pasien mengatakan sudah sudah per- kurang, tidak babuk lagi O: KU: sedang RR: 24 x/menit A: Masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th><th>A</th><th>T</th><th>FI</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Babuk Efektif</td><td>1</td><td>4</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Frekuensi Napas</td><td>2</td><td>4</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Pola Napas</td><td>2</td><td>5</td><td>4</td></tr> </tbody> </table> P: Lanjutkan intervensi	Indikator	A	T	FI	Babuk Efektif	1	4	3	Frekuensi Napas	2	4	3	Pola Napas	2	5	4	Faf												
Indikator	A	T	FI																												
Babuk Efektif	1	4	3																												
Frekuensi Napas	2	4	3																												
Pola Napas	2	5	4																												
1/5/2021 20.00	2	S: Pasien mengatakan sudah tidak pusing dan sakit kepala lagi O: Posisi semi Fowler A: M/C resiko perfusi serebral tidak efektif teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th><th>A</th><th>T</th><th>FI</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cognitif</td><td>3</td><td>4</td><td>4</td></tr> <tr> <td>Sakit kepala</td><td>2</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Tekanan Darah Diastolik</td><td>2</td><td>4</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Tekanan Darah Sistolik</td><td>2</td><td>4</td><td>3</td></tr> </tbody> </table> P: Hentikan intervensi	Indikator	A	T	FI	Cognitif	3	4	4	Sakit kepala	2	5	5	Tekanan Darah Diastolik	2	4	3	Tekanan Darah Sistolik	2	4	3	Faf								
Indikator	A	T	FI																												
Cognitif	3	4	4																												
Sakit kepala	2	5	5																												
Tekanan Darah Diastolik	2	4	3																												
Tekanan Darah Sistolik	2	4	3																												
1/5/2021 20.00	3	S: Pasien mengatakan anggota gerak kiri lemas dan sulit digerakkan dan kebutuhan ADL dibantu tapi sudah ada kemajuan O: Pasien tampak lemas kekuatan otot 5/3 beban handgrip 5/3 kanan 25 kg, kiri 5 kg A: M/C Gangguan Mobilitas Fisik Teratasi sebagian <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th><th>A</th><th>T</th><th>FI</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>kekuatan sendi</td><td>1</td><td>4</td><td>4</td></tr> <tr> <td>Gerakan Terbatas</td><td>2</td><td>4</td><td>3</td></tr> <tr> <td>kelemahan fisik</td><td>2</td><td>4</td><td>3</td></tr> <tr> <td>kekuatan otot</td><td>2</td><td>4</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Rentang Gerak (ROM)</td><td>2</td><td>4</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Pergeseran ekstremitas</td><td>2</td><td>5</td><td>4</td></tr> </tbody> </table> P: Lanjutkan intervensi	Indikator	A	T	FI	kekuatan sendi	1	4	4	Gerakan Terbatas	2	4	3	kelemahan fisik	2	4	3	kekuatan otot	2	4	3	Rentang Gerak (ROM)	2	4	3	Pergeseran ekstremitas	2	5	4	Faf
Indikator	A	T	FI																												
kekuatan sendi	1	4	4																												
Gerakan Terbatas	2	4	3																												
kelemahan fisik	2	4	3																												
kekuatan otot	2	4	3																												
Rentang Gerak (ROM)	2	4	3																												
Pergeseran ekstremitas	2	5	4																												

2/5/2021	1	S: Pasien mengatakan sesak sudah berkurang O: Terpasang O ₂ alpm RR: 20 x/menit A: Masalah keperawatan bersihan jalan napas teratasi.	Gal																
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicator</th><th>A</th><th>T</th><th>H</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Batuk Efektif</td><td>1</td><td>4</td><td>4</td></tr> <tr> <td>Frekuensi</td><td>2</td><td>4</td><td>4</td></tr> <tr> <td>Pola Napas</td><td>2</td><td>5</td><td>5</td></tr> </tbody> </table>	Indicator	A	T	H	Batuk Efektif	1	4	4	Frekuensi	2	4	4	Pola Napas	2	5	5	
Indicator	A	T	H																
Batuk Efektif	1	4	4																
Frekuensi	2	4	4																
Pola Napas	2	5	5																
		P: Lanjutkan intervensi																	

	3	S: Pasien mengatakan kalau sendi berkurang anggota gerak lain bisa digerakkan tapi lemah O: Kuat Bicep Penguatan otot 5/3 5/3 TD: 150/90 mmHg S: 36°C SpO ₂ : 99 N: 80 x/m RR: 20 x/menit Beban handgrip Kanan 50 kg, kiri 5 kg A: MK gangguan Mobilitas Fisik teratasi sebagian	Gal																												
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicator</th><th>A</th><th>T</th><th>H</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kalau Sendi</td><td>1</td><td>4</td><td>4</td></tr> <tr> <td>Gerakan Terbatas</td><td>2</td><td>4</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Penguatan Fisik</td><td>2</td><td>4</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Penguatan Otot</td><td>2</td><td>4</td><td>4</td></tr> <tr> <td>Rentang Gerak (ROM)</td><td>2</td><td>4</td><td>4</td></tr> <tr> <td>Pergeseran ekstremitas</td><td>2</td><td>5</td><td>4</td></tr> </tbody> </table>	Indicator	A	T	H	Kalau Sendi	1	4	4	Gerakan Terbatas	2	4	3	Penguatan Fisik	2	4	3	Penguatan Otot	2	4	4	Rentang Gerak (ROM)	2	4	4	Pergeseran ekstremitas	2	5	4	
Indicator	A	T	H																												
Kalau Sendi	1	4	4																												
Gerakan Terbatas	2	4	3																												
Penguatan Fisik	2	4	3																												
Penguatan Otot	2	4	4																												
Rentang Gerak (ROM)	2	4	4																												
Pergeseran ekstremitas	2	5	4																												
		P: Lanjutkan intervensi - Edukasi ROM & handgrip Exercise di rumah minimal 5 hari sebelum BIRI																													

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. M
DENGAN GANGGUAN SISTEM PERSYARAFAN: STROK ISHEMIA
DI RUANG BAWAH RSU PLEU MUHAMMADIYAH GOMBONG



DISUSUN OLEH
MUHAMMAD IKHWAN ALFARID

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
GOMBONG KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA III
TAHUN AKADEMIK 2020/2021

ASUHAN KEPERAWATAN

A. IDENTITAS KLIEN

Nama : Ny. M
Umur : 69 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Sidoharum 4/A Sempor
Suku : Jawa
Pendidikan : SD
Pekerjaan : IRT
Tanggal Masuk RS : 1 Juni 2021
Tanggal Pengkajian : 7 Juni 2021 07.30
Diagnosa Medis : SH d d SHH

B. IDENTITAS PENANGGUNG JAWAB

Nama : Tn. S
Umur : 67 Tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Alamat : Sidoharum 4/A Sempor
Pendidikan : SMP
Pekerjaan : Petani

C. PENGKAJIAN

1. Keluhan Utama

Tangan dan kaki ~~kurang~~ terasa berat dan sulit digerakan

2. Riwayat Kerusakan Sarang

Pasien datang ke IGD diantar keluarga dengan keluhan Penkes tangan dan kaki kiri kaku dan sulit digerakan, kepala nyeri berbicara kurang jelas (Pelo), Pusing, dan mual sejak 4 hari yang lalu. TD: 145/97 mmHg, Nadi: 80x/menit, RR: 20x/menit, suhu 37°C, SpO2: 98%

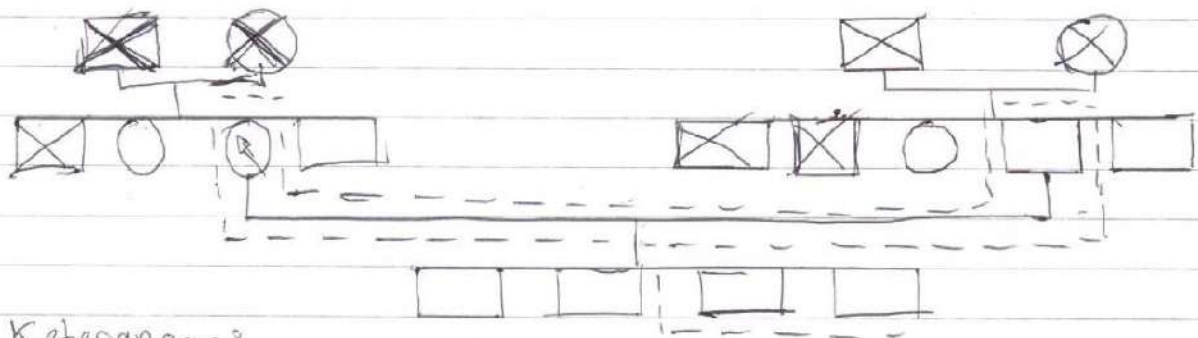
3. Riwayat Penyakit Dahul

Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi, jarang berobat ke puskesmas atau rumah sakit

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan keluarganya tidak ada yang memiliki Penyakit Hipertensi, Diabetes, Jantung ataupun penyakit menular.

5. Genogram



Keterangan:

□ : Laki-Laki

⊗ : Pasien

○ : Perempuan

└─┘ : Garis Pernikahan

└─┘ : Garis Keturunan

--- : Tinggal serumah

6. Pola Fungsional Virginia Henderson

a. Pola bernapas

Sebelum sakit : Pasien mengatakan dapat bernapas secara normal

Saat Dikaji : Pasien mengatakan dapat bernapas seperti biasa, tidak ada keluhan.

b. Pola Nutrisi

Sebelum sakit : Pasien mengatakan makan 2x/hari dengan sayur dan lauk, minum 9 gelas/hari

Saat Dikaji : Pasien mengatakan makan 2x/hari habis setengah atau sepertiga porsi dari rumah sakit, minum 5-7 gelas/hari

c. Pola Eliminasi

Sebelum sakit : Pasien mengatakan BAB 1 kali sehari, BAK 4-6 kali

Saat Dikaji : Pasien mengatakan belum BAB dan terpasang selang kateter

d. Pola Aktivitas

Sebelum sakit : Pasien mengatakan beraktivitas dan pagi hingga sore

Saat Dikaji : Pasien mengatakan aktivitas dibantu perawat

e. Pola Tidur dan Istirahat

Sebelum sakit : Pasien mengatakan tidur 7-8 jam

Saat Dikaji : Pasien mengatakan sulit tidur hanya 5 jam

f. Pola mempertahankan suhu Tubuh

Sebelum sakit: Pasien mengatakan jika panas menggunakan baju tipis, jika dingin menggunakan selimut

Saat Dikaji: Pasien mengatakan jika panas menggunakan baju tipis, jika dingin menggunakan selimut.

g. Pola kebersihan Tubuh

Sebelum sakit: Pasien mengatakan mandi 2 x sehari, keramas/hari sekali, gosok gigi 2 x sehari

Saat Dikaji: Pasien mengatakan disela oleh keluarga saat pagi

h. Pola menghindari bahaya

Sebelum sakit: Pasien mengatakan dapat mengagadirmya sendiri

Saat Dikaji: Pasien mengatakan digaga oleh keluarga

i. Pola komunikasi

Sebelum sakit: Pasien mengatakan secara normal

Saat Dikaji: Pasien sulit berbicara (Pelo)

j. Pola beribadah:

Sebelum sakit: Pasien mengatakan rutin sholat 5 waktu & puasa sunah

Saat Dikaji: Pasien mengatakan sholat 5 waktu dg berbaring

k. Pola bekerja

Sebelum sakit: Pasien mengatakan dapat bekerja dengan normal

Saat Dikaji: Pasien mengatakan sekarang tidak dapat bekerja

l. Pola rekreasi

Sebelum sakit: Pasien mengatakan seringnya nonton TV atau pergi ke rumah keluarga untuk duduk santai bersama

Saat Dikaji: Pasien mengatakan tidak bisa bermain dengan anak-anak yang tinggal serumah

m. Pola kebutuhan Belajar

Sebelum sakit: Pasien mengatakan kurang paham akan atau Penyalahstrolq

Saat Dikaji: Pasien mengatakan jadi lebih paham

7. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan umum Lemah

a. Tingkat kesadaran : Compermenting

b. TTV :

TD : 145/90 mmHg, Nadi : 80 x/menit, RR : 20 x/menit, suhu : 36,9°C
SpO2 : 99%

2. Kepala : Rambut Mesochepe

a. Rambut sedang, banyak berubah berdasarkan keluhan

b. Mata : konjungtiva anoremis, sklera anikterik, palpeb anisokor
3/3

c. Hidung : tidak ada polip, tidak ada keluhan

d. Mulut : Mukosa bibir lembab, Peto

e. Telinga : tidak ada lesi, simetris

3. Leher

1 : Pembesaran JVP (-), Pembesaran kelenjar thyroid (-), kelenjar ludah (-)

P : tidak ada nyeri tekan

4. Dada

1 : tidak nampak lebu cordis / tanda pembesaran jantung

P : Denguk jantung teraba di lebu cordis

P : Pekali

A : S1 S2 Regural (dupdup)

B. paru-paru

1 : Retraksi dinding sama, trauma apat sedang, Jc) a) (-)

P : elastensi, vocal fremitus defaran sama

5. Abdomen

1. Tidak ada bengkak oedema (-)

A : Bu g x/menit

P : Nyeri tekan (-)

P : Tympani

6. Ekstremitas

Atas : Terparang intus di tangan kanan, oedema (-), Nyeri Tekan (-)
anggota gerak kanan lemah

Bawah : oedema (-), Nyeri tekan (-) anggota gerak kanan lemah

kekuatan otot 5/2. Keterangan : 0 : tidak bisa digerakkan

5/3

1 : Hanya bisa menggerakkan kaki

2 : Bisa menggerakkan ke kanan/kiri

3 : Bisa melawan gravitasi

4: Tidak bisa menahan benda berat
tetapi bisa menahan benda ringan
5: Bisa menahan benda berat

7. Genitalia: Perempuan, terparang DC, tidak ada kelainan

8. Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium 04-06-2021 (22.09.43) (16D)

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
<u>DARAH LENGKAP</u>	7.32	g/dl	3.6-11
Leukosit	7.32	g/dl	3.8-11
Eritrosit	4.25	g/dl	4.2-5.2
Hemoglobin	12.2	g/dl	11.7-15.5
Hematokrit	39.2	%	35-47
MCV	94.5	fL	80-100
MCH	29.5	Pg	26-34
MCHC	31.2	g/dl	32-36
Trombosit	276	rbul	150-400
<u>HITUNG JENIS</u>			
Basofil %	1.1	%	0.0-1.0
Eosinofil %	3.5	%	2.0-4.0
Neutrofil %	65.6	%	50.00-70.0
Limfosit %	23.9	%	25.0-40.0
Monosit %	5.9	%	2.0-8.0
<u>HEMATOLOGI</u>			
Golongan Darah ABO	O		A/B/O/AB
<u>KIMIA</u>			
<u>DIABETES</u>			
Glukosa Darah Sewaktu	104	mg/dl	70-105
<u>FAAL GINJAL</u>			
Ureum	2.7	mg/dl	15-39
Creatinin	1.19	mg/dl	0.5-1.1
<u>KIMIA</u>			
<u>FAAL HATI</u>			
Albumin	3.90	g/dL	3.4-4.8
GGT	71.20	U/L	0-35
SGPT	68.00	U/L	0-35
<u>Elektrolit</u>			
Natrium	141.2	mEq/L	135-147
Kalium	5.43	mEq/L	3.5-5.0

E. Intervensi

Waktu	SDGI	SLKI			SLKI
7/6/2021 09.30	1	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah resiko ketidakefektifan Perfusion serebral teratasi dengan kriteria Hasil : Perfusion serebral (L.02014)			Manajemen peningkatan Tekanan Intrakranial (I.09352)
		Indikator Awal Target			- Monitor Tanda Gejala Peningkatan TIK
		Kognitif 2 4			- Minimalisir stimulus dengan mengedukasi lingkungan yang tenang
		Keterangan			- Berikan Posisi semi Fowler
		1. Menurun			- Pertahankan suhu tubuh
		2. Cukup menurun			- Kolaborasi Program Terapi dan gizi
		3. Sedang			
		4. Cukup meningkat			
		5. Meningkat			
		Indikator Awal Target			
		Salut kepala 2 5			
		Keterangan			
		1. Meningkat			
		2. Cukup meningkat			
		3. Sedang			
		4. Cukup menurun			
		5. Menurun			
		Indikator Awal Target			
		Tekanan 3 5			
		Darah sistolik			
		Tekanan 3 5			
		Darah			
		Diastolik			
		Keterangan			
		1. Memburuk			
		2. Cukup Memburuk			
		3. Sedang			
		4. Cukup membaik			
		5. Membaik			

7/6/2021 07.30	2	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah gangguan mobilitas fisik teratasi dengan kriteria Hasil: Mobilisasi Fisik (C05042)	Pupungan Mobilisasi (1.05173)		
		Indikator	A	T	- Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
		Pergerakan ekstremitas	3	5	- Monitor Frekuensi Jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
		kekuatan otot	3	5	- Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
		Rentang Gerak (ROM)	3	5	- Anjurkan melakukan mobilisasi dini - Anjurkan latihan ROM dengan latihan Handgrip
		Keterangan:			
		1. Menurun			
		2. Cukup Menurun			
		3. Sedang			
		4. Cukup meningkat			
		5. Meningkat			
		Indikator	A	T	
		Kaku Sendi	2	5	
		Gerakan Terbatas	3	5	
		kelemahan Fisik	3	5	
		Keterangan:			
		1. Meningkat			
		2. Cukup Meningkat			
		3. Sedang			
		4. Cukup Menurun			
		5. Menurun			

F. Implementasi

Waktu	Dx	Implementasi	Evaluasi	Paraf
07/16/2021 07.45	1.	Memberikan posisi semi Fowler dengan nyaman mungkin	Pasien mengatakan nyaman dengan posisi setengah duduk	<i>[Signature]</i>
07.50	2	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya dan mempertahankan suhu tubuh	Pasien mengatakan tidak ada keluhan lain	<i>[Signature]</i>
07.55	2	Mengidentifikasi toleransi pergerakan ekstremitas dan mengukur kekuatan otot	Pasien mengatakan tidak ada hambatan untuk melakukan latihan kekuatan otot	<i>[Signature]</i> 5/2 5/3
08.00	2	Melakukan latihan ROM Pasif dan mengajarkannya ke pada keluarga	Pasien kooperatif dan keluarga memahami teknik ROM	
08.45	2	Melakukan latihan Handgrip dengan beban 10 kg pada tangan kanan, 3 kg tangan kiri	Pasien mengatakan lemas	<i>[Signature]</i>
09.00	2	Mengukur tekanan Darah	TD: 140/80	<i>[Signature]</i>
09.00	1.	Memberikan terapi obat cefixime 500mg, Furosemid 20mg, Phenitoin 100mg, dan mambol 125mg	Pasien diberikan obat cefixime 500 mg, Furosemid 20mg, Phenitoin 100mg, & mambol 125mg	
12.30	1.	Memonitor TTV	TD: 128/79 mmHg NI: 80x1m, 53.6°C RR: 22x/m	
	2.	Memonitor keadaan Umum & Mengukur kekuatan otot serta mengajarkannya latihan sore hari	Pasien mengatakan Anggota gerak kanan masih kaku, kepala sudah tidak tertakut pusing, mual (-). kekuatan otot	5/3 5/3

08/6/2021								
08.00	2	Mengidentifikasi toleransi dan mengukur kemampuan fisik melakukan pergerakan, Mengukur TTV	Pasien mengatakan tidak ada hambatan TD: 38/82 mmHg, S: 36,7 N: 82 x/m RR: 18 x/m	Faj				
	1.	Memposisikan Pasien dengan nyaman mungkin	Pasien mengatakan sudah nyaman dengan posisinya Yaak semofowler	Faj				
08.30	2	Menerapkan latihan aktif ROM dengan latihan handgrip	Pasien mengatakan jari dan tangannya masih lemas, sudah bisa mengangkat	Faj				
09.10	1.	Mengukur Tekanan Darah Setelah diberikan latihan	TD: 40/80 mmHg, S: 36,8 N: 88 x/m, RR: 18 x/m	Faj				
09.20	1.	Memberikan Terapi obat ceftriaxone 500mg, Furosemid 20mg, Phenibon 100mg, manitol 125cc	Pasien diberikan obat ceftriaxone 500mg, furosemid 20mg, phenibon 100mg, manitol 125cc	Faj				
13.00	1.	Memperhatikan suhu tubuh dan memonitor TTV serta kekuatan otot	Pasien mengatakan suhu dari tangan panas. TD: 128/72 mmHg N: 78 x/menit RR: 20 x/menit S: 37,2 °C kekuatan otot <table><tr><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td>5</td><td>4</td></tr></table>	5	4	5	4	Faj
5	4							
5	4							

09/06/2021				
14.30	2	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik dan mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan	Pasien mengatakan sudah tidak pusing. Tangan kiri bisa menggenggam dan mengangikan dengan bahan ringan. mampu menambah beban latihan handgrip tangan kanan 12kg kiri 5kg	Good
15.10	2	Menerapkan latihan ekstremitas dengan latihan handgrip tangan kanan beban 12kg tangan kiri 5kg	Pasien mengatakan anggota badannya tidak kaku, sudah kuat dan bisa mengangkat	Good
15.30	2	Mengukur tekanan darah dan kekuatan otot	TD: 120/70 mmHg kekuatan otot 5/4 5/4	Good
16.00	2	Memberikan terapi obat alicolin 500-mg, furosemid 2amp, phenibon 100mg, manitol 125cc	Pasien diberikan obat alicolin 500 mg, furosemid 2amp phenibon 100mg manitol 125cc	Good
	1	Memonitor TTV	TD: 118/70 mmHg N: 76x/menit S: 36.4°C RR: 18 x/menit SpO2: 99%	Good

G. Evaluasi

Waktu	Dx	SOAP	Paraf																																		
7/6/2021	1	S: Pasien mengatakan pusing setelah bangun tidur O: TD: 128/79 mmHg RR: 22x/menit M: 80x/menit S: 36,8°C A: Masalah keperawatan resiko (cedera) efektipan perfusi jaringan cerebral belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kognitif</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Sakit kepala</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Tekanan Darah Diastolik</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Tekanan Darah sistolik</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> P: Lanjutkan intervensi 1) Monitor TTV 2) Berikan terapi sesuai anjuran dokter	Indikator	A	T	H	Kognitif	2	5	3	Sakit kepala	2	5	2	Tekanan Darah Diastolik	3	5	3	Tekanan Darah sistolik	3	5	3	<i>[Signature]</i>														
Indikator	A	T	H																																		
Kognitif	2	5	3																																		
Sakit kepala	2	5	2																																		
Tekanan Darah Diastolik	3	5	3																																		
Tekanan Darah sistolik	3	5	3																																		
7/6/2021	2	S: Pasien mengatakan anggota gerak kiri lemas, kaku hangabisa digerakkan ke-luaran dan ke-in, kebutuhan ADLs dibantu keluarga O: Pasien tampak lemas <table border="1"> <tbody> <tr> <td>kekuatan otot</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td></td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> A: Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pergeseran ekstremitas</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Rentang gerak (ROM)</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kaku sendi</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Geseran terbatas</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Kelemahan fisik</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> P: Lanjutkan intervensi 1) -Terapkan Latihan aktif ROM dengan Latihan Handgrip 2) Monitor keadaan umum & identifikasi kesiapan fisik melakukan pergerakan	kekuatan otot	5	3		5	3	Indikator	A	T	H	Pergeseran ekstremitas	3	5	3	Kekuatan otot	3	5	3	Rentang gerak (ROM)	3	5	4	Kaku sendi	2	5	3	Geseran terbatas	3	5	3	Kelemahan fisik	3	5	3	<i>[Signature]</i>
kekuatan otot	5	3																																			
	5	3																																			
Indikator	A	T	H																																		
Pergeseran ekstremitas	3	5	3																																		
Kekuatan otot	3	5	3																																		
Rentang gerak (ROM)	3	5	4																																		
Kaku sendi	2	5	3																																		
Geseran terbatas	3	5	3																																		
Kelemahan fisik	3	5	3																																		

IMUNO SEROLOGI			
HBS Ag	Negatif		Negatif
Rapid Test Antibodi anti SARS-CoV-2			
Ig M	Non Reaktif		Non Reaktif
Ig G	Non Reaktif		Non Reaktif

9. Program Terapi . Tanggal 07/06/2021

Nama Obat	Dosis	Rute	Interval	Jenis
1. Ceficolin	500 mg	IV	/12 jam	Injeksi
2. Furosemid	20 mg	IV	/12 jam	Injeksi
3. Phenitoin	100 mg	IV	/12 jam	Injeksi
4.				
5. Manitol	125 cc		/6 jam	
6. Amlodipin			0.0-1	P.O
7. Candesartan			1.00	P.O

D. Analisa Data

Data Fokus	Problem	Etiologi
Ds: Pasien mengatakan anggota sebelah kiri terasa berat, kaki dan tangan sulit digerakkan Do: Kebutuhan ADLs dibantu keluarga, hemiparase sinistra kekuatan otot $\frac{5}{3}$	Gangguan Mobilitas Fisik	Penurunan kekuatan otot
Ds: Pasien mengatakan pusing, nyeri kepala, mual sejak aham Do: Ru: Lemah TD: 145/79 mmHg H: 80x/menit RR: 20x/menit S: 37°C SpO2: 98% Hemiparase sinistra Riwayat Hipertensi	Kehilangan efektivitas Perfusion Jaringan Serebral	Hipertensi

8/6/2021

1. Pasien mengatakan Pusing berdurasi

Jenis

O: TD: 128/72 mmHg S: 37,2°C

N: 78 x/menit RR: 20 x/menit

A: Masalah keperawatan resiko kebdale
efektifan perfusi jaringan serebral teratasi
sebagian dengan kriteria Hasil:

Indikator	A	T	H
Kognitif	2	5	4
Sakit kepala	2	5	3
Tekanan Darah Diastolic	2	5	3
Tekanan Darah Sistolik	2	5	4

P: Lanjutkan Intervensi

- 1) Monitor TTV dan berikan terapi obat
- 2) Pertahankan posisi dan suhu

2. Pasien mengatakan tangan dangan
nya sudah kaku, sudah bisa bergerakO: kekuatan otot 5/4
5/4A: Masalah keperawatan gangguan
mobilitas fisik teratasi sebagian

Indikator	A	T	H
Pergeseran ekstremitas	3	5	4
Kekuatan otot	3	5	4
Rentang gerak (ROM)	3	5	4
Kaku sendi	2	5	4
Gerakan terbatas	3	5	3
Kelemahan fisik	3	5	3

P: Lanjutkan Intervensi

- 1) Terapi latihan Active ROM dengan
latihan handgrip pagi dan sore
- 2) Monitor KU & TTV
- 3) Monitor toleransi kemampuan fisik
melakukan pergerakan

9/6/2021	1.	S: Pasien mengabaikan bidai pusing lag, O: TD: 140/90 mmHg S: 36,9°C N: 76x/menit RR: 18x/menit SP02: 99% A: Masalah fisio kebidan akibat perfusi jaringan serebral bidai efektif, kriteria hasil: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th><th>A</th><th>T</th><th>H</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>kognitif</td><td>2</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>sakit kepala</td><td>2</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>tekanan Darah Diastolik</td><td>2</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>tekananan Darah sistolik</td><td>2</td><td>5</td><td>5</td></tr> </tbody> </table> P: Hentikan intervensi	Indikator	A	T	H	kognitif	2	5	5	sakit kepala	2	5	5	tekanan Darah Diastolik	2	5	5	tekananan Darah sistolik	2	5	5	Gas								
Indikator	A	T	H																												
kognitif	2	5	5																												
sakit kepala	2	5	5																												
tekanan Darah Diastolik	2	5	5																												
tekananan Darah sistolik	2	5	5																												
	2.	S: Pasien mengatakan tangan dan kaki kiri bisa diangkat dengan bidai kagak O: keadaan umum Baik ketepatan obat 5/4 5/4 A: Masalah keperawatan gangguan mobilitas Fisik teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th><th>A</th><th>T</th><th>H</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pergerakan ekstremitas</td><td>3</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>ketepatan obat</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr> <td>Rebang Gerak (ROM)</td><td>3</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>kaku sendi</td><td>2</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Gerakan terbatas</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr> <td>kelemahan Fisik</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr> </tbody> </table> P: Lanjutkan latihan Handgrip & edukasi latihan alih secara mandiri Pasien Bepel	Indikator	A	T	H	Pergerakan ekstremitas	3	5	5	ketepatan obat	3	5	4	Rebang Gerak (ROM)	3	5	5	kaku sendi	2	5	5	Gerakan terbatas	3	5	4	kelemahan Fisik	3	5	4	Gas
Indikator	A	T	H																												
Pergerakan ekstremitas	3	5	5																												
ketepatan obat	3	5	4																												
Rebang Gerak (ROM)	3	5	5																												
kaku sendi	2	5	5																												
Gerakan terbatas	3	5	4																												
kelemahan Fisik	3	5	4																												

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.T
DENGAN GANGGUAN SISTEM PERSYARAFAN: STROKE NONHEMORAGIK
DI RUANG BAROKAH RSU PICU MUHAMMADIYAH GEMBLONG KEBUMEN



DISUSUN OLEH
MUHAMMAD IKHWAN ALFARID
A01802447

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH GEMBLONG
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA III
TAHUN AKADEMIK 2020/2021

ASUNAN KEPERAWATAN

A. IDENTITAS KLIEN

Nama : Ny. M
Umur : 38 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Gyanh 6/a Rowokel
Suku : Jawa
Pendidikan : SMP
Pekerjaan : Petani
Tanggal Masuk RS : 8 Juni 2021 Pukul 00.15
Tanggal Pengkajian : 9 Juni 2021 Pukul 14.15
Dx Medis : Stroke Non Hemoragik dd SH

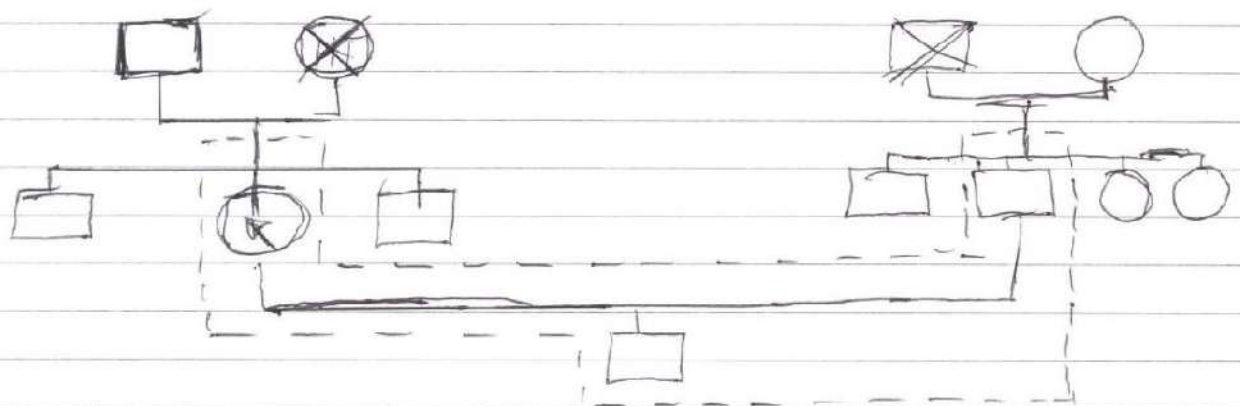
B. IDENTITAS PEMANGGUNG JAWAB

Nama : Tn. K
Umur : 40 Tahun
Jenis Kelamin : Laki-Laki
Alamat : Gyanh 6/a Rowokel
Pendidikan : SMK
Pekerjaan : Petani

C. PENGKAJIAN

1. Keluhan Utama : Tangan dan kaki kanan terasa berat dan sulit digerakan
2. Riwayat kerohanansekarang : Pasien mengatakan masuk IGD anggota kanan susah digerakan sejak senin sore 7 Juni 2021. TD : 210/134 mmHg, N : 87x/menit, S : 36,4°C RR : 20x/menit, SpO₂ : 100%. Keadaan umum lemah Pasien sempat jatuh di dapur rumahnya kemudian meratarakan pusing dan mual
3. Riwayat Penyakit Dahulu : Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi dan 1 tahun yang lalu dirawat karena SC indikasi PEB.
4. Riwayat Kerohanan Keluarga : Pasien mengatakan keluarganya tidak ada yang mempunyai hipertensi ataupun Diabetes, tidak ada yang mempunyai Penyakit menular dan riwayat alergi.

5. Genogram



Keterangan

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

⊗ : Pasiun

⊗ : Meninggal

HT: Hipertensi

— : Garis Perkawinan

--- : Tinggal serumah

⊥ : Garis Perkawinan

6. Pola Fungsional Virginia Henderson

1.) Pola Bernapas

a. Sebelum sakit : Pasien mengatakan dapat bernapas dengan normal tanpa alat bantu

b. Saat Ditaji : Pasien mengatakan tidak sesak dan dapat bernapas dengan normal tetapi ketika di UGD terpasang oksigen

2.) Pola Nutrisi

a. Sebelum sakit : Pasien mengatakan makan 3 kali sehari dengan sayur dan lauk. Minum 7-8 gelas air putih

b. Saat Ditaji : Pasien mengatakan makan 3 kali sehari namun habis setengah porsi, minum 6-7 gelas air putih

3.) Pola Eliminasi

a. Sebelum sakit : Pasien mengatakan BAB 1 kali sehari kadang 3 kali sehari, BAK 5-6 kali

b. Saat Ditaji : Pasien mengatakan di RS belum BAB dan menggunakan Pampers

4.) Pola Aktivitas

a. Sebelum sakit : Pasien mengatakan dapat beraktivitas dengan normal tanpa bantuan orang lain

b. Saat Ditaji : Pasien mengatakan aktivitasnya terbatas

5.) Pola tidur dan istirahat

- Sebelum sakit: Pasien mengatakan tidur 6-7 Jam
- Saat Dikaji: Pasien mengatakan alihirannya sangat terbitis sehingga lebih memilih tidur, terkadang larut malam tidak bisa tidur karena tidak nyaman

6.) Pola berpakaian

- Sebelum sakit: Pasien mengatakan dapat berpakaian secara mandiri tanpa bantuan orang lain
- Saat Dikaji: Pasien mengatakan saat mengerjakan baju dibantu oleh keluarga

7.) Pola Mempertahankan Suhu Tubuh

- Sebelum sakit: Pasien mengatakan memakai baju panjang jika dingin dan memakai selimut. Saat gerah / Panas memakai baju berbahan tipis
- Saat Dikaji: Pasien mengatakan saat dingin memakai selimut dan saat gerah memakai baju berbahan tipis

8.) Pola Menghindari Bahaya

- Sebelum sakit: Pasien mengatakan dapat menjaga dirinya sendiri. misal saat turun dan tempat tidur
- Saat dikaji: Pasien mengatakan dijaga oleh keluarga

9.) Pola Kebersihan Tubuh

- Sebelum sakit: Pasien mengatakan mandi 3 kali sehari, gosok gigi dan kramas 2 kali sehari
- Saat dikaji: Pasien mengatakan diri hanya diseka 1 kali sehari

10.) Pola Komunikasi

- Sebelum sakit: Pasien mengatakan dapat berkomunikasi secara normal
- Saat Dikaji: Pasien mengatakan jika banyak bicara menjadi pusing

11.) Pola berbadan

- Sebelum sakit: Pasien mengatakan saat 5 waktu badan-badan bergamamah dengan suaminya
- Saat dikaji: Pasien mengatakan tidak bisa sholat dengan duduk hanya berbaring dan tayamum

12.) Pola bekerja

- Sebelum sakit: Pasien mengatakan dapat bekerja sendiri seperti menyapu dan memasak dan berkebun

b. Saat dilayani: Pasien mengatakan tidak bisa beraktivitas seperti sebelum sakit, hanya bisa berbaring.

13. Pola Berkegiatan

a. Sebelum sakit: Pasien mengatakan biasanya mengisi harinya dengan berkebun, dan ke pantai ketika waktu luang.

b. Saat Dilayani: Pasien mengatakan tidak bisa berkebun dan dirawat di rumah sakit

14. Pola Belajar

a. Sebelum sakit: Pasien mengatakan kurang paham mengenai stroke

b. Saat dilayani: Pasien tahu apa itu stroke

7. Pemeriksaan Fisik

1). Keadaan umum: Lemah

a. Tingkat kesadaran: kompos mentis

b. TTV

TD: 100/100 mmHg S: 37°C GCS: E:4, V:5 M:6

N: 80 x/menit J2: 10 x/menit

2.) Kepala: Mesocephal

a. Rambut: Panjang, sedikit beruban, tidak ada kelainan

b. Mata: conjungtiva anemis, sclera anikterik, pupil 3/3

c. Hidung: Tidak ada kelainan, terpasang O₂ 2 Lpm

d. Mulut: Mukosa bibir kering, stomatitis (-)

e. Telinga: tidak ada kelainan, pendengaran normal

3.) Leher

1.: Pembesaran JVP (-), Pembesaran kelenjar thyroid (-), massa nodal (-)

2.: Tidak ada nyeri tekan, Tidak ada kelainan di leher

a.) Dada

a. Jantung:

1.: Tidak ada rest, tidak nampak letak cordis

2.: Tidak ada ngebulan, letak cordis teraba di ICS 5,

3.: Palpasi

4.: regular s1 s2 Clear

b. Paru-paru

1.: Tidak ada benjolan, simetris, Irama napas sedang
2.: retraksi dinding dada kanan kiri sama

3.: ekspansi, vocal fremitus getaran sama

P: sonar

At: Visusuler

5.) Abdomen

1°: Simetris, tidak ada edema, tidak ada benjolan

At: BU: 12 X / menit

P: Tidak ada nyeri tekan.

P: Tympani

6.) Ekstremitas

Atas: Terpapang infus ditangan kiri, edema (-). Nyeri tekan (-) anggota gerak kanan & kiri

Bawah: edema (-), nyeri tekan (-), anggota gerak kanan & kiri

Kekuatan otot 2/5 keterangan:

0: Tidak bisa digerakkan

1: Hanya bisa menggerakkan jari

2: Bisa menggerakkan tangan ke arah lain

3: Bisa menahan gravity

4: Tidak bisa menahan benda berat: tetapi bisa menahan benda ringan

5: Bisa menahan benda berat

7.) Genetalia: Perempuan, mengenaikan Pemper

8.) Pemeriksaan Penunjang

a. CT scan: Infark serebral bagian basal

b. Laboratorium: 08 Juni 2021 (02.18.16)

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Darah Lengkap	14.10.21	rbat	3.6-11
Leukosit	14.800	rbat	3.8-11
Eritrosit	5.96.H	jumlah	3.8-5.2
Hemoglobin	17.2	g/dl	11.7-15.5
Hematokrit	54.6	%	35-47
MCV	91.6	fL	80-100
MCH	28.8	pg	26-34
MCHC	31.4	g/dl	32-36
Trombosit	302	rbat	150-400

Hitung Jenis			
Basofil %	0.3	%	0.0-1.0
Eosinofil %	1.6	%	2.0-4.0
Neutrofil %	73.0	%	50.00-70.0
Limfosit %	20.6	%	25.0-40.0
Monosit %	4.5	%	2.0-8.0
HEMATOLOGI			
Golongan Darah ABD KIMIA	O		A/B/O/AB
DIABETES			
Glucose Darah Sewaktu	105	mg/dl	70-105
FAAL GLANDAL			
Ureum	17	mg/dl	15-30
Creatinin KIMIA	1.07	mg/dl	0.6-1.1
FAAL HATI			
Albumin	3.90	g/dl	3.9-4.8
SGOT	17.50	U/L	1 FCC
SGPT	17.40	U/L	1 FCC
Elektrolit			
Natrium	141.8	mEq/L	135-147
Kalium	3.66	mEq/L	3.5-5.0
IMUNO SEROLOGI			
HBs Ag	Negatif		Negatif
Rapid Test Antibodi anti SARS-COV-2			
Ig M	Non Reaktif		Non Reaktif
Ig G	Non Reaktif		Non Reaktif

g. Program Terapi:

Nama Obat	Dosis	Rute	Interval	Jenis
Ramitidine	50mg	iv	12 Jam	Insula
Ondansetron	4mg	{	18 Jam	{
Micobalamin	500		12 Jam	
Citicoline	500mg		12 Jam	
Pef	500mg		18 Jam	
Meclizine	5cc		12 cc / Jam	
Ketorolac	30 mg	P.O	KIP	{
Candesartan	8 mg		1x1	
Aspilet	80mg		1x1	
Amlodipine	10mg		1x1	

D. Analisa Data

Data Fokus	Problem	Ekologi
DS: Pasien mengatakan nyeri kepala, anggota sebelah kanan berata berat & kaku dan tangan sulit digerakan	Gangguan Mobilitas Fisik	Penurunan kekuatan otot
DO: KU: Lemah, kebutuhan ADL dibantu keluarga, hemiparase Dextra. Kekuatan otot 2/5		
DS: Pasien mengatakan nyeri kepala, mual	Risiko terdapatnya Ganguan Perfusi Jaringan serebral	Hipertensi
DO: TD: 160/100 mmHg N: 80x/menit R: 24x/menit S: 37°C		
CT-scan: Infark cerebral ganglion basalis		

E. Prioritas Diagnosa

1. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan kekuatan otot
2. Risiko Perfusi Serebral b.d etiologi b.d Hipertensi

F. Intervensi

waktu	SDid	SLKI	SLKI												
9/7/2024	1	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 2x jam diharapkan masalah gangguan mobilitas fisik teratasi dengan kriteria hasil Mobilitas Fisik (L-05002)	Pupungan Mobilitas (L-05173)												
		<table><tr><th>Indikator</th><th>A</th><th>T</th></tr><tr><td>Pergeseran - Ekstremitas</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>kekuatan otot</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Rentang Gerak (ROM)</td><td>3</td><td>5</td></tr></table>	Indikator	A	T	Pergeseran - Ekstremitas	3	5	kekuatan otot	2	5	Rentang Gerak (ROM)	3	5	~ Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik ~ Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor vital sign ~ Monitor kondisi umum selama melakukan mobilitas ~ Fasilitasi aktivitas Mobilitas ~ Fasilitasi aktivitas Ambulasi ~ Latihan ROM dengan Handgrip Exercise
Indikator	A	T													
Pergeseran - Ekstremitas	3	5													
kekuatan otot	2	5													
Rentang Gerak (ROM)	3	5													
		Keterangan 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkat													
		<table><tr><th>Indikator</th><th>A</th><th>T</th></tr><tr><td>akusendi</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Gerakan Terbatas</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>kelemahan fisik</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	Indikator	A	T	akusendi	3	5	Gerakan Terbatas	3	5	kelemahan fisik	4	5	
Indikator	A	T													
akusendi	3	5													
Gerakan Terbatas	3	5													
kelemahan fisik	4	5													
		Keterangan 1. Meningkat 2. Cukup Meningkat 3. sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun													

9/7/2021	2.	Setelah dilakukan tindakan Keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Maralah resiko Perfusion serebral teratasi dengan kriteria hasil Perfusi serebral (Crozola)	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (1.09325) ~ Monitor Tanda & Gejala peningkatan TIK ~ Minimalkan stimulus dengan menyedikan lingkungan yang tenang ~ Berikan Posisi semi Fowler ~ Pertahankan suhu tubuh ~ Kolaborasi program terapi dan gizi									
		<table><tr><td>Indikator</td><td>Awal</td><td>Target</td></tr><tr><td>Kognitif</td><td>3</td><td>5</td></tr></table> Keterangan 1. Menurun 2. Cukup Menurun 3. Sedang 4. Cukup Meningkat 5. Meningkat	Indikator	Awal	Target	Kognitif	3	5				
Indikator	Awal	Target										
Kognitif	3	5										
		<table><tr><td>Indikator</td><td>Awal</td><td>Target</td></tr><tr><td>Salut kepala</td><td>3</td><td>5</td></tr></table> Keterangan 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun	Indikator	Awal	Target	Salut kepala	3	5				
Indikator	Awal	Target										
Salut kepala	3	5										
		<table><tr><td>Indikator</td><td>Awal</td><td>Target</td></tr><tr><td>Tekanan Darah sistolik</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Tekanan Darah Diastolik</td><td>2</td><td>5</td></tr></table> Keterangan 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik	Indikator	Awal	Target	Tekanan Darah sistolik	2	5	Tekanan Darah Diastolik	2	5	
Indikator	Awal	Target										
Tekanan Darah sistolik	2	5										
Tekanan Darah Diastolik	2	5										

10/6/2021			
07.30	2.	Mengidentifikasi toleransi fisio-metabolik per-gesakan, menilai kelua-tan otot	Pasien mengatakan masih seperti kemarin. Keluaran stool 2/5 2/5
07.40	1.	Mengukur TD dan mem-pertahankan posisi semi-fowler	TD: 166/90 mmHg Pasien terlihat nyaman dengan posisi semi-fowler
08.00	2.	Mengulangi Latihan ROM dengan Latihan handgrip tangan kanan 5 kg dan tangan kiri beban 15 kg	Pasien mengatakan Jarum sudah bergerak, tangan & kaki kanan remas
08.30	1.	Mengukur ulang TD setelah latihan	166/88 mmHg
08.45	1.	Memberikan obat Pantin-son, Ondansetron, Meclizamin 500 mg, Nicardipin 15 cc/jam, Candesartan, Aspirin 80 mg, Amlodipin	obat ini masuk Pantin, Ondansetron, Meclizamin, Nicardipin 15 cc/jam, Candesartan, Aspirin, Amlodipin
16.00	2.	Mengulangi Latihan ROM dengan Latihan handgrip tangan kanan 5 kg dan tangan kiri beban 15 kg	Pasien mengatakan ingin menambah beban latihan tangan kiri, anggota badan sudah sudah mulai leluasa.
16.30	1.	Mengukur vital sign	TD: 150/80 mmHg N: 76 bpm S: 37,2 °C RR: 18 x/menit SpO2: 100 %

14/6/2021 14.45	1.	Mengukur Tekanan Darah	148/76 mmHg
	2.	Mengulangi Latihan ROM dan latihan handgrip secara mandiri dengan beban ditangan kanan 5kg tangan kiri 12kg	Pasien mengatakan sudah berkurang, lebih ber-kenaga
15.20	2.	Mengukur kembali tekanan darah	145/70 mmHg
16.00	1.	Memfasilitasi Aktivitas Ambulasi mingguan kanan dan kiri	Pasien kooperatif mingguan kanan & kiri
16.10	1.	Memberikan obat ondansetron 4mg	Obat masuk/lulus, ondansetron 4mg
16.45	1.	Mengukur vital signs & kekuatan otot	TD: 142/78 mmHg H: 82 x/menit S: 36°C RR: 20 SpO2: 100% Kekuatan otot $\begin{array}{r} 3 \mid 5 \\ 2 \mid 5 \end{array}$
			Tangan bisa digerakkan ke kanan dan kiri dan diangkat sedikit-sedikit

H. Evaluasi

Waktu	PA	SOAP	Pasien																												
9/6/2021	1.	Pasien mengatakan anggota gerak kanan teras dan sulit digerakkan, kebutuhan ADLs Dibantu keluarga. O: Keadaan umum lemah Keluhan obat $\frac{2}{5}$ $\frac{2}{5}$ A: Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th><th>A</th><th>T</th><th>H</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pergeseran Ekstremitas</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td><td>2</td><td>5</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Rentang gerak (ROM)</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Kekesulitan</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Gerakan Terbatas</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr> <td>Kemampuan Fisik</td><td>2</td><td>5</td><td>2</td></tr> </tbody> </table> P: Lanjutkan intervensi 1.) Terapkan latihan ROM dengan latihan handgrip. 2.) Monitor keadaan umum & identifikasi toleransi. Bisa melakukan pergerakan	Indikator	A	T	H	Pergeseran Ekstremitas	3	5	3	Kekuatan otot	2	5	2	Rentang gerak (ROM)	3	5	3	Kekesulitan	3	5	3	Gerakan Terbatas	3	5	4	Kemampuan Fisik	2	5	2	Zul
Indikator	A	T	H																												
Pergeseran Ekstremitas	3	5	3																												
Kekuatan otot	2	5	2																												
Rentang gerak (ROM)	3	5	3																												
Kekesulitan	3	5	3																												
Gerakan Terbatas	3	5	4																												
Kemampuan Fisik	2	5	2																												
9/6/2021	2	S: Pasien mengatakan pusing & sakit kepala, mual O: TD: 178/82 mmHg S: 36°C RR: 18 x/m, SpO2: 100% M: 72 x/m. Posisi sem Fowler A: Masalah keperawatan resiko cedera efektifitas perfusi, Sarafan cerebral belum Teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th><th>A</th><th>T</th><th>H</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sakit kepala</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Tekanan Darah Diastolik</td><td>2</td><td>5</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Tekanan Darah Sistolik</td><td>2</td><td>5</td><td>2</td></tr> </tbody> </table> P: Lanjutkan intervensi 1.) Monitor TV 2.) Pertahankan posisi sem Fowler 3.) Berikan terapi sesuai angsuran dokter	Indikator	A	T	H	Sakit kepala	3	5	3	Tekanan Darah Diastolik	2	5	2	Tekanan Darah Sistolik	2	5	2													
Indikator	A	T	H																												
Sakit kepala	3	5	3																												
Tekanan Darah Diastolik	2	5	2																												
Tekanan Darah Sistolik	2	5	2																												

11-16/2021

1. S: Pasien mengatakan kaku sendi
berkurang, lebih betenag, tangan
kanan bisa digerakan ke kanan &
kiri dan sedikit diangkat bisa.

O: Keadaan umum sedang

Kekuatan otot 3/5

2/5

TD: 142/78 mmHg

A: Masalah keperawatan gangguan
mobilitas fisik teratasi sebagian

Indikator	A	T	H
Pergeseran ekstremitas	3	5	4
Kekuatan otot	3	5	4
Rentang Gerak (ROM)	3	5	3
Kaku sendi	4	5	5
Gerakan terbatas	4	5	4
Kelemahan Fisik	4	5	4

P: Lanjutkan latihan ROM dengan
latihan handgrip alchp secara mandiri.
(Edukasi)

LEMBAR OBSERVASI *HANDGRIP EXERCISE*

Nama Responden : Tn.S

Latihan hari ke :1

Tanggal pelaksanaan : 30 april 2021

PANDUAN LATIHAN (SOP)	SORE		PAGI	
	YA	TIDAK	YA	TIDAK
Tahap Persiapan				
1. Persiapan alat : Handgripper, jam tangan.	√		√	
2. Persiapan lingkungan : lingkungan yang tenang dan nyaman.	√		√	
Persiapan Pasien :	√		√	
3. Jelaskan tujuan, manfaat, prosedur tindakan, dan pengisian lembar persetujuan ke pasien.	√		√	
4. Atur posisi pasien senyaman mungkin.	√		√	
5. Lepaskan aksesoris yang digunakan seperti jam tangan, cincin, gelang.	√		√	
Tahap Pelaksanaan				
6. Instruksikan pasien membuka tangan lalu peneliti meletakkan Handgripper diatas telapak tangan pasien.	√		√	
7. Instruksikan pasien melakukan latihan pertama menggenggam handgripper dan meremas kuat membuat sudut 20-30 derajat selama 3 detik. Latihan kedua menggenggam dan menahan handgripper selama 45 detik.	√		√	
8. Instruksikan pasien untuk mengendurkan genggaman dan rileks selama 3 detik pada latihan pertama. Instruksikan pasien untuk mengendurkan genggaman selama 15 detik pada latihan kedua.	√		√	
9. Instruksikan pasien untuk mengulang latihan pertama selama 180 detik atau 3 menit. Latihan kedua sebanyak 180 detik atau 3 menit.	√		√	

10. Selama latihan beri motivasi dan dukungan kepada pasien untuk	√		√	
melakukan latihan gerak aktif menggenggam tangan	√		√	
Tahap Terminasi				
11. Evaluasi tindakan dan perasaan pasien.	√		√	
12. Merapikan alat dan pasien	√		√	
13. Melakukan kontrak waktu berikutnya.	√		√	
14. Mencatat hasil tindakan.	√		√	



LEMBAR OBSERVASI *HANDGRIP EXERCISE*

Nama Responden : Tn.S

Latihan hari ke : 2

Tanggal

pelaksanaan: 1

mei 2021

PANDUAN LATIHAN (SOP)	SORE		PAGI	
	YA	TIDAK	YA	TIDAK
Tahap Persiapan				
1. Persiapan alat : Handgripper, jam tangan.	√		√	
2. Persiapan lingkungan : lingkungan yang tenang dan nyaman.	√		√	
Persiapan Pasien :	√		√	
3. Jelaskan tujuan, manfaat, prosedur tindakan, dan pengisian lembar persetujuan ke pasien.	√			
4. Atur posisi pasien senyaman mungkin.	√			
5. Lepaskan aksesoris yang digunakan seperti jam tangan, cincin, gelang.	√			
Tahap Pelaksanaan				
6. Instruksikan pasien membuka tangan lalu peneliti meletakkan Handgripper diatas telapak tangan pasien.	√		√	
7. Instruksikan pasien melakukan latihan pertama menggenggam handgripper dan meremas kuat membuat sudut 20-30 derajat selama 3 detik. Latihan kedua menggenggam dan menahan handgripper selama 45 detik.	√		√	
8. Instruksikan pasien untuk mengendurkan genggaman dan rileks selama 3 detik pada latihan pertama. Instruksikan pasien untuk mengendurkan genggaman selama 15 detik pada latihan kedua.	√		√	

9. Intruksikan pasien untuk mengulang latihan pertama selama 180 detik atau 3 menit. Latihan kedua sebanyak 180 detik atau 3 menit.	√		√	
10. Selama latihan beri motivasi dan dukungan kepada pasien untuk	√		√	
melakukan latihan gerak aktif menggenggam tangan	√		√	
Tahap Terminasi				
11. Evaluasi tindakan dan perasaan pasien.	√		√	
12. Merapikan alat dan pasien	√		√	
13. Melakukan kontrak waktu berikutnya.	√		√	
14. Mencatat hasil tindakan.	√		√	



LEMBAR OBSERVASI *HANDGRIP EXERCISE*

Nama Responden : Tn.S

Latihan hari ke : 3

Tanggal

pelaksanaan: 2

Mei 2021

PANDUAN LATIHAN (SOP)	SORE		PAGI	
	YA	TIDAK	YA	TIDAK
Tahap Persiapan				
1. Persiapan alat : Handgripper, jam tangan.	√		√	
2. Persiapan lingkungan : lingkungan yang tenang dan nyaman.	√		√	
Persiapan Pasien :				
3. Jelaskan tujuan, manfaat, prosedur tindakan, dan pengisian lembar persetujuan ke pasien.	√		√	
4. Atur posisi pasien senyaman mungkin.	√		√	
5. Lepasakn aksesoris yang digunakan seperti jam tangan, cincin, gelang.	√		√	
Tahap Pelaksanaan				
6. Instruksikan pasien membuka tangan lalu peneliti meletakkan Handgripper diatas telapak tangan pasien.	√		√	

7. Instruksikan pasien melakukan latihan pertama menggenggam handgripper dan meremas kuat membuat sudut 20-30 derajat selama 3 detik. Latihan kedua menggenggam dan menahan handgripper selama 45 detik.	√		√	
8. Instruksikan pasien untuk mengendurkan genggam dan rileks selama 3 detik pada latihan pertama. Instruksikan pasien untuk mengendurkan genggam selama 15 detik pada latihan kedua.	√		√	
9. Instruksikan pasien untuk mengulang latihan pertama selama 180 detik atau 3 menit. Latihan kedua sebanyak 180 detik atau 3 menit.	√		√	
10. Selama latihan beri motivasi dan dukungan kepada pasien untuk	√		√	
melakukan latihan gerak aktif menggenggam tangan	√		√	
Tahap Terminasi				
11. Evaluasi tindakan dan perasaan pasien.	√		√	
12. Merapikan alat dan pasien	√		√	
13. Melakukan kontrak waktu berikutnya.	√		√	
14. Mencatat hasil tindakan.	√		√	



LEMBAR OBSERVASI *HANDGRIP EXERCISE*

Nama Responden :Ny.M

Latihan hari ke : 1

Tanggal

pelaksanaan: 7

Juni 2021

PANDUAN LATIHAN (SOP)	SORE		PAGI	
	YA	TIDAK	YA	TIDAK
Tahap Persiapan				
1. Persiapan alat : Handgripper, jam tangan.	√		√	
2. Persiapan lingkungan : lingkungan yang tenang dan nyaman.	√		√	

Persiapan Pasien :	√		√	
3. Jelaskan tujuan, manfaat, prosedur tindakan, dan pengisian lembar persetujuan ke pasien.	√		√	
4. Atur posisi pasien senyaman mungkin.	√		√	
5. Lepasakn aksesoris yang digunakan seperti jam tangan, cincin, gelang.				
Tahap Pelaksanaan				
6. Instruksikan pasien membuka tangan lalu peneliti meletakkan Handgripper diatas telapak tangan pasien.	√		√	
7. Instruksikan pasien melakukan latihan pertama menggenggam handgripper dan meremas kuat membuat sudut 20-30 derajat selama 3 detik. Latihan kedua menggenggam dan menahan handgripper selama 45 detik.	√		√	
8. Instruksikan pasien untuk mengendurkan genggam dan rileks selama 3 detik pada latihan pertama. Instruksikan pasien untuk mengendurkan genggam selama 15 detik pada latihan kedua.	√		√	
9. Intruksikan pasien untuk mengulang latihan pertama selama 180 detik atau 3 menit. Latihan kedua sebanyak 180 detik atau 3 menit.	√		√	
10. Selama latihan beri motivasi dan dukungan kepada pasien untuk melakukan latihan gerak aktif menggenggam tangan	√		√	
Tahap Terminasi				
11. Evalusai tindakan dan perasaan pasien.	√		√	
12. Merapikan alat dan pasien	√		√	
13. Melakukan kontrak waktu berikutnya.	√		√	
14. Mencatat hasil tindakan.	√		√	



LEMBAR OBSERVASI *HANDGRIP EXERCISE*

Nama Responden : Ny.M

Latihan hari ke : 2

Tanggal
pelaksanaan:

PANDUAN LATIHAN (SOP)	SORE		PAGI	
	YA	TIDAK	YA	TIDAK
Tahap Persiapan				
1. Persiapan alat : Handgripper, jam tangan.	√		√	
2. Persiapan lingkungan : lingkungan yang tenang dan nyaman.	√		√	
Persiapan Pasien :				
3. Jelaskan tujuan, manfaat, prosedur tindakan, dan pengisian lembar persetujuan ke pasien.	√		√	
4. Atur posisi pasien senyaman mungkin.	√		√	
5. Lepasakn aksesoris yang digunakan seperti jam tangan, cincin, gelang.	√		√	
Tahap Pelaksanaan				
6. Instruksikan pasien membuka tangan lalu peneliti meletakkan Handgripper diatas telapak tangan pasien.	√		√	
7. Instruksikan pasien melakukan latihan pertama menggenggam handgripper dan meremas kuat membuat sudut 20-30 derajat selama 3 detik. Latihan kedua menggenggam dan menahan handgripper selama 45 detik.	√		√	
8. Instruksikan pasien untuk mengendurkan genggam dan rileks selama 3 detik pada latihan pertama. Instruksikan pasien untuk mengendurkan genggam selama 15 detik pada latihan kedua.	√		√	
9. Intruksikan pasien untuk mengulang latihan pertama selama 180 detik atau 3 menit. Latihan kedua sebanyak 180 detik atau 3 menit.	√		√	
10. Selama latihan beri motivasi dan dukungan kepada pasien untuk	√		√	
melakukan latihan gerak aktif menggenggam tangan	√		√	
Tahap Terminasi				
11. Evalusai tindakan dan perasaan pasien.	√		√	
12. Merapikan alat dan pasien	√		√	
13. Melakukan kontrak waktu berikutnya.	√		√	
14. Mencatat hasil tindakan.	√		√	



LEMBAR OBSERVASI *HANDGRIP EXERCISE*

Nama Responden : Ny.M

Latihan hari ke : 3

Tanggal

pelaksanaan:

PANDUAN LATIHAN (SOP)	SORE		PAGI	
	YA	TIDAK	YA	TIDAK
Tahap Persiapan				
1. Persiapan alat : Handgripper, jam tangan.	√		√	
2. Persiapan lingkungan : lingkungan yang tenang dan nyaman.	√		√	
Persiapan Pasien :				
3. Jelaskan tujuan, manfaat, prosedur tindakan, dan pengisian lembar persetujuan ke pasien.	√		√	
4. Atur posisi pasien senyaman mungkin.	√		√	
5. Lepasakn aksesoris yang digunakan seperti jam tangan, cincin, gelang.	√		√	
Tahap Pelaksanaan				
6. Instruksikan pasien membuka tangan lalu peneliti meletakkan Handgripper diatas telapak tangan pasien.	√		√	
7. Instruksikan pasien melakukan latihan pertama menggenggam handgripper dan meremas kuat membuat sudut 20-30 derajat selama 3 detik. Latihan kedua menggenggam dan menahan handgripper selama 45 detik.	√		√	
8. Instruksikan pasien untuk mengendurkan genggam dan rileks selama 3 detik pada latihan pertama. Instruksikan pasien untuk mengendurkan genggam selama 15 detik pada latihan kedua.	√		√	
9. Intruksikan pasien untuk mengulang latihan pertama selama 180 detik atau 3 menit. Latihan kedua sebanyak 180 detik atau 3 menit.	√		√	
10. Selama latihan beri motivasi dan dukungan kepada pasien untuk	√		√	
melakukan latihan gerak aktif menggenggam tangan	√		√	

Tahap Terminasi				
11. Evalusai tindakan dan perasaan pasien.	√		√	
12. Merapikan alat dan pasien	√		√	
13. Melakukan kontrak waktu berikutnya.	√		√	
14. Mencatat hasil tindakan.	√		√	



LEMBAR OBSERVASI *HANDGRIP EXERCISE*

Nama Responden : Ny.T

Latihan hari ke : 1

Tanggal

pelaksanaan:

PANDUAN LATIHAN (SOP)	SORE		PAGI	
	YA	TIDAK	YA	TIDAK
Tahap Persiapan				
1. Persiapan alat : Handgripper, jam tangan.	√		√	
2. Persiapan lingkungan : lingkungan yang tenang dan nyaman.	√		√	
Persiapan Pasien :				
3. Jelaskan tujuan, manfaat, prosedur tindakan, dan pengisian lembar persetujuan ke pasien.	√		√	
4. Atur posisi pasien senyaman mungkin.	√		√	
5. Lepasakn aksesoris yang digunakan seperti jam tangan, cincin, gelang.	√		√	
Tahap Pelaksanaan				
6. Instruksikan pasien membuka tangan lalu peneliti meletakkan Handgripper diatas telapak tangan pasien.	√		√	
7. Instruksikan pasien melakukan latihan pertama menggenggam handgripper dan meremas kuat membuat sudut 20-30 derajat selama 3 detik. Latihan kedua menggenggam dan menahan handgripper selama 45 detik.	√		√	
8. Instruksikan pasien untuk mengendurkan genggam dan rileks selama 3 detik pada latihan pertama. Instruksikan pasien untuk mengendurkan genggam selama 15 detik pada latihan kedua.	√		√	
9. Intruksikan pasien untuk mengulang latihan pertama selama 180 detik atau 3 menit. Latihan kedua sebanyak 180 detik atau 3 menit.	√		√	

10. Selama latihan beri motivasi dan dukungan kepada pasien untuk	√		√	
melakukan latihan gerak aktif menggenggam tangan	√		√	
Tahap Terminasi				
11. Evaluasi tindakan dan perasaan pasien.	√		√	
12. Merapikan alat dan pasien	√		√	
13. Melakukan kontrak waktu berikutnya.	√		√	
14. Mencatat hasil tindakan.	√		√	



LEMBAR OBSERVASI *HANDGRIP EXERCISE*

Nama Responden : Ny.T

Latihan hari ke : 2

Tanggal

pelaksanaan:

PANDUAN LATIHAN (SOP)	SORE		PAGI	
	YA	TIDAK	YA	TIDAK
Tahap Persiapan				
1. Persiapan alat : Handgripper, jam tangan.	√		√	
2. Persiapan lingkungan : lingkungan yang tenang dan nyaman.	√		√	
Persiapan Pasien :				
3. Jelaskan tujuan, manfaat, prosedur tindakan, dan pengisian lembar persetujuan ke pasien.	√		√	
4. Atur posisi pasien senyaman mungkin.	√		√	
5. Lepasakn aksesoris yang digunakan seperti jam tangan, cincin, gelang.	√		√	
Tahap Pelaksanaan				
6. Instruksikan pasien membuka tangan lalu peneliti meletakkan Handgripper diatas telapak tangan pasien.	√		√	
7. Instruksikan pasien melakukan latihan pertama menggenggam handgripper dan meremas kuat membuat sudut 20-30 derajat selama 3 detik. Latihan kedua menggenggam dan menahan handgripper selama 45 detik.	√		√	

8. Instruksikan pasien untuk mengendurkan genggam dan rileks selama 3 detik pada latihan pertama. Instruksikan pasien untuk mengendurkan genggam selama 15 detik pada latihan kedua.	√		√	
9. Intruksikan pasien untuk mengulang latihan pertama selama 180 detik atau 3 menit. Latihan kedua sebanyak 180 detik atau 3 menit.	√		√	
10. Selama latihan beri motivasi dan dukungan kepada pasien untuk	√		√	
melakukan latihan gerak aktif menggenggam tangan	√		√	
Tahap Terminasi				
11. Evalusai tindakan dan perasaan pasien.	√		√	
12. Merapikan alat dan pasien	√		√	
13. Melakukan kontrak waktu berikutnya.	√		√	
14. Mencatat hasil tindakan.	√		√	

LEMBAR OBSERVASI *HANDGRIP EXERCISE*

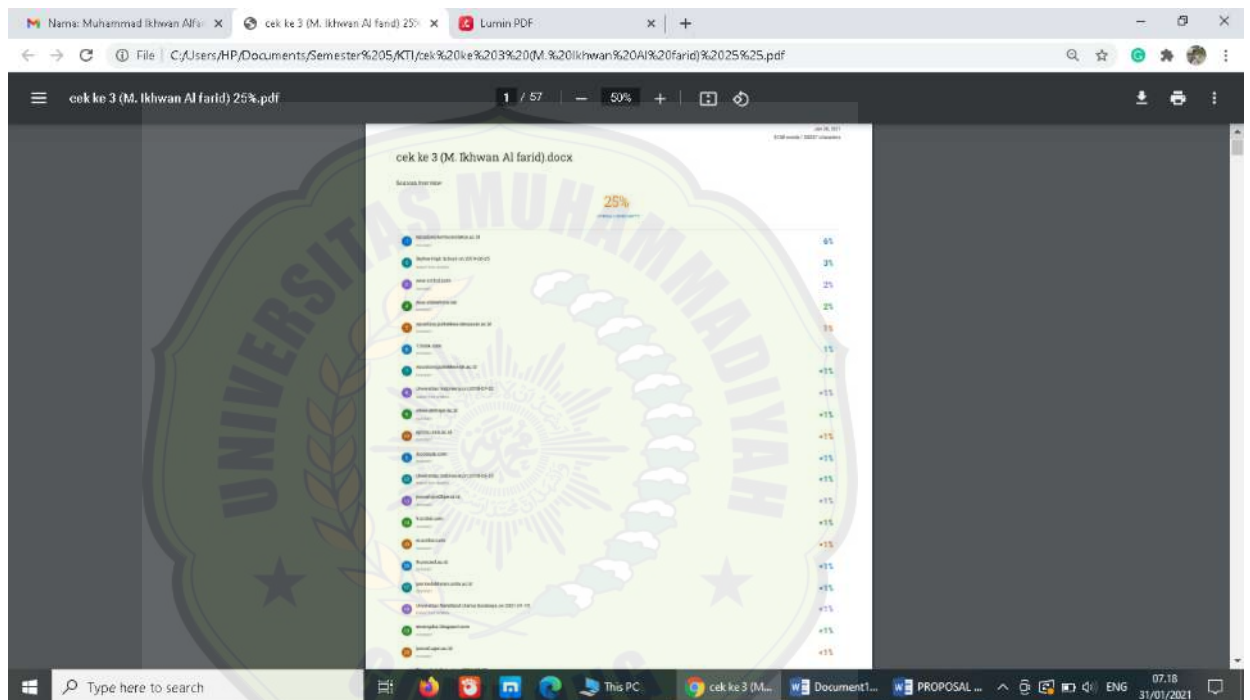
Nama Responden : Ny.T

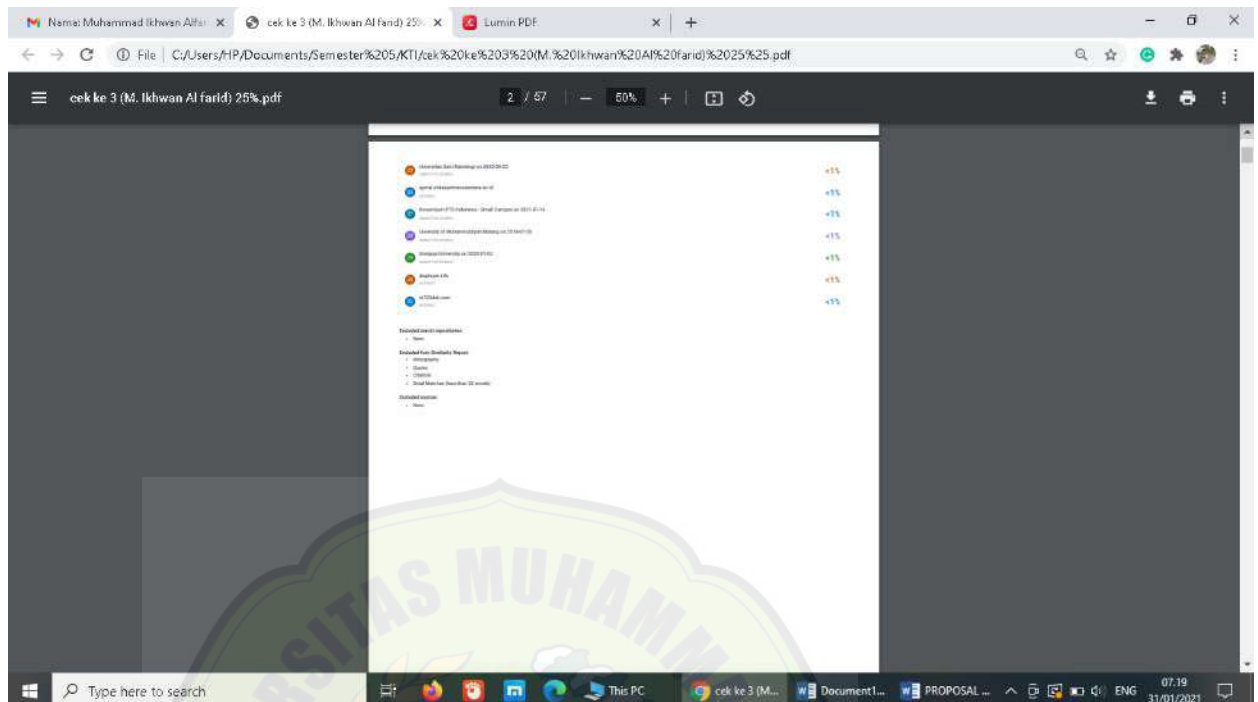
Latihan hari ke : 3

Tanggal
pelaksanaan:

PANDUAN LATIHAN (SOP)	SORE		PAGI	
	YA	TIDAK	YA	TIDAK
Tahap Persiapan				
1. Persiapan alat : Handgripper, jam tangan.	√		√	
2. Persiapan lingkungan : lingkungan yang tenang dan nyaman.	√		√	
Persiapan Pasien :				
3. Jelaskan tujuan, manfaat, prosedur tindakan, dan pengisian lembar persetujuan ke pasien.	√		√	
4. Atur posisi pasien senyaman mungkin.	√		√	
5. Lepasakn aksesoris yang digunakan seperti jam tangan, cincin, gelang.	√		√	
Tahap Pelaksanaan				
6. Instruksikan pasien membuka tangan lalu peneliti meletakan Handgripper diatas telapak tangan pasien.	√		√	

7. Instruksikan pasien melakukan latihan pertama menggenggam handgripper dan meremas kuat membuat sudut 20-30 derajat selama 3 detik. Latihan kedua menggenggam dan menahan handgripper selama 45 detik.	√		√	
8. Instruksikan pasien untuk mengendurkan genggam dan rileks selama 3 detik pada latihan pertama. Instruksikan pasien untuk mengendurkan genggam selama 15 detik pada latihan kedua.	√		√	
9. Instruksikan pasien untuk mengulang latihan pertama selama 180 detik atau 3 menit. Latihan kedua sebanyak 180 detik atau 3 menit.	√		√	
10. Selama latihan beri motivasi dan dukungan kepada pasien untuk	√		√	
melakukan latihan gerak aktif menggenggam tangan	√		√	
Tahap Terminasi				
11. Evaluasi tindakan dan perasaan pasien.	√		√	
12. Merapikan alat dan pasien	√		√	
13. Melakukan kontrak waktu berikutnya.	√		√	
14. Mencatat hasil tindakan.	√		√	







**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
GOMBONG**

PERPUSTAKAAN

Jl. Yos Sudarso No. 461, Telp./Fax. (0287) 472433 GOMBONG, 54412

Website : <http://library.stikesmuhgombong.ac.id/>

E-mail : lib.stimugo@gmail.com

SURAT PERNYATAAN CEK SIMILARITY/PLAGIASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ike Mardiaty Agustin, M.Kep.Sp.Kep.J
 NIK : 06039
 Jabatan : Kepala UPT STIKES Muhammadiyah Gombong

Menyatakan bahwa karya tulis di bawah ini **sudah lolos** uji cek similarity/plagiasi:

Judul : Penerapan Range Of Motion Exercise dengan Isometric Handgrip Exercise terhadap Pasien Stroke dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik

Nama : Muhammad Ikhwan Alfarid

HUBUNGAN ANTARA PENANGANAN AWAL DAN KERUSAKAN NEUROLOGIS PASIEN STROKE DI RSUD KUPANG

Sakti Oktaria Batubara¹⁾, Florentianus Tat²⁾

Staf Pengajar STIKes Citra Husada Mandiri Kupang¹⁾,
Staf Pengajar Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang²⁾
Email: oktariabatubara@gmail.com

ABSTRACT

Stroke is a neurological change due to interruption of blood flow to the brain and it is the fourth leading cause of death in the United States. In Indonesia, estimated 300,000 new cases of strokes every year. Stroke management at home (prehospital) is a crucial because it can minimize neurological disorder which will happen. The aim of this research was to identify the relationship of a management stroke at home with the neurologic change on stroke patients at Prof. Dr. W.Z Johannes hospital Kupang. This analytic correlation research implemented a cross-sectional approach. Using total sampling collected 30 samples from, Anggrek, Bougenville, Cempaka, Kelimutu, Komodo and Emergency room from June 26-August 26, 2015. Data collection utilized a questionnaire. The research resulted that 86.7% respondents had a non-haemorrhagic stroke, 63.3% respondents did not get a good stroke management at home, and patients' neurologic changes found included muscle weakness, no sensation of taste and paralysis. From many neurologic deficits found from this research, only rigid that had a correlation with early stroke management at home ($p=0.042$). Early stroke management at home must be socialized continuously to prevent severe complications.

Key words: early management, neurological change, stroke,

ABSTRAK

Stroke merupakan perubahan neurologis akibat gangguan aliran darah otak yang merupakan penyebab kematian ke empat di Amerika Serikat. Di Indonesia, diperkirakan 300.000 kasus baru stroke setiap tahunnya. Penanganan stroke di rumah (*prehospital*) menjadi penting karena dapat meminimalkan gangguan neurologis yang terjadi. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan penanganan stroke di rumah dengan kerusakan neurologis pada pasien stroke di RSUD Prof Dr. W.Z Johannes Kupang. Penelitian analitik ini menggunakan pendekatan *cross-sectional*. Total 30 pasien di ruang rawat Anggrek, Bougenville, Cempaka, Kelimutu, Komodo, dan IGD RSUD Prof Dr. W.Z Johannes Kupang pada 26 Juni - 26 Agustus 2015 direkrut dengan total sampling. Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner. Hasil penelitian menunjukkan 86,7 % responden mengalami stroke non hemoragik; 63,3 % responden mengalami penanganan awal stroke di rumah yang kurang baik. Kerusakan neurologis yang banyak diderita pasien yaitu tonus otot yang lemah, hilangnya sensasi rasa dan kelumpuhan. Hanya kekakuan yang berhubungan dengan penanganan awal di rumah ($p= 0,042$). Disarankan agar penanganan awal stroke di rumah dapat terus disosialisasikan agar dapat mencegah komplikasi lebih lanjut.

Kata Kunci: gangguan neurologis, penanganan stroke, stroke,

PENDAHULUAN

Stroke telah membunuh 130.000 orang di Amerika Serikat tiap tahunnya. Rata-rata 1 orang meninggal tiap 4 menit. Setiap tahun lebih dari 795.000 orang menderita stroke dan 610.000 adalah penderita baru serta 87 % dari stroke ini adalah jenis iskemik dimana aliran darah ke otak terhambat. Stroke juga merupakan penyebab kematian ke empat di USA (CDC, 2015). Di Indonesia usia penderita stroke umumnya berkisar pada usia 45 tahun ke atas. Terdapat kira-kira 2 juta orang penderita stroke yang bertahan hidup dalam kondisi cacat. Angka kejadian stroke adalah 200 per 100.000 penduduk dalam 1 tahun diantara 100.000 penduduk (Pudiasuti, 2011). Di Indonesia meskipun belum ada data akurat, diperkirakan 300.000 kasus baru stroke setiap tahunnya (Kompas, 3 Oktober 2013). Data penderita stroke di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, tahun 2013 berjumlah 112 orang.

Stroke adalah istilah yang menggambarkan perubahan neurologis akibat gangguan aliran darah di otak. Stroke juga merupakan kondisi emergency akibat iskemia serebral dengan penurunan aliran darah dan oksigen ke jaringan otak atau disebabkan hemoragik serebral yang menyebabkan kerusakan otak yang permanen (Pinto & Caple dalam Ardi, 2011). Dengan demikian stroke dibedakan menjadi stroke iskemik dan stroke hemoragik. Perubahan neurologis dapat terjadi secara mendadak sehingga harus ditangani dengan cepat dan tepat (Black and Hawks, 2009).

American Heart Association/ American Stroke Association (AHA/ASA, 2013) mengatakan bahwa di Amerika penanganan stroke telah menunjukkan

kemajuan dimana stroke bukan lagi penyebab kematian ketiga, tetapi turun menjadi keempat. Hal ini terutama karena membaiknya penanganan stroke dini ketika terjadi serangan. Dalam panduan penanganan pasien stroke oleh AHA/ASA, 2013 disebutkan bahwa penanganan stroke harus secepat mungkin. Pengiriman tim *emergency* dari sejak menerima panggilan hingga siap diberangkatkan harus kurang dari 90 detik. Kemudian waktu yang dibutuhkan hingga tim *emergency* tiba di tempat pasien < 8 menit.

Golden time (waktu emas) penanganan pasien stroke, terutama stroke iskemik adalah 3 jam sejak terjadi serangan. Waktu ini akan dipergunakan untuk mengoreksi sumbatan yang terjadi di otak (Widi-N, 2013 dalam harian Republika 3 Oktober 2013). Dengan demikian ketika seseorang diduga mengalami serangan stroke maka harus dilakukan pengecekan sederhana yang disingkat FAST (*Face, Arms, Speech, Time*). Segera diperhatikan wajah pasien apakah ada yang tertarik sebelah (tidak simetris), meminta pasien mengangkat tangan, berbicara, serta memperhatikan kapan dimulainya serangan itu. Apabila ditemukan wajah yang tidak simetris, tangan yang tidak dapat diangkat dan bicara tidak jelas, maka selanjutnya harus segera menghubungi petugas kesehatan/mengirim pasien ke sarana kesehatan.

Di Nusa Tenggara Timur, RSUD Prof Dr. W.Z Johannes merupakan satu-satunya RS yang memiliki fasilitas CT scan saat penelitian dilakukan. Sejauh ini, berdasarkan wawancara dengan salah satu perawat di Kabupaten Belu, menyebutkan jika mereka menerima pasien dengan serangan stroke, seringkali didiagnosa suspek stroke non

hemoragic oleh karena belum ada CT Scan untuk memastikan jenis stroke. Sebagai tindakan mereka akan memberikan manitol sesuai advise dokter, sebelum dirujuk ke RSUD Prof Dr. Wz. Johannes Kupang. Hal yang sama juga terjadi di Kabupaten Rote dan Manggarai.

Stroke yang terlambat mendapat penanganan akan mengakibatkan kelumpuhan luas dan gangguan pada kognitif. Dengan demikian perlu penanganan yang secepat mungkin untuk menurunkan angka cacat fisik akibat stroke. Berdasarkan uraian tersebut, peneliti tertarik untuk meneliti lebih jauh bagaimana penanganan stroke yang dilakukan keluarga hubungannya dengan gangguan neurologis yang dialami pasien. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana hubungan antara penanganan awal stroke di rumah dengan luasnya kerusakan neurologis pada pasien stroke di RSUD Prof Dr W.Z Johannes Kupang.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian analitik korelatif dengan desainnya yaitu *cross sectional* untuk mengetahui hubungan penanganan awal stroke di rumah dengan luasnya kerusakan neurologis pada pasien stroke. Hal ini berarti bahwa setiap responden hanya dilakukan satu kali pengukuran pada saat penelitian (Sastroasmoro dan Ismael, 2010).

Pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan teknik *non probability sampling*, jenis *total sampling* yaitu semua subjek penelitian (keluarga dan pasien stroke) yang dirawat inap, dan memenuhi kriteria inklusif yaitu keluarga pasien yang didiagnosa stroke hemoragik dan non hemoragik, ada

bersama pasien saat serangan stroke terjadi, usia 18 tahun ke atas, kooperatif dan bersedia menjadi responden. Penelitian ini dilaksanakan di ruang Anggrek, Bougenville, Cempaka, Komodo, Kelimutu dan IGD RSUD Prof Dr. W.Z. Johannes Kupang. Waktu penelitian dilakukan dari tanggal 26 Juni-26 Agustus 2015. Dalam penelitian ini menggunakan instrumen pengumpulan data berupa kuesioner. Kuesioner disusun berdasarkan pedoman dari AHA dan telah dilakukan uji validitas terhadap 12 orang responden dan hanya pertanyaan yang nilai r hitung $> 0,5$ yang dimasukkan dalam penelitian.

Variabel independen yaitu penanganan awal stroke di rumah, adalah tindakan yang dilakukan dari mulai serangan terjadi hingga pasien dibawa ke fasilitas kesehatan. Standar yang diikuti dalam variabel penanganan awal ini mengacu pada AHA, 2013 tentang penanganan pertama stroke dan berbagai sumber yang relevan. Terdapat 10 pertanyaan dalam kuesioner tentang bagaimana keluarga mengenali stroke pada pasien dan menanganinya hingga sesaat sebelum dibawa ke rumah sakit. Tiap tindakan yang benar diberi nilai 1 dan tidak tepat diberi nilai 0. Kategori penanganan awal di rumah menggunakan *cut of point* nilai mean 6. Penanganan di rumah baik jika nilai > 6 dan penanganan di rumah kurang baik jika nilai ≤ 6 .

Variabel dependen yaitu kerusakan neurologis yang terjadi dan merupakan hasil pengkajian peneliti berupa gangguan motorik (kelumpuhan, gangguan keseimbangan, sulit membentuk kata, tidak bisa bicara, kaku), gangguan sensori (hilang rasa, gangguan penglihatan, rasa baal), gangguan orientasi (waktu, tempat,

Tabel 1. Umur Responden, Umur Pasien dan Hari Rawat saat dinilai (n=30)

Variabel	Mean	SD	Min	Maks	95% CI
Umur Keluarga yang mendampingi	43,17	12,66	25	66	38,44-47,90
Umur Responden	61,77	10,02	46	85	58,02-65,51
Hari rawat saat dinilai	3	1,72	0	5	2,36-3,65

orang) dan gangguan persepsi serta nyeri kepala & tingkat kesadaran. Semua kerusakan neorologi ini dibuat dalam 2 kategori yaitu ya dan tidak.

Penelitian ini telah mempertimbang-kan etika penelitian yang berlaku berupa *informed consent*, *anonymity* dan *confidential*. Penelitian telah mendapat ijin meneliti dari Direktur RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang.

HASIL

Terlihat dari tabel 1 bahwa rata-rata umur responden yang mendampingi

adalah 43,17 tahun dengan umur termuda 25 tahun dan tertua 66 tahun. Umur responden pasien rata-rata 61,77 tahun dengan umur termuda 46 tahun dan tertua 85 tahun. Rata-rata hari rawat saat pengambilan data adalah hari ke 3 dengan yang terpendek 0 hari dan yang terpanjang 5 hari.

Tabel 2 dibawah menunjukkan data responden yang mendampingi saat pengambilan data berdasarkan kategori jenis kelamin, pekerjaan dan pendidikan.

Anggota keluarga yang menunggu

Tabel 2. Karakteristik Keluarga Pasien (n=30)

Variabel	n	(%)
Jenis Kelamin		
Laki-laki	6	20
Perempuan	24	80
Pekerjaan		
PNS	5	16,7
Pensiunan PNS	2	6,7
Petani	4	13,3
Swasta	5	16,7
IRT	14	46,7
Pendidikan		
Tidak tamat SD	2	6,7
Tamat SD	10	33,3
SMP	4	13,3
SMA	6	20
PT	8	26,7

Tabel 3 Pekerjaan, Jenis Kelamin dan Pendidikan Pasien Stroke (n=30)

Variabel	n	(%)
Pekerjaan		
PNS	3	10
Pensiunan PNS	2	6,7
Petani	6	30
Swasta	8	26,7
IRT	11	36,7
Jenis Kelamin		
Laki-laki	18	60
Perempuan	12	40
Pendidikan		
Tidak Sekolah	2	6,7
Tidak Tamat SD	4	13,3
Tamat SD	9	30
SMP	4	13,3
SMA	9	30
PT	2	6,7

terbanyak adalah perempuan sebesar 80 %. Pekerjaan responden terbanyak sama jumlahnya antara PNS dan swasta yaitu masing-masing sebesar 16,7%. Pendidikan responden terbanyak adalah tamat SD sebesar 33,3%

Tabel 3 diatas menunjukkan karakteristik responden berdasarkan pekerjaan responden, jenis kelamin responden dan pendidikan responden.

Tabel 4. Hubungan Keluarga Penunggu dengan Pasien (n=30)

Hubungan Keluarga	n	(%)
Istri/Suami	13	43,3
Anak/Menantu	15	50
Saudara Kandung	2	6,7

Tabel 5 Riwayat Penyakit dan Kebiasaan Responden

Riwayat Penyakit dan Kebiasaan	n	(%)
Hipertensi		
Tidak ada	10	33,3
Ada	20	66,7
DM		
Tidak Ada	18	60
Ada	12	40
Penyakit Jantung		
Tidak Ada	26	86,7
Ada	4	13,3
Merokok		
Tidak ada	15	50
Ada	15	50
Konsumsi Makanan Berlemak		
Tidak	6	20
Ya	24	80
Olahraga Teratur:		
Tidak	17	56,7
Ya	13	43,3

Pekerjaan terbanyak adalah Ibu rumah tangga sebanyak 36,7%; jenis kelamin terbanyak adalah laki-laki sebesar 60% dan pendidikan terbanyak adalah tamat SD sebesar 30%.

Tabel 4 menunjukkan bahwa responden terbanyak memiliki hubungan sebagai anak/menantu. Meskipun demikian proporsinya hanya berbeda tipis dengan pasangan sebagai penunggu pasien (43,3%)

Tabel 6 menunjukkan karakteristik stroke yang diderita responden. Jenis stroke diklasifikasikan berdasarkan hasil CT-Scan. Jenis stroke yang paling banyak adalah stroke non hemoragic sebesar 86,7 %.

Tabel 5 menunjukkan sebagian besar responden memiliki riwayat hipertensi, tidak memiliki riwayat DM, tidak ada riwayat penyakit jantung, antara responden yang merokok dan tidak merokok sama, mengkonsumsi lemak serta tidak olahraga secara teratur.

Tabel 6 Jenis Stroke menurut CT-Scan (n=30)

Jenis Stroke	n	(%)
Non Hemoragic	26	86,7
Hemoragic	4	13,3

Tabel 7. Penanganan awal Stroke dan Jam Penanganan Medis (n=30)

Penanganan	n	(%)
Penanganan di Rumah		
Kurang Baik	19	63,3
Baik	11	36,7
Penanganan Medis		
≤ 3 jam	13	43,3
> 3 jam	17	56,7

Tabel 8. Tanda Kerusakan Neurologis yang Dialami Responden (n=30)

Gangguan Neurologis	n	%	Gangguan Neurologis	n	%
Ada Rasa Baal:			Sulit Membentuk Kata:		
Tidak Ada	11	36,7	Tidak	13	43,3
Ada	19	63,3	Ya	17	56,7
Gangguan Penglihatan:			Tidak Bisa berbicara:		
Tidak ada	19	63,3	Tidak	25	83,3
Ada	11	36,7	Ya	5	16,7
Tampak Bingung:			Nyeri Kepala:		
Tidak	14	46,7	Tidak	9	30
Ya	16	53,3	Ya	21	70
Pusing:			Gangguan persepsi:		
Tidak	4	13,3	Tidak	21	70
Ya	26	86,7	Ya	9	30
Gangguan Keseimbangan:			Gangguan Orientasi:		
Tidak	7	23,3	Tidak	22	73,3
Ya	23	76,7	Ya	8	26,7
Merasa Kaku:			Kelumpuhan:		
Tidak	9	30	Tidak	12	40
Ya	21	70	Sebelah Kanan	7	23,3
Hilang rasa:			Sebelah kiri	10	33,3
Tidak	18	60	Leher ke bawah	1	3,3
Ya	12	40	Tingkat Kesadaran:		
Gangguan Lapang Pandang:			Compos Mentis	27	90
Tidak	18	60	Somnolen	3	10
Ya	12	40			

Penanganan di rumah terbanyak adalah penanganan kurang baik sebesar 63,3%. Selain itu, 56,7% responden mendapat penanganan medis setelah lebih dari 3 jam (Tabel 7.)

Kerusakan neurologis terbanyak yang dialami responden adalah rasa baal 63,3%. Responden tidak mengalami gangguan penglihatan 63,3%, tetapi merasa bingung 53,3%; pusing 87,6%,

mengalami gangguan keseimbangan 76,7%, kaku 70%, hilang rasa 60%, gangguan lapang pandang 60%, sulit membentuk kata 56,7%. Pasien tidak dapat berbicara 83,3%, nyeri kepala 70%, tetapi tidak mengalami gangguan persepsi 70%, dan tidak mengalami gangguan orientasi 73,3%. Kelumpuhan sebelah kiri adalah terbanyak 33,3%. Pasien dalam tingkat kesadaran compos mentis (90%) (Tabel 8)

Tabel 9. Hubungan Penanganan Awal Stroke dengan Kerusakan Neurologis (n=30)

Tanda Kerusakanan Neurologis Pasca Serangan Stroke		Penanganan Awal				Total	p
		Baik		Kurang			
		n	%	n	%		
Rasa Baal	Tidak	4	36,4	7	63,6	11	0,646
	Ya	7	36,8	12	63,2	19	
Gangguan Penglihatan	Tidak	7	36,8	12	63,2	19	1,000
	Ya	4	36,4	7	63,6	11	
Bingung	Tidak	6	42,9	8	57,1	14	0,781
	Ya	8	57,1	11	68,8	16	
Pusing	Tidak	3	75	1	25	4	0,126
	Ya	8	30	18	69,2	26	
Gangguan keseimbangan	Tidak	3	42,9	4	57,1	7	1,000
	Ya	8	34,8	15	65,2	23	
Nyeri Kepala	Tidak	3	33,7	6	66,7	9	1,000
	Ya	6	66,7	13	61,9	21	
Kelumpuhan Tubuh	Tidak	6	50	6	50	12	0,596
	Bagian kanan	3	28,6	5	71,4	7	
	Bagian kiri	3	30	7	70	10	
	Leher ke bawah	0	0	1	100	1	
Kaku	Tidak	6	66,7	3	33,3	4	0,042 *
	Ya	5	23,8	6	76,2	21	
Hilang Rasa	Tidak	8	44,4	10	55,6	18	0,442
	Ya	3	25	9	75	2	
Sulit membentuk kata	Tidak	7	53,8	6	46,2	13	0,132
	Ya	4	23,5	13	76,5	7	
Tidak bisa berbicara	Tidak	10	40	15	60	25	0,626
	Ya	1	20	4	80	5	
Gangguan persepsi	Tidak	9	42,9	12	57,1	21	0,672
	Ya	2	22,2	7	77,8	9	
Gangguan Orientasi	Tidak	9	40,9	13	59,1	22	0,279
	Ya	2	25	6	75	8	
Tingkat Kesadaran	Compos mentis	11	40,7	16	59,3	27	0,419
	Somnolen	0	0	3	100	3	

*Significant

Tabel 9 menunjukkan hubungan penanganan awal stroke dengan kerusakan neurologis. Penanganan awal

stroke berhubungan dengan kekakuan yang dialami responden dengan nilai p (0,042) < α (0,05). Penanganan awal

stroke tidak berhubungan dengan rasa baal, gangguan penglihatan, pusing, bingung, gangguan keseimbangan, nyeri kepala, kelumpuhan, hilang rasa, gangguan lapang pandang, sulit membentuk kata, tidak bisa bicara, gangguan persepsi, gangguan orientasi dan tingkat kesadaran. Hal ini dibuktikan dengan nilai p lebih besar dari 0,05.

PEMBAHASAN

Karakteristik Umum

Menurut Lewis (2014) penyakit stroke belakangan ini menyerang bukan hanya kelompok usia di atas 50 tahun, melainkan juga kelompok usia produktif yang menjadi tulang punggung keluarga. Bahkan dalam sejumlah kasus penderita stroke ada yang berusia di bawah 18 tahun (Suendrawan, 2015). Namun demikian masih banyak stroke yang menyerang usia lanjut yaitu usia di atas 50 tahun. Umur diatas 55 tahun beresiko 2x terkena stroke. Dua pertiga stroke yang terjadi saat usia diatas 65 tahun. Penelitian Windham et al (2015) juga menunjukkan bahwa lansia dengan infark pada otak beresiko tinggi mendapat stroke dan kematian. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang telah dilakukan bahwa rata-rata usia responden adalah 62 tahun. Ini menunjukkan bahwa faktor umur merupakan salah satu faktor risiko terkenanya serangan stroke, namun perlu menjadi catatan bahwa ada juga responden berusia 30 – 40 tahun sehingga diperkirakan ada faktor lain yang menyebabkan terjadi hal ini.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada perbedaan yang mencolok antara laki-laki dan perempuan dimana perempuan 40% dan laki-laki 60%. Ada kecenderungan laki-laki lebih banyak terkena serangan stroke jika

dibandingkan dengan perempuan. Penelitian ini sama dengan penelitian terbaru tentang stroke dimana responden laki-laki lebih banyak dari perempuan (Bland, et.al, 2015; Blomberg, 2014; Withlock, et.al, 2014). Hal ini kemungkinan disebabkan banyak dari responden laki-laki yang merokok. Rokok diketahui merupakan faktor resiko terjadinya stroke (Windham, 2015; Kim, 2015).

Henderson (2007) menjelaskan bahwa wanita yang merokok dan menggunakan pil kontrasepsi memiliki kemungkinan terserang stroke sepuluh kali lebih besar, hal ini juga seiring dengan peningkatan usia. Wanita yang mengalami stroke jumlahnya dua kali lebih banyak dari pria, tetapi tidak ada perbedaan presentasi yang pulih dari stroke dan jumlah wanita yang terkena stroke terus bertambah.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa paling banyak penderita stroke adalah IRT (36,7%), hal ini mungkin disebabkan karena penelitian ini dilaksanakan di Kota Kupang. Namun perlu menjadi catatan bahwa penyakit ini dapat menyerang semua lapisan masyarakat dari semua golongan. Beberapa ahli menyebutkan bahwa stroke cenderung diderita oleh golongan sosial ekonomi yang tinggi karena berhubungan dengan pola hidup, pola makan, pola istirahat dan aktifitas. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa Ibu rumah tangga juga termasuk dalam penderita stroke, mungkin hal ini berkaitan dengan kurang aktifitas olah raga yang dilakukan oleh ibu rumah tangga, atau juga jenis pekerjaan yang tidak membutuhkan banyak pergerakan.

Penyakit ini menimbulkan kecacatan terbanyak pada kelompok usia dewasa yang masih produktif,

terdapat kira-kira 2 juta orang bertahan hidup dari stroke yang mempunyai beberapa kecacatan. Dari angka ini 40% memerlukan bantuan dalam aktifitas kehidupan sehari-hari (Smeltzer, 2010).

Tingginya kasus stroke ini salah satunya adalah disebabkan karena rendahnya kepedulian masyarakat dalam mengatasi berbagai faktor risiko yang dapat menimbulkan stroke (Mansyur, 1999).

Perubahan gaya hidup sangat dianjurkan bagi orang yang berisiko terkena serangan stroke. Tidak ada yang bisa diperbuat untuk mencegah proses penuaan tetapi pada batas tertentu dapat mengontrol tekanan darah tinggi, kebiasaan merokok, diabetes, kadar kolesterol, kegemukan dan melakukan aktifitas olah raga. Stres juga dapat menaikkan tekanan darah dan memperlemah daya tahan tubuh (Henderson, 2007).

Jenis Stroke

Carpenito (2006) mengatakan bahwa penyebab utama dari stroke dapat diurutkan yaitu arteriosklerosis, embolisme, hemoragi cerebral. Adapun faktor risiko terjadinya stroke meliputi hipertensi, penyakit kardiovaskuler, kolesterol tinggi, obesitas dan diabetes. Menurut Carpenito (1999) hipertensi merupakan factor risiko utama cedera cerebrovasculer.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar faktor risiko adalah kebiasaan makan daging atau makanan berlemak, selain itu juga penyakit darah tinggi yang menjadi faktor dominan terjadinya serangan stroke pada pasien.

Peningkatan tekanan darah yang mendadak tinggi dapat disebabkan oleh

hipertensi, stress psikis, trauma kepala atau oleh peningkatan tekanan lain karena menegjan, batuk, angkat beban (Smeltzer, 2010)

Kebiasaan makan daging akan memacu peningkatan nilai kolesterol di dalam darah, peningkatan kolesterol ini merangsang pembentukan arteriosklerosis yang selanjutnya terjadi penyempitan pembuluh darah atau sumbatan pembuluh darah otak. Selanjutnya bisa terjadi iskemik otak dan kerusakan sel-sel otak.

Hasil penelitian menunjukan bahwa sebagian besar stroke yang dialami adalah stroke non hemoragik (86,7%), sedangkan stroke hemoragik hanya 13,3%. Hasil ini sesuai dengan penelitian Windham (2015) dimana penelitiannya tentang *small brain lesion and incient stroke and mortality* dengan responden dari Forsyth County, North Carolina, and Jackson, Mississippi menunjukkan 89% mengalami stroke iskemik. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar stroke disebabkan oleh penyumbatan pada pembuluh darah serebral. Kebiasaan dan budaya masyarakat Kota Kupang menyebabkan tingginya kadar kolesterol akibat kebiasaan makan daging pada waktu tertentu dalam jumlah yang banyak. Selain ini dapat disebabkan karena kurang aktifitas olah raga. Penumpukan lemak atau arterial emboli dalam pembuluh darah menyebabkan sumbatan juga di pembuluh darah otak. Hal ini memicu timbulnya stroke non-hemoragik.

Riwayat Penyakit dan Gejala Awal Stroke

Hasil penelitian menunjukan bahwa responden memiliki riwayat hipertensi sebanyak 66,6% dan yang tidak memiliki

riwayat hipertensi 33,3%. Riwayat penyakit Diabetes Militus 40% dan yang tidak memiliki penyakit DM sebanyak 68%. Tidak memiliki riwayat penyakit jantung 86,7%, riwayat merokok 50%, mengkonsumsi makanan berlemak 80%, olah raga tidak teratur 56,7%. Berdasarkan hasil penelitian di atas bahwa faktor risiko yang paling banyak yaitu riwayat hipertensi, riwayat mengkonsumsi lemak dan olahraga yang tidak teratur.

Bustam (dalam Rau dan Firdaus, 2011) penderita dengan tekanan diastolik di atas 95 mmHg mempunyai risiko dua kali lebih besar untuk terjadinya infark otak dibandingkan dengan tekanan diastolik kurang dari 80 mmHg, sedangkan kenaikan sistolik lebih dari 180 mmHg mempunyai risiko tiga kali terserang stoke iskemik dibandingkan dengan mereka yang bertekanan darah kurang dari 140 mmHg.

Stroke umumnya disebabkan karena kegagalan sirkulasi spesifik otak. Tidak selamanya disebabkan karena hipertensi tetapi dapat dipikirkan penyempitan dari pembuluh darah yang mengurangi jumlah darah yang beredar. Peredaran darah berkurang karena aterosklerosis (penimbunan plak lemak) atau pelepasan emboli kecil /mikro emboli, bekuan darah atau material lain. Stroke biasanya disertai satu atau beberapa penyakit lain seperti hipertensi, penyakit jantung, peningkatan lemak dalam darah, diabetes mellitus atau penyakit vascular perifer.

Gejala awal umumnya berupa baal atau lemas mendadak di wajah, lengan atau tungkai, terutama di salah satu sisi tubuh; gangguan penglihatan seperti penglihatan ganda atau kesulitan melihat pada satu atau kedua mata; bingung mendadak; tersandung selagi

berjalan, pusing bergoyang, hilangnya keseimbangan atau koordinasi; dan nyeri kepala mendadak tanpa kausa yang jelas (Mansjoer, 2009).

Pasien dengan riwayat merokok berhubungan dengan terjadinya *Transient Ischemic Attack* (TIA), suatu gejala awal stroke (Kim, 2015). Merokok menghambat sekresi aktivator jaringan plasminogen, meningkatkan aktivitas plasminogen activator inhibitor-1, menyebabkan inflamasi sistemik, mengaktifkan platelet dan merusak sel endotelial (Kim, 2015)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perasaan baal (keram) dan rasa lemah mendadak merupakan gejala awal stroke yang paling banyak dirasakan oleh penderita. Responden yang menyampaikan adanya rasa baal sebanyak 63,3%, responden tampak bingung 53,3%, terasa pusing 86,7%, gangguan keseimbangan 86,5%, merasa kaku 70%, sulit bicara 56,7%, nyeri kepala 70%, mengalami kelumpuhan 60% dan 90% kesadaran komposmentis.

Gejala klinis yang timbul tergantung pada berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasi. Stroke menyebabkan defisit neurologik, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat dan jumlah aliran darah kolateral. Stroke akan meninggalkan gejala sisa karena fungsi otak tidak akan membaik sepenuhnya (AHA, 2015).

Hasil pengumpulan data menunjukkan ada kesesuaian antara teori yang disampaikan dengan data yang dikumpulkan. Hal ini berarti bahwa perasaan baal atau lemah mendadak dirasakan oleh pasien pada awal

serangan. Oleh karena ini keluarga ataupun pasien itu sendiri harus menyadari gejala ini untuk menghindari cedera yang lebih lanjut. Dengan demikian setiap orang yang memiliki faktor risiko terkena serangan stroke harusnya benar-benar peka terhadap tanda dan gejala ini.

Penanganan awal di rumah

Stroke adalah sindroma klinis yang awal timbulnya mendadak, progresif cepat berupa deficit neurologis fokal dan atau global yang berlangsung 24 jam atau lebih atau langsung menimbulkan kematian (Mansjoer, 2009).

Stroke yang disebabkan oleh thrombosis otak biasanya datang secara bertahap, stroke yang disebabkan karena perdarahan biasanya datang secara cepat. Jika didahului oleh sakit kepala yang hebat, mual dan pingsan si penderita harus segera di bawa ke rumah sakit untuk pelayanan darurat (Leila Henderson, 2007).

Perjalanan penyakit atau stadiumnya meliputi: TIA (Transient Iskemic Attack) gangguan neurologis setempat yang terjadi selama beberapa menit sampai beberapa jam saja. Gejala yang timbul akan hilang dengan spontan dan sempurna dalam waktu kurang dari 24 jam, RIND (*Reversible Ischemic Neurologis Defisite*) gejala neurologis sembuh dalam waktu > 24 jam, Stroke Progresif: stroke yang terjadi masih terus berkembang dimana gangguan neurologis terlihat semakin berat dan bertambah buruk. Proses dapat berjalan 24 jam atau beberapa hari, Stroke komplit: dimana gangguan neurologi yang timbul sudah menetap atau permanen. Sesuai dengan istilahnya stroke komplit dapat diawali oleh serangan TIA berulang.

Luasnya kerusakan neurologis atau komplikasi penyakit sangat di tentukan juga oleh penanganan awal di rumah. Upaya pencegahan dan menurunkan insiden penyakit. Pengenalan lebih awal tanda dan gejala stroke akan memudahkan pencegahan penyakit atau komplikasi. Tanda dan gejala awal serangan juga menentukan jenis stroke dan luasnya gangguan neurologis (Mansjoer, 2009).

Defisit neurologis

Menurut Long (1993), pasien stroke akan kesulitan melakukan aktifitas karena kelemahan, kehilangan sensasai, gangguan tonus otot, dan gangguan aktifitas umum. Penelitian Bland (2015) menyatakan bahwa pasien stroke banyak mengalami gangguan sensorimotorik, kognitif dan bahasa. Meyer et.al. (2014) menyatakan pasien stroke umumnya mengalami gangguan somatosensory. Gangguan ini berhubungan dengan adanya gangguan dalam proses belajar (Vidoni dan Boyd dalam Meyer et al, 2014). Peneliti ini juga menduga bahwa letak lesi dan luasnya kerusakan di otak berhubungan dengan gangguan *somatosensation*.

Kerusakan neurologis yang mungkin terjadi adalah kelumpuhan, tonus otot lemah, hilangnya sensasi rasa, gangguan lapang pandang, kesulitan bicara, gangguan persepsi dan tidak mengenal orang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kerusakan neurologis yang dialami oleh pasien adalah tonus otot yang lemah, hilangnya sensasi rasa dan kelumpuhan, dalam kategori kelompok berat.

Hal ini sesuai dengan pernyataan Manjoer (2009) bahwa stroke menyebabkan kerusakan neurologik, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh

darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat dan jumlah aliran darah kolateral. Stroke akan meninggalkan gejala sisa, karena fungsi otak tidak akan membaik sepenuhnya. Beberapa tanda dan gejala yang di temukan antara lain: kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (Hemiparese atau Hemiplegia); lumpuh pada salah satu sisi wajah (*beel's palsy*); tonus otot lemah atau kaku, menurun atau hilangnya rasa; gangguan lapang pandang (*homonimus hemianopsia*); gangguan bahasa (disatria- kesulitan dalam membentuk kata, afasia atau disfasia: bicara defeksif/kehilangan bicara), gangguan persepsi, gangguan status mental (Mansjoer, 2009).

Hubungan antara Penangan Awal dan Komplikasi Neurologis

Hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel penanganan di rumah dengan kerusakan neurologis sebagian besar tidak menunjukkan adanya hubungan ditunjukkan dengan nilai *p value test chi-square* lebih besar dari 0,05, kecuali pada variabel kekakuan ($p= 0,042$). Salah satu penanda yang paling mudah dikenali saat seseorang akan terkena stroke adalah penyumbatan pembuluh darah sementara atau disebut TIA. Sekitar 15%-20% dari pasien yang mengalami stroke terlebih dulu mengalami TIA. "Gejala-gejalanya sama dengan saat seseorang mengalami stroke, hanya saja tidak berlangsung lama". Saat seseorang sadar dia mengalami TIA, maka sebaiknya mencari pertolongan medis secepatnya untuk mencegah serangan stroke yang sebenarnya.

Perjalanan penyakit atau stadiumnya meliputi: TIA (*Transient*

Ischemic Attack) gangguan neurologis setempat yang terjadi selama beberapa menit sampai beberapa jam saja. Gejala yang timbul akan hilang dengan spontan dan sempurna dalam waktu kurang dari 24 jam, RIND (*Reversible Ischemic Neurological Deficit*) Gejala neurologis sembuh dalam waktu > 24 jam, *Stroke Progressive*: stroke yang terjadi masih terus berkembang dimana gangguan neurologis terlihat semakin berat dan bertambah buruk. Proses dapat berjalan 24 jam atau beberapa hari, Stroke komplit: dimana gangguan neurologi yang timbul sudah menetap atau permanen. Sesuai dengan istilahnya stroke komplit dapat diawali oleh serangan TIA berulang.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 1 dari 3 orang yang pernah mengalami stroke sepertiganya telah mengalami pendahuluan berupa mini stroke dalam kurun waktu 7 hari sebelum serangan terjadi. Namun sayangnya, banyak orang yang tidak menyadari bahwa itu mini stroke, maka jika dirasakan salah satu atau lebih gejala di bawah ini, segeralah ke dokter untuk mendapat perawatan:

Mati rasa atau merasa lemas di bagian muka, lengan atau kaki secara mendadak, terutama di satu sisi tubuh saja. Kesulitan untuk berbicara, mengerti, atau bingung secara tiba-tiba. Kesulitan untuk melihat dengan satu atau dua mata secara mendadak. Kesulitan berjalan, pusing atau hilangnya keseimbangan atau koordinasi tubuh secara mendadak. Pusing yang timbul secara mendadak tanpa penyebab yang jelas

KESIMPULAN

Berbagai gejala dan tanda awal pre-

stroke seperti terasa baal/keram dan lemah mendadak, gangguan penglihatan, bingung mendadak terasa pusing, hilang keseimbangan dan nyeri kepala semuanya ditemukan pada pasien. Dari semua gejala tersebut perasaan baal (keram) dan rasa lemah mendadak merupakan gejala awal stroke yang paling banyak dirasakan oleh penderita.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar penanganan awal dilaksanakan oleh keluarga yaitu memberikan lingkungan yang aman dan nyaman, selain itu keluarga juga memberikan kesempatan kepada pasien untuk tirah baring. Defisit neurologis yang dialami oleh pasien adalah tonus otot yang lemah, hilangnya sensasi rasa dan kelumpuhan. Faktor risikonya adalah kebiasaan makan daging atau makanan berlemak, selain itu juga penyakit darah tinggi yang menjadi faktor dominan terjadinya serangan stroke pada pasien. Gangguan neurologis kaku yang berhubungan dengan penanganan awal stroke di rumah ($p=0,042$)

Keterbatasan penelitian ini adalah jumlah sampel yang sedikit sehingga mungkin hasil penelitian kurang dapat digeneralisasikan pada situasi yang sama.

UCAPAN TERIMA KASIH

Kepada Asosiasi Institusi Pendidikan Ners Indonesia (AIPNI) yang telah membiayai seluruh penelitian ini melalui program AIPNI Research Awards 2015.

DAFTAR PUSTAKA

AHA. (2013). *ASA/AHA Guideline: guideline for the early management of patients with acute ischemic stroke.*

- _____ (2013). *AHA/ASA expert consensus document: an updated definition of stroke for 21st Century*
- _____ (2009). *Spot a stroke F.A.S.T.*
- Ardi, M., Sitorus R., & Waluyo, A., (2011). *Analisis hubungan ketidakmampuan fisik dan kognitif dengan keputusan pada pasien stroke di Makassar.* Jakarta: FIK UI. Thesis
- Black J.M and Hawks J.H. (2009). *Medical surgical nursing. USA:* Elseviers Saunder
- Bland, M.D., Whitson, M., Harris, H., Edmiaston, J., Connor, L. T., Fucetola, R., ... Corbetta, M. (2015). Descriptive data analysis how standardized assessment are used to guide post-acute discharge recommendations for rehabilitation service after stroke. *Physical Therapy*, 5 (5), 710-719.
- Blomberg, H., E., Lundstrom, H. Toss, Gedeberg T.H., J. Johansson (2014). Agreement between ambulance nurses and physician in assessing stroke patients. *Acta Neurol Scand* 129: 49-55.
- Brass, L.M. (2014). *Paradigms in stroke recovery care.* Paper of 7th Annual Lawrence M. Brass stroke symposium: Continuing Medical Education, Yale School of Medicine.
- Carpenito L.J (2006). *Handbook of nursing diagnosis 11th edition.* Philadelphia: Lippincot William & Wilkins.
- CDC. (2015, March 24). *Stroke facts.* Retrieved 20 Okt, 2015, from <http://www.cdc.gov/stroke/facts.htm>.
- Gofir, A. (2010). *Diagnosis dini penanganan pertama stroke.* Yogyakarta: FK UGM/RS Sardjito.
- Henderson, L. (2002). *Panduan Perawatan Stroke,* Jakarta: Arcan.

- Jurkowski, J. M., Maniccia, D. M., Dennison, B. A., Samuels, S. J., & Spicer, D. A. (2008). Awareness of necessity to call 9-1-1 for stroke symptoms, upstate New York. *Preventing Chronic Disease*, 5(2), A41.
- Stroke, penyebab kematian tertinggi di RS. (2013). Retrieved 13 Jan, 2014, from <http://health.kompas.com/read/2013/10/03/1851046/Stroke.Penyebab.Kematian.Tertinggi.di.RS>.
- Kim, Y. D., Lee, K. Y., Nam, H. S., Han, S. W., Lee, J. Y., Cho, H. J., ... & Heo, J. H. (2015). Factors associated with ischemic stroke on therapeutic anticoagulation in patients with nonvalvular atrial fibrillation. *Yonsei Medical Journal*, 56(2), 410-417.
- Lewis, S.L., Heitkemper, L.L., Dirksen, S.R., O'Brien, P.G and Bucher, L. (2014) *Medical Surgical Nursing (8th ed.)*, Missouri: Mosby Elsevier
- Long, B. C., Phipps W. J. & Cassmeyer, V.L (1993). *Medical Surgical Nursing: Nursing Process Approach* (4th ed). Missouri: Mosby
- Muttaqin, A. (2011). *Asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mansjoer, A. (2006). *Kapita Selekta Kedokteran (edisi Ketiga)*. Jakarta: Media Aesculapius.
- Meyer, S. et al (2014). How do somatosensory deficits in the arm and hand relate to upper limb impairment, activity and participation problems after stroke? A systematic review. *Physical Therapy Journal*, 94 (9): 1220-1230.
- National Stroke Foundation. (2010). *Clinical guideline for stroke management 2010*. Melbourne: Australia Government
- Prabhakaran, S., O'Neill, K., Stein-Spencer, L., Walter, J., & Alberts, M. J. (2013). Prehospital triage to primary stroke centers and rate of stroke thrombolysis. *JAMA neurology*, 70(9), 1126-1132.
- Pudiastuti, R. (2011). *Penyakit pemicu stroke*. Surakarta: Muha Medika.
- Rau, J.M. dan Firdaus, K. (2011). *Resiko Kejadian Stroke di RSUD Undata Palu*. Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Tadulako. Skripsi.
- Sastroasmoro S., & Ismail, S. (2010). *Dasar-Dasar Metodologi Klinis (Edisi Ketiga)*. Jakarta: Sugeng Seto
- Setyopranoto, I. (2011). Stroke: Gejala dan penatalaksanaan. *Cermin Dunia Kedokteran*, 38(4), 247.
- Smeltzer, S.C., Bare, B.C., Hinkle, J.L, Cheever, K.H. (2010) *Textbook of Medical Surgical Nursing*, 12th Ed. Philadelphia: Lippincut William & Wilkins.
- Stetka, B. S., & Lutsep, H. L. (2013, 27 Feb 2013). New stroke management: A quick and easy guide. Retrieved Okt 13, 2015, from <http://www.medscape.com/viewarticle/779968>.
- Suendrawan. 2015. *Gambaran pelaksanaan personal hygiene pasien stroke di RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang*. Skripsi.
- Tarihoran, D. E. T. A. U., Sitorus, R., & Sukmarini, L. (2010). Penurunan kejadian luka tekan grade I (*non blanchable erythema*) pada klien stroke melalui posisi miring 30 derajat. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 13(3), 181-186.
- Whitlock, R., Healey, J. S., Connolly, S. J., Wang, J., Danter, M. R., Tu, J. V, ... Khera, V. (2014). Predictors of early and late stroke following cardiac surgery. *CMAJ*, 186(12), 905-912.

Windham, B.G. et al (2015). Small Brain Lesion and Incident Stroke and Mortality. *Annal of Internal Medicine*, 163 (1): 22-31.

Widi-N, S. (2013). *Perhatikan ini pada penolongan pertama pasien stroke.*

Republika online, Kamis 3 Oktober 2013.

Wirawan, N. & Putra, I.B.K. (2009). *Manajemen Prehospital pada Stroke Akut*. Denpasar: FK Universitas Udayana/RSUP Sanglah.





SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH GOMBONG
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA III

LEMBAR KONSULTASI

BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : Muhammad Ikhwan Alfarid
NIM : A01802447
NAMA PEMBIMBING : Podo Yuwono, S.Kep.Ns.,M.kep CWCS

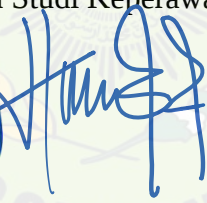
NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	12 November 2020	Topik Studi Kasus	
2	14 November 2020	Topik Studi Kasus (ACC)	
3	21 November 2020	Konsultasi BAB 1	
4	23 November 2020	Revisi BAB 1 (ACC)	
5	14 Desember 2020	Konsultasi BAB 2	
6	11 Januari 2021	Revisi BAB 2	
7	13 Januari 2021	Konsultasi BAB 2	
8	16 Januari 2021	Revisi BAB 2	
9	18 Januari 2021	Konsultasi BAB 2	
10	19 Januari 2021	Konsultasi BAB 3	
11	19 Januari 2021	Acc, Check plagiat	
12	22 Juni 2021	Konsultasi BAB 4	

13	28 Juni 2021	Revisi BAB 4	
14	29 Juni 2021	Acc BAB 4	
15	3 Juli 2021	Konsultasi BAB 5	
16	7 Juli 2021	Acc BAB 5	
17	19 Juli 2021	Konsultasi Abstrak, Lampiran, Format KTI	
18	21 Juli 2021	Revisi Abstrak	
19	21 Juli 2021	ACC	

Mengetahui,

Ketua Program Studi Keperawatan Keperawatan D-3




Nurlaila, S.Kep.,Ns., M.Kep