

KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)



JUDUL :

PENERAPAN ROM (*RANGE OF MOTION*) PADA ASUHAN KEPERAWATAN

PASIEN DENGAN GANGGUAN KEBUTUHAN MOBILITAS FISIK

DI JORONG SUNGAI SARIAK, KEC. BASO, KAB.AGAM,

KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2020

OLEH :

LUGIA MAY HUDATAMA

1914901727

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS

STIKes PERINTIS PADANG

T. A 2019/2020

KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)



*Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Memperolek Gelar Ners*

JUDUL :

**PENERAPAN ROM (*RANGE OF MOTION*) PADA ASUHAN KEPERAWATAN
PASIEN DENGAN GANGGUAN KEBUTUHAN MOBILITAS FISIK
DI JORONG SUNGAI SARIAK, KEC. BASO, KAB.AGAM,
KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2020**

OLEH :

LUGIA MAY HUDATAMA

1914901727

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS

STIKes PERINTIS PADANG

T. A 2019

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN KIA-N

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Lugia May Hudatama, S.Kep

NIM : 1914901727

Program Studi : Program Studi Profesi Ners STIKes Perintis Padang

Judul KIA-N : **Penerapan ROM (Range Of Motion) pada asuhan keperawatan pasien stroke dengan gangguan kebutuhan mobilitas fisik di jorong sungai sariak, Kec. Baso, Kab. Agam kota bukittinggi tahun 2020**

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah akhir Ners ini saya buat tanpa adanya tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di STIKes Perintis. Jika di kemudian hari nyatanya saya terbukti melakukan tindakan tersebut, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan siap menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKes Perintis.

Bukittinggi, 14 September 2020

Yang Menyatakan



(Lugia May hudatama, S. Kep)

HALAMAN PERSETUJUAN

PENERAPAN ROM (*RANGE OF MOTION*) PADA ASUHAN KEPERAWATAN
PASIEN STROKE DENGAN GANGGUAN KEBUTUHAN MOBILITAS FISIK
DI JORONG SUNGAI SARIAK, KEC. BASO, KAB.AGAM,
KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2020

OLEH :

Lugia May Hudatama, S.Kep
NIM : 1914901727

Karya Ilmiah Akhir Ners ini telah diseminarkan

Bukittinggi, 14 September 2020

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

(Ns. Vera Sesrianty, M.Kep)
NIK. 1440102110909052

Pembimbing II

(Supivah, S.Kp, M.Kep)
NIK.4008075901

Mengetahui,

Ketua Prodi Profesi Ners
STIKes Perintis Padang

(Ns. Mera Delima, M.Kep)
NIK. 1420101107296019

HALAMAN PENGESAHAN

PENERAPAN ROM (*RANGE OF MOTION*) PADA ASUHAN KEPERAWATAN
PASIEN STROKE DENGAN GANGGUAN KEBUTUHAN MOBILITAS
FISIK DI JORONG SUNGAI SARIAK, KEC. BASO, KAB.AGAM
KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2020

Oleh :

LUGIA MAY HUDATAMA, S.Kep
NIM : 1914901727

Pada :

HARI/TANGGAL : Senin, 14 September 2020

PUKUL : 15.00-16.00 WIB

Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Tim Penguji :

Penguji I : Ns.Mera Delima, M.Kep.....

Penguji II : Ns.Vera sesrianty, M.Kep.....

Mengetahui,
Ketua Program Studi Pendidikan Profesi
Ners STIKes Perintis Padang



Ns. Mera Delima, M.Kep
NIK : 1420101107296019

KATA PENGANTAR



Puji syukur Penulis ucapkan kehadiran Allah SWT, karena berkat rahmat dan hidayah-Nya Penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA-N) ini yang berjudul **“Penerapan ROM (*Range Of Motion*) pada asuhan keperawatan pasien dengan gangguan kebutuhan mobilitas fisik di jorong sungai sariak kecamatan baso kabupaten agam kota bukittinggi tahun 2020”** yang merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan program pendidikan profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang Bukittinggi. Salawat beriring salam juga penulis aturkan untuk nabi Muhammad SAW.

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini penulis banyak mendapatkan bimbingan, arahan, dan dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang tulus terutama kepada yang terhormat Ibu. Ns.Vera Sesrianty,M.Kep dan Ibu.Supiyah,S.Kp.M.Kep sebagai pembimbing akademik dan pembimbing lahan.

Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Bapak Yendrizal Jafri, SKp, M.Biomed ketua STIKes Perintis Padang.
2. Ibu Ns.Mera Delima, M.Kep selaku ketua Program Studi Profesi Ners Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Padang.

3. Ns.Vera Sesrianty,M.Kep Selaku pembimbing 1 dan penguji 2 terima kasih atas masukan dan semua ilmu yang telah diberikan dan juga didedikasikan terhadap ilmu keperawatan.
4. Supiyah,S.Kp,M.Kep Selaku pembimbing 2 terima kasih atas masukan dan semua ilmu yang telah diberikan dan juga didedikasikan terhadap ilmu keperawatan.
5. Ns.Mera Delima,M.Kep Selaku penguji 1 terima kasih atas masukan dan semua ilmu yang telah diberikan dan juga didedikasikan terhadap ilmu keperawatan.
6. Ibu/Bapak staf dosen STIKes Perintis Padang yang telah memberikan ilmu pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan.
7. Rekan – rekan mahasiswa Profesi Ners Angkatan 2019/ 2020 yang telah mencurahkan perhatian, kekompakan dan kerjasama untuk kesuksesan bersama.
8. Yang teristimewa ungkapan terima kasih yang sebesar-besarnya dan rasa hormat yang tak terhingga penulis sampaikan kepada kedua orang tua saya bpk. Ahmad dan ibu. Len susilawati yang telah memberikan kasih sayang, motivasi, semangat dan do'a yang tulus kepada saya dalam menuntut ilmu.
9. Terima kasih kepada sahabat dan teman-teman Praktek Profesi Ners yang senasib dan seperjuangan, terima kasih atas semangat, bantuan dan kebersamaannya selama ini. Serta semua pihak yang membantu penulis dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ners ini.

10. Dalam penulisan karya ilmiah akhir ners ini penulis menyadari sepenuhnya keterbatasan dan kemampuan yang ada. Oleh karena itu, penulis menerima kritik dan saran yang dapat menyempurnakan studi kasus ini. Dengan segala kerendahan hati.

Bukittinggi, Oktober 2020

Penulis

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto:

- ❖ *Percayalah usaha yang keras tidak akan mengkhianati hasil, walaupun ia berkhianat maka ingatlah, sekecil apapun usaha baikmu pasti punya manfaat untuk hidup mu sendiri.*

Kupersembahkan kepada:

- ❖ *Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayahNya kepada kita semua karena seseorang hamba hanya bisa berusaha dan berdo'a semuanya kembali kepada allah swt.*
- ❖ *Kedua orang tuaku m.ali dan ibuku suryatii yang selalu memberikan do'a yang tulus dengan penuh kasih sayang, keikhlasan, kesabaran serta pengorbanan yang tiada henti.demi mewujudkan cita-cita ku terima kasih orang tuaku jasa mu tidak akan pernah terbalas sampai kapanpun.*
- ❖ *Keluargaku yang mungkingtidak bisa akusebutkansatupersatu terimakasih atas do'a dan motivasi yang di berikankepadaku.*
- ❖ *Teman Seperjuangan di STIK perintis sumbar terima kasih telah menjadi sahabat ingat lah tetap jalin silaturahmi dimanapun kita berada.*
- ❖ *Teman-teman seperjuangan angkatan 2018 stik perintis sumbar*

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Lugia May Hudatama, S.Kep
Tempat/Tanggal Lahir :Tampunik /11 Mei 1996
Agama : Islam
Program Studi : Profesi Ners
No.Hp : 081363604237
Nama Ayah : Ahmad
Nama Ibu : Len Susilawati
Jumlah Saudara : 4 (empat)
Alamat : Kampung Tampunik, Nagari. Kambang Timur,Kec. Lengayang, Kab Pesisir Selatan
Email : lugiamayhudatam11@gmail.com
Riwayat Pendidikan :

1. Tahun 2002 - 2003 : TK Dinda Koto Rawang
2. Tahun 2003 - 2009 : SD N 37 Tampunik
3. Tahun 2009 - 2012 : MTS N Kayu Kalek
4. Tahun 2012 - 2015 : SMA N 3 Lengayang
5. Tahun 2015 - 2019 : S1 Keperawatan STIKes Perintis Padang
6. Tahun 2019 - 2020 : Profesi Ners STIKes Perintis Padang

DAFTAR ISI

PERNYATAAN PERSETUJUAN

KATA PENGANTAR

DAFTAR ISI

BAB I PENDAHULUAN

Latar Belakang	
Tujuan Penulisan	
Manfaat Karya Ilmiah	

BAB II TINJAUAN TEORITIS

Konsep Kebutuhan Mobilitas Fisik

2.1 Pengertian Kebutuhan Mobilitas	
2.2 Jenis Mobilitas	
2.3 Etiologi	
2.4 Dampak Gangguan Mobilitas	
2.5 Manifestasi Klinis Gangguan Mobilitas	
2.6 Komplikasi Gangguan Mobilitas	
2.7 Patofisiologi Gangguan mobilitas	
2.8 Gangguan pemenuhan mobilitas	
2.9 Penatalaksanaan Gangguan Mobilitas	

Konsep Stroke

2.1 Pengertian Stroke	
2.2 Etiologi Stroke	
2.3 Klasifikasi Stroke	
2.4 Faktor Resiko Stroke	
2.5 Patofisiologi Stroke	
2.6 Manifestasi Klinis Stroke	
2.7 Komplikasi Stroke	
2.8 Penatalaksanaan Stroke	

Konsep ROM (*Range Of Motion*)

2.1 Pengertian Range Of Motion	
2.2 Klasifikasi Range Of Motion	
2.3 Manfaat Latihan Range of Motion	
2.4 Tujuan Latihan Range Of Motion	
2.5 Prinsip Range Of Motion	
2.6 Indikasi Range Of Motion	
2.7 Kontra indikasi range Of Motion	

Asuhan Keperawatan Teoritis

2.1 Pengkajian	
2.2 Pemeriksaan diagnostic	
2.3 Diagnosa keperawatan	

2.4 WOC Gangguan Mobilitas Fisik.....
2.5 Intervensi keperawatan.....
2.6 Implementasi Keperawatan.....

BAB III ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.L

Data Umum

3.1.1 Pengkajian.....
3.1.2 Daftar Diagnosa.....
3.1.3 Intervensi Keperawatan.....
3.1.4 Implementasi dan Evaluasi

BAB IV PEMBAHASAN DAN TELAAH JURNAL

4.1 Analisis Masalah Keperawatan Dengan Konsep terkait Kkmp Dan Konsep Kasus Terkait.....
4.2 Analisis Intervensi Inovasi Dengan Konsep Dan Penelitian Terkait.....
4.3 Alternatif Pemecahan Yang Dapat Dilakukan.....

BAB V PENUTUP

5.1 Kesimpulan.....
5.2 Saran.....

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG**

Karya Ilmiah Akhir Ners, Agustus 2020

Lugia May Hudatama

**PENERAPAN ROM (RANGE OF MOTION) PADA ASUHAN
KEPERAWATAN PASIEN STROKE DENGAN GANGGUAN
MOBILITAS FISIK DI JORONG SUNGAI SARIK KEC.BASO
KAB.AGAM KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2020.**

, bab, halaman, table

ABSTRAK

Berdasarkan data World Health Statistics di seluruh dunia pada tahun 2016 stroke merupakan penyebab kedua kematian dan penyebab keenam yang paling umum dari cacat. Sekitar 15 juta orang menderita stroke yang pertama kali setiap tahun, dengan sepertiga dari kasus ini atau sekitar 6,6 juta mengakibatkan kematian (3,5 juta perempuan dan 3,1 juta laki-laki). (WHO 2016). Tujuan dari karya ilmiah ini adalah menganalisis intervensi menerapkan asuhan keperawatan pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik latihan rentang gerak ROM pada keluarga Ny.L yang menderita stroke untuk menstabilkan pemulihan kekakuan pada oto di jorong sungai sariak kec.baso kab.agam kota bukittinggi. Metode penulisan ini adalah studi kasus dengan *quasy eksperimen*. intervensi menerapkan asuhan keperawatan dengan latihan rentang gerak ROM masalah gangguan mobilitas pada penderita stroke dengan latihan ROM. Intervensi diberikan sebanyak 2 kali sehari dalam waktu 4 hari pemberian. Dari hasil analisa kasus pada pasien didapatkan belum mengalami peningkatan latihan ROM untuk pasien stroke dengan gangguan mobilitas pada hari ke 3 intervensi. Intervensi keperawatan pada pasien meliputi dukungan ambulasi, dukungan mobilisasi, latihan rentang gerak ROM, terapi bicara, pengaturan pola tidur, dan bantuan perawatan diri. Perawat hendaknya memberikan perawatan dan edukasi pada keluarga tentang perawatan pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik dan defisit perawatan diri.

Kesimpulan: gangguan mobilitas, stroke, ROM .

Kata kunci: gangguan mobilitas, stroke, teknik rom pasif, stroke, pasien.

Kepustakaan : 29 (2001 – 2019)

**NERS PROFESSIONAL EDUCATION STUDY PROGRAM
HIGH SCHOOL OF HEALTH SCIENCE PADANG PADANG**

Nur's Final Scientific Paper, August 2020

Lugia May Hudatama

IMPLEMENTATION OF ROM (RANGE OF MOTION) IN NURSING CARE FOR STROKE PATIENTS WITH PHYSICAL MOBILITY DISORDERS IN JORONG RIVER SARIAK KEC. BASO KAB.AGAM, BUKITTINGGI CITY, 2020.

, chapter, page, table

ABSTRACT

Based on data from World Health Statistics worldwide in 2016, stroke is the second cause of death and the sixth most common cause of disability. About 15 million people suffer their first stroke each year, with one-third of these cases or about 6.6 million resulting in death (3.5 million women and 3.1 million men). (WHO 2016). The purpose of this scientific paper is to analyze the intervention to implement nursing care for stroke patients with impaired physical mobility ROM range of motion exercises in Mrs.L's family who suffered from stroke to stabilize the recovery of muscle stiffness in jorong Sungai SariaK, Baso regency, various city districts of Bukittinggi. This writing method is a case study with a quasy experiment. Interventions apply nursing care with ROM exercise range of motion problems of mobility disorders in stroke patients with ROM exercises. The intervention was given 2 times a day within 4 days of administration. From the results of case analysis in patients, it was found that there had not been an increase in ROM, exercise for stroke patients with impaired mobility on the 3rd day of intervention. Nursing interventions in patients include ambulation support, mobilization support, ROM (range of motion), talk therapy, sleep regulation , exercises and self-care assistance. Nurses should provide care and education to families about the care of stroke patients who have impaired physical mobility and deficits in self-care. Conclusion: impaired mobility, stroke, ROM.

Keywords: mobility impairment, stroke, passive ROM technique, stroke, patient.

Bibliography: 29 (2001 - 2019)

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG

Gangguan mobilitas adalah keterbatasan fisik tubuh atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah, hambatan mobilitas fisik yaitu suatu keterbatasan pada pergerakan fisik tubuh baik satu ataupun lebih pada ekstremitas secara mandiri dan terarah, seperti kelemahan otot dan kerusakan fungsi ekstremitas yang disebabkan oleh suatu penyakit, dan faktor yang berhubungan dengan hambatan mobilitas yaitu gangguan neuromuskuler (Nurarif .A.H. dan Kusuma. H, 2015). Menurut Mubarak (2012) dampak yang ditimbulkan oleh imobilisasi meliputi dampak psikologis, imobilisasi dapat menyebabkan penurunan motivasi, kemunduran kemampuan dalam memecahkan masalah dan perubahan konsep diri. Selain itu kondisi ini juga disertai dengan ketidaksesuaian antara emosi dan situasi, perasaan tidak berharga dan tidak berdaya, serta kesepian yang diekspresikan dengan perilaku menarik diri dan apatis. Proses rehabilitasi yang dilakukan di nilai masih belum cukup efektif untuk mencegah terjadinya kecatatan pada pasien stroke.

Dampak fisik dari imobilitas: sistem muskuloskeletal, osteoporosis tanpa adanya aktivitas tanpa memberi beban kepada tulang, tulang akan mengalami demineralisasi. Proses ini akan menyebabkan tulang kehilangan kekuatan dan kepadatannya sehingga tulang menjadi keropos

dan mudah patah, atrofi otot, otot yang tidak dipergunakan dalam waktu lama akan kehilangan sebagian besar kekuatan dan fungsi normal, kontraktur, pada kondisi imobilisasi, jaringan kolagen pada sendi akan mengalami ankilosa.

Gangguan mobilitas fisik salah satunya terjadi pada pasien stroke, stroke adalah kondisi yang terjadi ketika pasokan otak terganggu atau berkurang akibat penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah, tanpa darah otak tidak akan mendapatkan asupan oksigen dan nutrisi sehingga sel-sel pembagian area otak akan mati (Rahmawati, dan Yurida Oliviani 2017).

Menurut data World Health Organization (WHO, 2016) bahwa stroke merupakan penyebab kedua kematian dan penyebab keenam yang paling umum dari cacat. Sekitar 15 juta orang menderita stroke yang pertama kali setiap tahun, dengan sepertiga dari kasus ini atau sekitar 6,6 juta mengakibatkan kematian (3,5 juta perempuan dan 3,1 juta laki-laki). Stroke merupakan masalah besar di negaranegara berpenghasilan rendah daripada di negara berpenghasilan tinggi. Lebih dari 81% kematian akibat stroke terjadi di negara-negara berpenghasilan rendah Presentase kematian dini karna stroke naik menjadi 94% pada orang dibawah usia 70 tahun.

Di indonesia angka kejadian penyakit stroke juga menjadi penyebab kematian utama hampir seluruh Rumah Sakit di Indonesia dengan angka kematian sekitar 15,4%. Pada tahun 2018 kasus stroke meningkat

sebanyak 10,9% dibandingkan dengan tahun 2013 sebanyak 7,0%. Sebanyak 57,9% penyakit stroke telah terdiagnosis oleh tenaga kesehatan (Rikesdas, 2018). Prevalensi penyakit stroke meningkat seiring bertambahnya umur, terlihat dari kasus stroke tertinggi yang terdiagnosis tenaga kesehatan adalah usia 75 tahun keatas sebanyak 43,1% dan terendah pada kelompok usia 15-24 tahun yaitu sebanyak 0,2% (Rikesdas, 2018). Menurut Depkes (2016) disebutkan bahwa dari 10 penyebab kematian utama berdasarkan sample registrasi sistem (SRS) diantaranya adalah penyakit tidak menular (PTM) yaitu stroke di nomor pertama, urutan kedua penyakit jantung koroner dan ketiga diabetes melitus. Di Indonesia, jumlah penderita stroke tahun 2016 diperkirakan sebanyak 12,1%. Provinsi Sulawesi Selatan memiliki estimasi jumlah penderita terbanyak yaitu sebanyak 17,9%, sedangkan Provinsi Riau memiliki jumlah penderita paling sedikit yaitu sebanyak (5,2%), Jawa tengah menempati urutan ke 10 yaitu sebesar (12,3%) (Kementrian Kesehatan R.I, 2016).

Menurut hasil (Rikesdas 2018) terlihat dari kasus stroke tertinggi yang terdiagnosis tenaga kesehatan adalah usia 75 tahun keatas (50,2%) dan terendah pada usia 15 sampai 24 tahun yaitu sebesar 0,6%. Menurut penelitian Badan Pusat Statistik (BPS) pada tahun 2013 dan 2018, prevalensi penyakit stroke pada kelompok yang didiagnosis oleh tenaga kesehatan meningkat seiring dengan bertambahnya umur.

Sumatera Barat prevalensi penyakit stroke meningkat pada usia ≥ 15 tahun 2013 sebanyak 7,4% naik ditahun 2018 menjadi 10,9% dimana juga terjadi peningkatan di tahun 2013 pada usia 15-24 tahun sebanyak (0,2% naik ditahun 2018 menjadi 0,6%), ditahun 2013 pada usia 25-34 tahun sebanyak (0,6% di tahun 2018 naik menjadi 1,4%) di tahun 2013 pada usia 34-44 tahun sebanyak (3,3% naik di tahun 2018 menjadi 4,2%) (Hasil Riskesdas, 2018). prevalensi tahun 2016 yang menderita stroke sebanyak 15,4% dari 2,8 juta penduduk. Penduduk yang mengalami kelemahan ekstremitas akibat stroke sebanyak 4,31%. Data yang diperoleh dari Puskesmas Bulak Banteng terdapat 35 orang yang mengalami kelemahan ekstremitas akibat stroke.

Penurunan kemampuan dalam menggerakkan otot pada anggota tubuh seseorang pasien yang mengalami stroke dikarenakan mengalami kelemahan pada satu sisi anggota tubuh. Menurut (Chaidir & Zuardi, 2014) ,pemberian dua kali latihan ROM setiap hari pada pasien stroke iskemik lebih meningkatkan kemampuan otot daripada satu kali sehari. Ketergantungan ini akan berlanjut sampai pasien pulang dari rumah sakit, oleh karena itu diperlukan manajemen yang baik agar kondisi yang dialami oleh pasien dapat teratasi dan pasien dapat beraktivitas mandiri pasca stroke nanti. Salah satu intervensi yang bisa dilakukan untuk mengatasi masalah hemiparese pada ekstremitas atas pasien stroke adalah dengan melakukan latihan ROM baik aktif maupun pasif.

Terapi konseling, terapi rohani, terapi wicara, dan terapi fisik merupakan rehabilitasi yang dapat dilakukan pada pasien stroke. Salah satu pemulihan pada pasien stroke adalah dengan cara terpai fisik yaitu latihan Range of Motion (ROM) dengan cara menggenggam bola. penyakit (ROM) merupakan salah satu terapi pemulihan dengan cara latihan otot untuk mempertahankan kemampuan pasien menggerakkan persendian secara normal dan lengkap . Latihan ROM pasif adalah latihan ROM yang di lakukan pasien dengan bantuan perawat pada setiap-setiap gerakan. Indikasi latihan pasif adalah pasien semikoma dan tidak sadar, pasien dengan keterbatasan mobilisasi tidak mampu melakukan beberapa atau semua latihan rentang gerak dengan mandiri, pasien tirah baring total atau pasien dengan paralisis ekstermitas total. Latihan ROM pasif adalah Perawat memberikan motivasi, dan membimbing klien dalam melaksanakan pergerakan sendi secara mandiri sesuai dengan rentang gerak sendi normal. Hal ini untuk melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan cara menggunakan otot-ototnya secara aktif . Sendi yang digerakkan pada ROM aktif adalah sendi di seluruh tubuh dari kepala sampai ujung jari kaki oleh klien sendiri secara aktif (Suratun, 2016).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Derison Marsinova 2016 tentang Latihan Range Of Motion terhadap rentang sendi pasien pasca stroke mengatakan bahwa adanya pengaruh pasien stroke yang mengalami hemiparise yang tidak mendapatkan penanganan yang tepat

menimbulkan komplikasi gangguan fungsional dan gangguan mobilisasi, gangguan aktivitas sehari-hari dan cacat yang tidak dapat disembuhkan. Latihan ROM pasif rentang terhadap peningkatan rentang gerak sendi pasien pasca stroke di kabupaten rejang lebon daro 30 pasien stroke yang mengalami hemiparise lebih dari 6 bulan.

Berdasarkan pengkajian pada Ny.L yang mengalami gangguan kebutuhan mobilitas fisik pada bagian ekstremitas mengalami kelemahan sisi kiri. Kelemahan yang diberikan ekstremitas yang dialami pasien memberikan informasi area otak yang mengalami gangguan, keluarga mengatakan klien jatuh di halaman depan rumah. Dan keluarga mengatakan klien tidak bisa menggerakkan anggota badan sebelah kiri, klien hanya berbaring lemah di tempat tidur, keluarga mengatakan tidak pernah memiringkan klien dan keluarga juga jarang menggerakkan anggota gerak tubuh klien, keluarga mengatakan belum melakukan latihan ROM dan memiringkan klien, klien sebelumnya tidak pernah di rawat di rumah sakit, semenjak jatuh klien mencoba berobat di klinik saja. Untuk itu perawat dapat memberikan perawatan dan edukasi pada keluarga tentang perawatan pasien stroke yang mengalami gangguan kebutuhan mobilitas fisik. Perlunya dukungan dari keluarga secara terus menerus melakukan intervensi yang diajarkan untuk mencegah komplikasi berkelanjutan.

Berdasarkan fenomena tersebut, mahasiswa tertarik memberikan asuhan keperawatan terbaru mengenai penatalaksanaan gangguan mobilitas fisik

dengan latihan Range Of Motion pada Ny.L yang mengalami gangguan mobilitas dengan alasan adanya jurnal pendukung tentang asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan mobilitas fisik pada pasien pasca stroke.

1.2. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan pernyataan di atas, maka rumusan masalah yang dapat diambil yaitu bagaimana penerapan ROM (Range Of Motion) pada asuhan keperawatan dengan gangguan mobilitas fisik di Jorong Sungai Sariak Kec.Baso Kab.Agam Bukittinggi Tahun 2020.

1.3. TUJUAN

1.3.1. Tujuan umum

Untuk mengidentifikasi gangguan kebutuhan mobilitas fisik dalam memberikan latihan ROM pada pasien yang mengalami gangguan kebutuhan mobilitas fisik.

1.3.2. Tujuan khusus

1. Mahasiswa mampu memahami konsep dasar kebutuhan mobilitas fisik (pengertian, etiologi, anatomi fisiologi, manifestasi klinis, patofisiologi, dan penatalaksanaan) di Jorong Sungai Sariak Kec. Baso Kab. Agam Kota Bukittinggi Tahun 2020.
2. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian pada pasien Ny.L Kebutuhan mobilitas fisik di Jorong Sungai Sariak Kec. Baso Kab. Agam Kota Bukittinggi Tahun 2020.

3. Mahasiswa mampu merumuskan diagnosis keperawatan pada Ny.L yang berhubungan dengan Kebutuhan mobilitas fisik di Jorong Sungai SariaK Kec. Baso Kab. Agam Kota Bukittinggi Tahun 2020.
4. Mahasiswa mampu menentukan intervensi yang berhubungan dengan Kebutuhan mobilitas fisik di Jorong Sungai SariaK Kec. Baso Kab. Agam Kota Bukittinggi Tahun 2020.
5. Mahasiswa mampu melakukan implementasi yang berhubungan dengan Kebutuhan mobilitas fisik di Jorong Sungai SariaK Kec. Baso Kab. Agam Kota Bukittinggi Tahun 2020.
6. Mampu melakukan evaluasi Ny.L yang berhubungan dengan Kebutuhan mobilitas fisik di Jorong Sungai SariaK Kec. Baso Kab. Agam Kota Bukittinggi Tahun 2020.
7. Mahasiswa mampu melakukan pendokumentasian yang berhubungan dengan Kebutuhan mobilitas fisik di Jorong Sungai SariaK Kec. Baso Kab. Agam Kota Bukittinggi Tahun 2020.

1.4. MANFAAT

1.4.1. Manfaat Teori

Untuk perkembangan ilmu keperawatan dalam melaksanakan asuhan keperawatan dengan Kebutuhan mobilitas fisik di Jorong Sungai SariaK Kec. Baso Kab. Agam Kota Bukittinggi Tahun 2020.

1.4.2. Manfaat Lahan

Sebagai masukan bagi Lahan dalam melakukan asuhan keperawatan stroke Kebutuhan mobilitas fisik di Jorong Sungai Sariak Kec. Baso Kab. Agam Kota Bukittinggi Tahun 2020.

1.4.3. Manfaat Bagi Penderita

Bagi Penderita Gangguan Kebutuhan Mobilitas Fisik Karya ilmiah akhir ners ini sebagai informasi keperawatan yang dapat di terapkan secara mandiri bagi penderita Kebutuhan mobilitas fisik di Jorong Sungai Sariak Kec. Baso Kab. Agam Kota Bukittinggi Tahun 2020.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Kebutuhan Mobilitas Fisik

2.1.1 Definisi Kebutuhan Mobilitas

Mobilitas atau mobilisasi merupakan kemampuan individu untuk bergerak secara mudah, bebas dan teratur untuk mencapai suatu tujuan, yaitu untuk memenuhi kebutuhan hidupnya baik secara mandiri maupun dengan bantuan orang lain dan hanya dengan bantuan alat (Widuri, 2010). Mobilitas adalah proses yang kompleks yang membutuhkan adanya koordinasi antara sistem muskuloskeletal dan sistem saraf (P. Potter, 2010) Mobilisasi adalah suatu kondisi dimana tubuh dapat melakukan kegiatan dengan bebas (Kozier, 2010).

2.1.2 Jenis Mobilitas

1. Mobilitas penuh merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi sosial dan menjalankan peran sehari-hari. Mobilitas penuh ini merupakan fungsi saraf motorik volunter dan sensorik untuk dapat mengontrol seluruh area tubuh seseorang.
2. Mobilitas sebagian merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan jelas dan tidak mampu bergerak secara bebas karena dipengaruhi oleh gangguan saraf motorik dan sensorik pada area tubuhnya. Mobilitas sebagian ini dibagi menjadi dua jenis, yaitu :

- a. Mobilitas sebagian temporer merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya sementara. Hal tersebut dapat disebabkan oleh trauma reversibel pada sistem muskuloskeletal, contohnya adalah adanya dislokasi sendi dan tulang.
- b. Mobilitas sebagian permanen merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya menetap. Hal tersebut disebabkan oleh rusaknya sistem saraf yang reversibel, contohnya terjadi hemiplegia karena stroke, paraplegia karena cedera tulang belakang, poliomyelitis karena terganggunya sistem saraf motorik dan sensorik (Widuri, 2010).

Jenis Imobilitas

- a. Imobilitas fisik, merupakan pembatasan untuk bergerak secara fisik dengan tujuan mencegah terjadinya gangguan komplikasi pergerakan, seperti pada pasien dengan hemiplegia yang tidak mampu mempertahankan tekanan di daerah paralisis sehingga tidak dapat mengubah posisi tubuhnya untuk mengurangi tekanan.
- b. Imobilitas intelektual, merupakan keadaan ketika seseorang mengalami keterbatasan daya pikir, seperti pada pasien yang mengalami kerusakan otak akibat suatu penyakit.
- c. Imobilitas emosional, keadaan ketika seseorang mengalami pembatasan secara emosional karena adanya perubahan secara tiba-tiba dalam menyesuaikan diri. Sebagai contoh, keadaan

stres berat dapat disebabkan karena bedah amputasi ketika seseorang mengalami kehilangan bagian anggota tubuh atau kehilangan sesuatu yang paling dicintai.

- d. Imobilitas sosial, keadaan individu yang mengalami hambatan dalam
- e. melakukan interaksi sosial karena keadaan penyakit sehingga dapat
- f. memengaruhi perannya dalam kehidupan social (Widuri, 2010).

2.1.3 Etiologi

Faktor penyebab terjadinya gangguan mobilitas fisik yaitu :

- 1. Penurunan kendali otot
- 2. Penurunan kekuatan otot
- 3. Kekakuan sendi
- 4. Kontraktur
- 5. Gangguan muskuloskeletal
- 6. Gangguan neuromuskular
- 7. Keengganan melakukan pergerakan (Tim Pokja DPP PPNI, 2017)
- 8. Tanda dan Gejala Gangguan Mobilitas Fisik Adapun tanda gejala pada gangguan mobilitas fisik yaitu :
- 9. Gejala dan Tanda Mayor
 - a. Subjektif
 - a) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
 - b. Objektif

- 1) Kekuatan otot menurun
- 2) Rentang gerak (ROM) menurun.

10. Gejala dan Tanda Minor

a. Subjektif

- 1) Nyeri saat bergerak
- 2) Enggan melakukan pergerakan
- 3) Merasa cemas saat bergerak

b. Objektif

- 1) Sendi kaku
- 2) Gerakan tidak terkoordinasi
- 3) Gerak terbatas
- 4) Fisik lemah (Tim Pokja DPP PPNI, 2017).

2.1.4. Dampak Gangguan Mobilitas Fisik

Imobilitas dalam tubuh dapat memengaruhi sistem tubuh, seperti perubahan pada metabolisme tubuh, ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, gangguan dalam kebutuhan nutrisi, gangguan fungsi gastrointestinal, perubahan sistem pernafasan, perubahan kardiovaskular, perubahan sistem muskuloskeletal, perubahan kulit, perubahan eliminasi (buang air besar dan kecil), dan perubahan perilaku (Widuri, 2010).

a. Perubahan Metabolisme

Secara umum imobilitas dapat mengganggu metabolisme secara normal, mengingat imobilitas dapat menyebabkan turunnya kecepatan metabolisme dalam tubuh. Hal tersebut dapat dijumpai pada

menurunnya basal metabolism rate (BMR) yang menyebabkan berkurangnya energi untuk perbaikan sel-sel tubuh, sehingga dapat memengaruhi gangguan oksigenasi sel. Perubahan metabolisme imobilitas dapat mengakibatkan proses anabolisme menurun dan katabolisme meningkat. Keadaan ini dapat berisiko meningkatkan gangguan metabolisme. Proses imobilitas dapat juga menyebabkan penurunan ekskresi urine dan peningkatan nitrogen. Hal tersebut dapat ditemukan pada pasien yang mengalami imobilitas pada hari kelima dan keenam. Beberapa dampak perubahan metabolisme, di antaranya adalah pengurangan jumlah metabolisme, atrofi kelenjar dan katabolisme protein, ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, demineralisasi tulang, gangguan dalam mengubah zat gizi, dan gangguan gastrointestinal.

b. Ketidakseimbangan Cairan dan Elektrolit

Terjadinya ketidakseimbangan cairan dan elektrolit sebagai dampak dari imobilitas akan mengakibatkan persediaan protein menurun dan konsentrasi protein serum berkurang sehingga dapat mengganggu kebutuhan cairan tubuh. Di samping itu, berkurangnya perpindahan cairan dari intravaskular ke interstisial dapat menyebabkan edema sehingga terjadi ketidakseimbangan cairan dan elektrolit. Imobilitas juga dapat menyebabkan demineralisasi tulang akibat menurunnya aktivitas otot, sedangkan meningkatnya demineralisasi tulang dapat mengakibatkan reabsorpsi kalium.

c. Gangguan Perubahan Zat Gizi

Terjadinya gangguan zat gizi disebabkan oleh menurunnya pemasukan protein dan kalori dapat mengakibatkan perubahan zat-zat makanan pada tingkat sel menurun, di mana sel tidak lagi menerima glukosa, asam amino, lemak, dan oksigen dalam jumlah yang cukup untuk melaksanakan aktivitas metabolisme.

d. Gangguan Fungsi Gastrointestinal

Imobilitas dapat menyebabkan gangguan fungsi gastrointestinal. Hal ini disebabkan karena imobilitas dapat menurunkan hasil makanan yang dicerna, sehingga penurunan jumlah masukan yang cukup dapat menyebabkan keluhan, seperti perut kembung, mual, dan nyeri lambung yang dapat menyebabkan gangguan proses eliminasi.

e. Perubahan Sistem Pernapasan

Imobilitas menyebabkan terjadinya perubahan sistem pernapasan. Akibat imobilitas, kadar haemoglobin menurun, ekspansi paru menurun, dan terjadinya lemah otot yang dapat menyebabkan proses metabolisme terganggu. Terjadinya penurunan kadar haemoglobin dapat menyebabkan penurunan aliran oksigen dari alveoli ke jaringan, sehingga mengakibatkan anemia. Penurunan ekspansi paru dapat terjadi karena tekanan yang meningkat oleh permukaan paru.

f. Perubahan Kardiovaskular

Perubahan sistem kardiovaskular akibat imobilitas antara lain dapat berupa hipotensi ortostatik, meningkatnya kerja jantung, dan terjadinya pembentukan trombus. Terjadinya hipotensi ortostatik dapat

disebabkan oleh menurunnya kemampuan saraf otonom. Pada posisi yang tetap dan lama, refleks neurovaskular akan menurun dan menyebabkan vasokonstriksi, kemudian darah terkumpul pada vena bagian bawah sehingga aliran darah ke sistem sirkulasi pusat terhambat. Meningkatnya kerja jantung dapat disebabkan karena imobilitas dengan posisi horizontal. Dalam keadaan normal, darah yang terkumpul pada ekstermitas bawah bergerak dan meningkatkan aliran vena kembali ke jantung dan akhirnya jantung akan meningkatkan kerjanya. Terjadinya trombus juga disebabkan oleh vena stansi yang merupakan hasil penurunan kontraksi muskular sehingga meningkatkan arus balik vena.

g. Sistem Muskuloskeletal

Perubahan yang terjadi dalam sistem muskuloskeletal sebagai dampak dari imobilitas adalah sebagai berikut:

1) Gangguan Muskular

Menurunnya massa otot sebagai dampak imobilitas dapat menyebabkan turunya kekuatan otot secara langsung. Menurunnya fungsi kapasitas otot ditandai dengan menurunnya stabilitas. Kondisi berkurangnya massa otot dapat menyebabkan atropi pada otot. Sebagai contoh, otot betis seseorang yang telah dirawat lebih dari enam minggu ukurannya akan lebih kecil selain menunjukkan tanda lemah atau lesu.

2) Gangguan Skeletal

Adanya imobilitas juga dapat menyebabkan gangguan skletal, misalnya akan mudah terjadinya kontraktur sendi dan osteoporosis. Kontraktur merupakan kondisi yang abnormal dengan kriteria adanya fleksi dan fiksasi yang disebabkan atropi dan memendeknya otot. Terjadinya kontraktur dapat menyebabkan sendi dalam kedudukan yang tidak berfungsi.

h. Perubahan Sistem Integumen

Perubahan sistem integumen yang terjadi berupa penurunan elastisitas kulit karena menurunnya sirkulasi darah akibat imobilitas dan terjadinya iskemia serta nekrosis jaringan superfisial dengan adanya luka dekubitus sebagai akibat tekanan kulit yang kuat dan sirkulasi yang menurun ke jaringan.

i. Perubahan Eliminasi

Perubahan dalam eliminasi misalnya penurunan jumlah urine yang mungkin disebabkan oleh kurangnya asupan dan penurunan curah jantung sehingga aliran darah renal dan urine berkurang.

j. Perubahan Perilaku

Perubahan perilaku sebagai akibat imobilitas, antara lain timbulnya rasa bermusuhan, bingung, cemas, emosional tinggi, depresi, perubahan siklus tidur dan menurunnya coping mekanisme. Terjadinya perubahan perilaku tersebut merupakan dampak imobilitas karena selama proses imobilitas seseorang akan mengalami perubahan peran, konsep diri, kecemasan, dan lain-lain (Widuri, 2010).

2.1.5. Manifestasi Klinis

Respon fisiologik dari perubahan mobilisasi, adalah perubahan pada:

- a. Muskuloskeletal seperti kehilangan daya tahan, penurunan massa otot, atropi dan abnormalnya sendi (kontraktur) dan gangguan metabolisme kalsium.
- b. Kardiovaskuler seperti hipotensi ortostatik, peningkatan beban kerja jantung, dan pembentukan thrombus.
- c. Pernafasan seperti atelektasis dan pneumonia hipostatik, dispnea setelah beraktifitas.
- d. nutrisi antara lain laju metabolic; metabolisme karbohidrat, lemak dan protein; ketidakseimbangan cairan dan elektrolit; ketidakseimbangan Metabolisme dan kalsium; dan gangguan pencernaan (seperti konstipasi).
- e. Eliminasi urin seperti stasis urin meningkatkan risiko infeksi saluran perkemihan dan batu ginjal.
- f. Integument seperti ulkus dekubitus adalah akibat iskhemia dan anoksia jaringan.
- g. Neurosensori: sensori deprivation (Asmadi, 2008).

2.1.6. Komplikasi

Pada stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik jika tidak ditangani dapat menyebabkan masalah, diantaranya:

1. Pembekuan darah

Mudah terbentuk pada kaki yang lumpuh menyebabkan penimbunan cairan, pembengkakan selain itu juga menyebabkan embolisme paru yaitu sebuah bekuan yang terbentuk dalam satu arteri yang mengalir ke paru.

2. Dekubitus

Bagian yang biasa mengalami memar adalah pinggul, pantat, sendi kaki dan tumit bila memar ini tidak dirawat akan menjadi infeksi.

3. Pneumonia

Pasien stroke non hemoragik tidak bisa batuk dan menelan dengan sempurna, hal ini menyebabkan cairan berkumpul di paru-paru dan selanjutnya menimbulkan pneumonia.

4. Atrofi dan kekakuan sendi

Hal ini disebabkan karena kurang gerak dan mobilisasi Komplikasi lainnya yaitu:

- a. Disritmia
- b. Peningkatan tekanan intra cranial
- c. Kontraktur
- d. Gagal nafas
- e. Kematian (saferi wijaya, 2013).

2.1.7 Patofisiologi Gangguan Mobilitas

Menurut Sari dan Retno (2014), yaitu otak kita sangat sensitif terhadap kondisi penurunan atau hilangnya suplai darah. Hipoksia dapat menyebabkan iskemik serebral karena tidak seperti jaringan pada bagian tubuh lain, misalnya otot, otak tidak bisa menggunakan metabolisme anaerobik jika terjadi kekurangan oksigen dan glukosa. Jika aliran darah tidak diperbaiki, terjadi kerusakan yang tidak dapat diperbaiki pada jaringan otak atau infark dalam hitungan menit. Luasnya infark bergantung pada lokasi dan ukuran arteri yang tersumbat dan kekuatan sirkulasi kolateral ke area yang disuplai.

Iskemik dengan cepat bisa mengganggu metabolisme. Kematian sel dan perubahan yang permanen dapat terjadi dalam waktu 3-10 menit. Aliran darah dapat terganggu oleh masalah perfusi lokal, seperti pada stroke atau gangguan perfusi secara umum, misalnya pada hipotensi atau henti jantung. Dalam waktu yang singkat, klien yang sudah kehilangan kompensasi autoregulasi akan mengalami manifestasi dari gangguan neurologis.

Penurunan perfusi serebral biasanya disebabkan oleh sumbatan di arteri serebral atau perdarahan intraserebral. Sumbatan yang terjadi mengakibatkan iskemik pada jaringan otak yang mendapatkan suplai dari arteri yang terganggu dan karena adanya pembengkakan di jaringan sekelilingnya. Sel-sel dibagian tengah atau utama pada lokasi stroke akan

mati dengan segera setelah kejadian stroke. Hal ini dikenal dengan istilah cedera sel-sel saraf primer.

Hemiparesis dan menurunnya kekuatan otot pula yang menyebabkan gerakan pasien lambat. Penderita stroke mengalami kesulitan berjalan karena gangguan pada kekuatan otot, keseimbangan dan koordinasi gerak, sehingga kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Latihan gerak mempercepat penyembuhan pasien stroke, karena akan mempengaruhi sensasi gerak di otak (menurut Irdawati (dalam Nengsi Olga Kumala Sari, 2012)). Pada pasien stroke mengalami hambatan mobilisasi yang disebabkan karena adanya gangguan pada neuromuskular. Menurut teori pada pasien stroke secara klinis gejala yang sering muncul adalah hemiparesis, merupakan salah satu faktor yang menyebabkan hilangnya mekanisme reflek postural normal, seperti mengontrol siku untuk bergerak, mengontrol gerak kepala untuk keseimbangan, rotasi tubuh untuk gerak fungsional pada ekstermitas (menurut Irdawati (dalam Nengsi Olga Kumala Sari, 2012)).

2.1.8 Gangguan Pemenuhan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Non Hemoragik

Gangguan pemenuhan mobilitas fisik pada stroke non hemoragik disebabkan oleh kerusakan pada beberapa sistem saraf pusat meregulasi gerakan volunter yang menyebabkan gangguan kesejajaran tubuh, keseimbangan, dan mobilisasi. Iskemia akibat stroke dapat merusak serebelum atau strip motoric pada korteks serebral. Kerusakan pada

serebelum menyebabkan masalah pada keseimbangan dan gangguan motorik yang dihubungkan langsung dengan jumlah kerusakan strip motorik. Misalnya seseorang dengan hemoragi serebral sisi kanandisertai nekrosis telah merusak strip motorik kanan yang menyebabkan hemiplegia sisi kiri (P. Potter, 2010).

2.1.9. Penatalaksanaan Mobilitas Fisik Dengan Latihan Range Of Motion (ROM)

Range of motion atau ROM merupakan latihan gerakan sendi yang memungkinkan terjadinya kontraksi dan pergerakan otot, dimana klien menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal baik secara aktif ataupun pasif. Latihan range of motion (ROM) adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot (Potter & Perry, 2010).

Asuhan Keperawatan Teoritis Gangguan Mobilitas Fisik

1. Pengkajian

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

a. Riwayat Kesehatan

riwayat kejadian awal stroke, saat aktivitas atau istirahat, faktor penyebab dan risiko stroke seperti hipertensi, perokok, hiperkolesterol, DM, obesitas, anemia, pola latihan atau aktivitas sehari-hari.

b. Riwayat kesehatan dahulu

keluhan yang sering muncul antara lain:

- 1) Demam biasa
- 2) Daya tahan tubuh menurun
- 3) Sering kesemutan
- 4) Jarang olahraga
- 5) Kelemahan pada bagian wajah secara tiba-tiba

c. Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga mengatakan tidak ada penyakit keturunan seperti hipertensi, DM, asma dan penyakit lainnya.

d. Riwayat Pengobatan Sebelumnya

- 1) Kapan pasien mendapatkan pengobatan sehubungan dengan sakitnya
- 2) Jenis, warna, dan dosis obat yang diminum.
- 3) Berapa lama pasien menjalani pengobatan sehubungan dengan penyakitnya
- 4) Kapan pasien mendapatkan pengobatan terakhir.

e. Riwayat Sosial Ekonomi

- 1) Riwayat pekerjaan.

Jenis pekerjaan, waktu, dan tempat bekerja, jumlah penghasilan.

2) Aspek psikososial.

Merasa dikucilkan, tidak dapat berkomunikasi dengan bebas, menarik diri, biasanya pada keluarga yang kurang mampu, masalah berhubungan dengan kondisi ekonomi, untuk sembuh perlu waktu yang lama dan biaya yang banyak, masalah tentang masa depan/pekerjaan pasien, tidak bersemangat dan putus harapan.

g. Faktor Pendukung:

1) Riwayat lingkungan.

2) Pola hidup: nutrisi, kebiasaan merokok, minum alkohol, pola istirahat dan tidur, kebersihan diri.

3) Tingkat pengetahuan/pendidikan pasien dan keluarga tentang penyakit, pencegahan, pengobatan dan perawatannya.

h. Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum: sedang

TD : Normal 110/80mmHg (kadang rendah karena kurang istirahat)

Nadi : Pada umumnya nadi pasien meningkat

Pernafasan : (normal : 20- 20x/i)

Suhu : normal (36,3 °C)

1) Kepala Inspeksi : Biasanya wajah tampak pucat, wajah tampak meringis, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, hidung tidak sianosis, mukosa bibir kering.

2) Thorak Inpeksi : bentuk dinding dada simetris, tidak ada kelainan pada tulang dada, Palpasi : pergerakan dindidng dada sama, tidak terdapat jejas, gertaran bunyi dada sama, Perkusi : Biasanya saat

diperkusi bunyi suara normal (sonor) tidak ada kelainan jantung, tidak ada jejas Auskultasi : irama bunyi teratur/normal, tidak ada suara tambahan.

3) Abdomen

Inspeksi : biasanya tampak simetris

Palpasi : biasanya tidak ada pembesaran hepar

Perkusi : biasanya terdapat suara tympani

Auskultasi : biasanya bising usus pasien tidak terdengar

4) Ekremitas atas : pada bagian tangan kanan normal dan tangan bagian kiri tidak dapat digerakkan, dengan kekuatan otot 0000/5555 ,akral teraba hangat, terdapat luka lecet pada tangan bagian kiri.

5) Ekremitas bawah : pada bagian kaki kanan normal dan kaki bagian kiri tidak dapat digerakkan dengan kekuatan otot 0000/555 , akral teraba hangat, tidak ada edema pada bagian ekremitas bawah.

j. Pola Kebiasaan Sehari-hari

1) Aktivitas / istirahat

Gejala : Kelelahan umum, kelemahan, dan kelumpuhan, nafas pendek karena kerja, jarang olahraga.

Tanda : Takikardi, takipnea/dispnea pada saat kerja , kelelahan otot,nyeri, sesak (tahap lanjut).

2) Integritas Ego

Gejala : Adanya faktor stres lama, masalah keuangan, perasaan tidak berdaya/putus asa.

Tanda : Menyangkal (khususnya pada tahap dini), ansietas, ketakutan, mudah terangsang.

3) Makanan dan cairan

Gejala : Kehilangan nafsu makan, tidak dapat mencerna, penurunan berat badan.

Tanda : Turgor kulit buruk, kering/kulit bersisik, kehilangan otot/hilanglemak subkutan.

4) Nyeri dan Kenyamanan

Gejala : kurang aktivitas, kelemahan anggota tubuh

Tanda : Berhati-hati pada area yang sakit, perilaku distraksi, gelisah

5) Pernafasan

Gejala : tidak ada sumbatan pada jalan nafas

Tanda : Peningkatan frekuensi normal, pergerakan dinding dada simetris.

6) Keamanan

Gejala : Adanya kondisi penekanan imun, contoh AIDS, kanker, tes HIV positif.

Tanda : Demam rendah atau sakit panas akut.

7) Interaksi Sosial

Gejala : Perasaan terisolasi/penolakan karena penyakit menular, perubahan pola biasa dalam tanggung jawab/perubahan kapasitas fisik untuk melaksanakan peran.

8) Penyuluhan

Gejala : Riwayat keluarga Stroke dengan gangguan mobilisasi , ketidakmampuan umum/status kesehatan buruk, gagal untuk membaik/kambuhnya stroke berulang, tidak berpartisipasi dalam terapi.

Pengkajian mobilisasi klien berfokus pada ROM, gaya berjalan, latihan dan toleransi aktivitas, serta kesejajaran tubuh. Saat merasa ragu akan kemampuan klien, lakukan pengkajian mobilisasi dengan klien berada pada tingkat mobilisasi yang paling tinggi sesuai dengan toleransi klien. Umumnya pengkajian pergerakan dimulai saat klien berbaring kemudian mengkaji posisi duduk ditempat tidur, berpindah ke kursi, dan yang terakhir saat berjalan, hal ini membantu keselamatan klien. kaji tentang kekakuan, pembengkakan, nyeri, pergerakan yang terbatas, dan pergerakan yang tidak sama.

Kaji tingkat aktivitas/mobilisasi, Kategori tingkat kemampuan aktivitas adalah sebagai berikut :

Tingkat Aktivitas/Mobilisasi	Kategori
Tingkat 0	Mampu merawat diri sendiri secara penuh.
Tingkat 1	Memerlukan penggunaan alat
Tingkat 2	Memerlukan bantuan atau pengawasan orang lain.
Tingkat 3	Memerlukan bantuan, pengawasan orang lain, dan peralatan.
Tingkat 4	Sangat tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan.

Sumber : Potter and Perry, (2010)

2.2 Konsep Dasar Stroke

2.2.1 Definisi Stroke

merupakan penyakit pada otak berupa gangguan fungsi syaraf lokal atau global, munculnya mendadak, progresif, dan cepat. Gangguan fungsi syaraf pada stroke disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatik. Gangguan syaraf tersebut menimbulkan gejala antara lain: kelumpuhan wajah atau anggota badan, bicara tidak lancar, bicara tidak jelas (pelo), mungkin perubahan kesadaran, gangguan penglihatan, dan lainlain (Riskasdas, 2013). Pasien stroke akan mengalami gangguan-gangguan yang bersifat fungsional. Gangguan sensoris dan motorik post stroke mengakibatkan gangguan keseimbangan termasuk kelemahan otot, penurunan fleksibilitas jaringan lunak, serta gangguan kontrol motorik dan sensorik. (Idea Nursing Journal Vol. VII No. 2 2016).

2.2.2 Etiologi Stroke

1. Trombosis Serebral

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesti di sekitarnya. Hal ini terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemia serebral. Beberapa keadaan yang dapat menyebabkan trombosis otak adalah : aterisklerosis, hiperkoagulasi, arteritis, dan emboli.

2. Hemoragik

Perdarahan ini terjadi karena aterosklerosis dan hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan perembasan darah ke dalam

parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran, dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak membengkak, jaringan otak tertekan, sehingga terjadi infark otak, edema, dan mungkin herniasi otak.

3. Hipoksia umum

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia umum adalah hipertensi parah, henti jantung-paru, dan curah jantung turun akibat aritmia.

4. Hipoksia Setempat

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia setempat adalah spasme arteri serebral, dan vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migren. (Muttaqin, 2010).

2.2.4 Faktor Risiko

Stroke Beberapa faktor penyebab stroke antara lain :

1. Hipertensi, merupakan faktor risiko utama.
2. Penyakit kardiovaskular – embolisme serebral beraal dari jantung.
3. Kolestrol tinggi.
4. Obesitas.
5. Peningkatan hemotakrit meningkatkan risiko infark serebral.
6. Diabetes – terkait dengan aterogenesis terakselerasi.
7. Kontrasepsi oral (khususnya dengan hipertensi, merokok, dan kadar estrogen tinggi).
8. Merokok.
9. Penyalahgunaan obat (khususnya kokain).

10. Konsumsi alkohol.

(Rizaldy, 2010).

2.2.4. Klasifikasi Stroke

1. Stroke hemoragik

Merupakan perdarahan serebral/subaraknoid yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada area otak tertentu. Biasanya terjadi saat melakukan aktivitas atau saat aktif, namun bisa juga terjadi saat istirahat. Kesadaran klien umumnya menurun. Perdarahan otak dibagi 2, yaitu :

a. Perdarahan intraserebral

Merupakan pecahnya pembuluh darah terutama karena hipertensi yang mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk massa yang menekan jaringan otak, dan menimbulkan edema otak

b. Perdarahan subaraknoid

Merupakan suatu keadaan dimana terjadi perdarahan yang berasal dari pecahnya aneurisma berry. Pecahnya arteri dan keluarnya ke ruang subaraknoid menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial secara mendadak, meregangnya struktur peka nyeri, dan vasospasme pembuluh darah serebral yang berakibatkan disfungsi otak.

2. Stroke non hemoragik

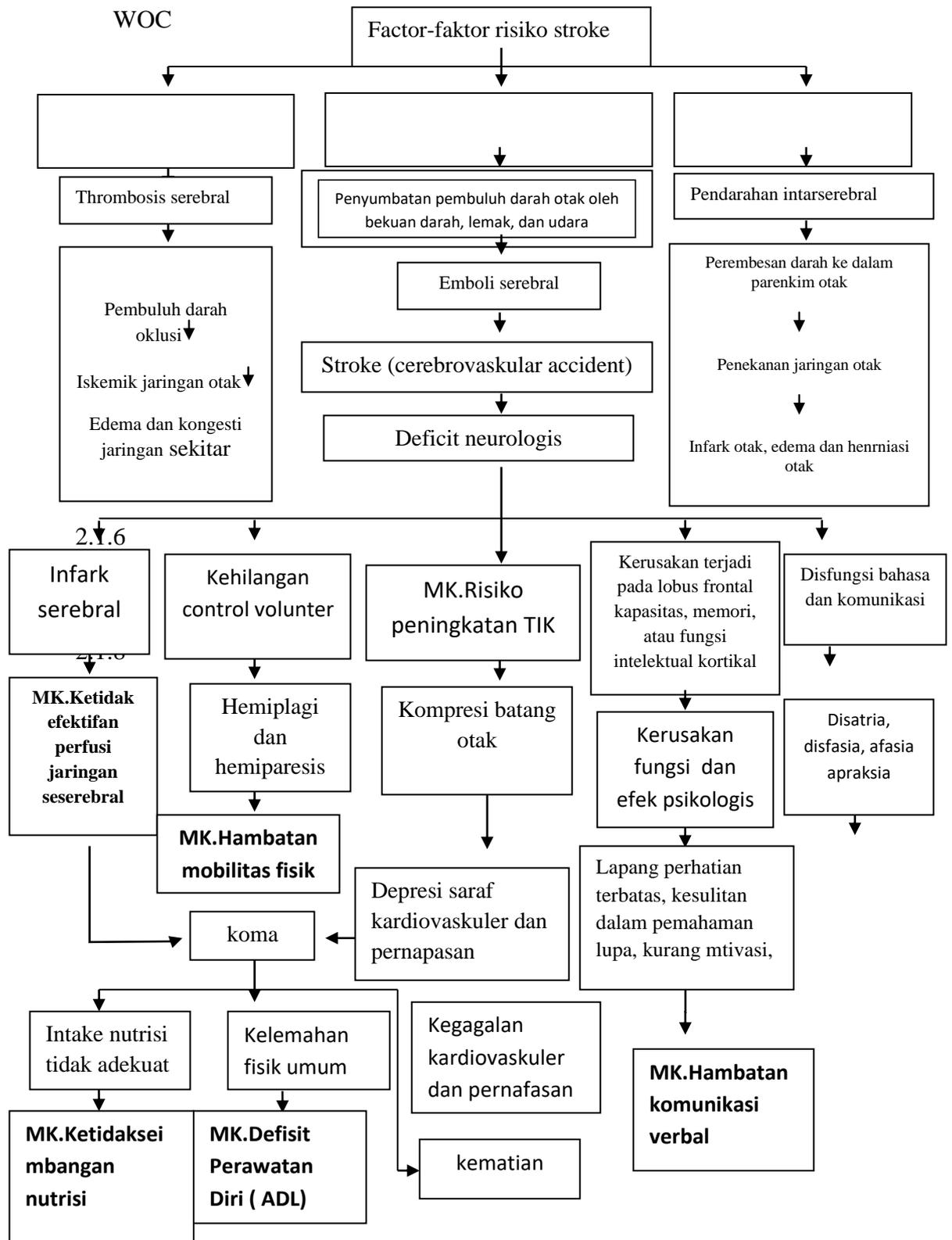
Dapat berupa iskemia atau emboli dan trombosis serebral, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat. Tidak terjadinya perdarahan

namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat menimbulkan edema sekunder. Kesadaran umumnya baik (Muttaqin, 2008).

2.2.5 Patofisiologi Stroke

Infark serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (thrombus, emboli, perdarahan dan spasme vaskuler) atau oleh karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung). Atherosklerotik sering/ cenderung sebagai faktor penting terhadap otak, thrombus dapat berasal dari plak aterosklerotik, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, dimana aliran darah akan lambat atau terjadi turbulensi. Thrombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Thrombus mengakibatkan; iskemia jaringan otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dan edema dan kongesti disekitar area. Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar daripada area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadangkadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema pasien mulai menunjukkan perbaikan. Oleh karena thrombosis biasanya tidak fatal, jika tidak terjadi perdarahan masif. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti thrombosis. Jika terjadi septik infeksi akan meluas pada

dinding pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini akan menyebabkan perdarahan cerebral, jika aneurisma pecah atau ruptur. Perdarahan pada otak lebih disebabkan oleh ruptur arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan menyebabkan kematian dibandingkan dari keseluruhan penyakit cerebro vaskuler, karena perdarahan yang luas terjadi destruksi massa otak, peningkatan tekanan intracranial dan yang lebih berat dapat menyebabkan herniasi otak. Kematian dapat disebabkan oleh kompresi batang otak, hemisfer otak, dan perdarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batang otak. Perembesan darah ke ventrikel otak terjadi pada sepertiga kasus perdarahan otak di nukleus kaudatus, talamus dan pons. Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang anoksia cerebral. Perubahan disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversibel untuk jangka waktu 4-6 menit. Perubahan irreversibel bila anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi salah satunya henti jantung. Selain kerusakan parenkim otak, akibat volume perdarahan yang relatif banyak akan mengakibatkan peningian tekanan intrakranial dan menyebabkan menurunnya tekanan perfusi otak serta terganggunya drainase otak. Elemen-elemen vasoaktif darah yang keluar serta kaskade iskemik akibat menurunnya tekanan perfusi, menyebabkan neuron-neuron di daerah yang terkena darah dan sekitarnya tertekan lagi. (Muttaqin, 2008)



Referensi dan masalah keperawatan nanda (Arif Mutakin,2013)

2.2.6. Pemeriksaan Penunjang

1. Angiografi serebral

Membantu menentukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti perdarahan arteriovena atau adanya ruptur dan untuk mencari sumber perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vascular.

2. Lumbal fungsi

Tekanan yang meningkat dan disertai bercak darah pada cairan lumbal menunjukkan adanya hemoragi pada subaraknoid atau perdarahan pada intrakranial.

3. CT scan

Pemindaian ini memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia, dan posisinya secara pasti. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan hiperdens fokal, kadang pepadatan terlihat di ventrikel, atau menyebar ke permukaan otak.

4. MRI

MRI (Magnetic Imaging Resonance) menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan besar/luas terjadi perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik.

5. USG Doppler

untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis).

6. EEG

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

- a. Pemeriksaan laboratorium
- b. Pemeriksaan darah rutin
- c. Pemeriksaan kimia darah
- d. Pemeriksaan darah lengkap (Muttaqin, 2008).

2.2.7 . Penatalaksanaan Medis

Untuk mengobati keadaan akut perlu diperhatikan faktor-faktor kritis sebagai berikut:

1. Berusaha menstabilkan tanda-tanda vital dengan :
 - a. Mempertahankan saluran nafas yang paten yaitu lakukan pengisapan lendir yang sering, oksigenasi, kalau perlu lakukan trakeostomi, membantu pernafasan.
 - b. Mengontrol tekanan darah berdasarkan kondisi pasien, termasuk usaha memperbaiki hipotensi dan hipertensi.
2. Berusaha menemukan dan memperbaiki aritmia jantung.
3. Merawat kandung kemih, sedapat mungkin jangan memakai kateter.
4. Menempatkan pasien dalam posisi yang tepat, harus dilakukan secepat mungkin pasien harus dirubah posisi tiap 2 jam dan dilakukan latihan gerak pasif.

5. Pengobatan Konservatif

- a. Vasodilator meningkatkan aliran darah serebral (ADS) secara percobaan, tetapi maknanya ;pada tubuh manusia belum dapat dibuktikan.
- b. Dapat diberikan histamin, aminophilin, asetazolamid, papaverin intra arterial.
- c. Anti agregasi thrombosis seperti aspirin digunakan untuk menghambat reaksi pelepasan agregasi thrombosis yang terjadi sesudah ulserasi alteroma.

6. Pengobatan Pembedahan Tujuan utama adalah memperbaiki aliran darah serebral :

- a. Endosterektomi karotis membentuk kembali arteri karotis, yaitu dengan membuka arteri karotis di leher.
- b. Revaskularisasi terutama merupakan tindakan pembedahan dan manfaatnya paling dirasakan oleh pasien TIA.
- c. Evaluasi bekuan darah dilakukan pada stroke akut. 4. Ugasi arteri karotis komunis di leher khususnya pada aneurisma.

2.3. Konsep *Range of Motion* (ROM)

2.3.1 Pengertian *Range Of Motion* (ROM)

merupakan istilah baku untuk menyatakan batas/besarnya gerakan sendi baik normal. ROM juga di gunakan sebagai dasar untuk menetapkan adanya kelainan batas gerakan sendi abnormal (HELMY, 2012).

Menurut (potter, 2010) Rentang gerak atau (Range Of Motion) adalah jumlah pergerakan maksimum yang dapat di lakukan pada sendi, di salah satu dari tiga bidang yaitu: sagital, frontal, atau transversal.

2.3.2 Klasifikasi ROM

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

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

2.3.3 Manfaat ROM (Range Of Motion) Pasif

- 1) Menentukan nilai kemampuan sendi tulang dan otot dalam melakukan pergerakan.
- 2) Mengkaji tulang, sendi, dan otot.
- 3) Mencegah terjadinya kekakuan sendi
- 4) Meningkatkan sirkulasi
- 5) Memperbaiki tonus otot
- 6) Meningkatkan mobilisasi sendi
- 7) Memperbaiki toleransi otot untuk latihan.

2.3.4 Tujuan ROM (*range of motion*) Pasif

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

1. Mempertahankan tingkat fungsi yang ada dan mobilitas ekstermitas yang sakit.
2. Mencegah kontraktur dan pemendekan struktur muskuloskeletal.
3. Mencegah komplikasi vaskular akibat iobilitas.
4. Memudahkan kenyamanan.Sedangkan tujuan ltihan Range Of Motion (ROM) menurut Suratun, Heryati, Manurung, & Raenah (2008).
5. Mempertahankan atau memelihara kekuatan otot.
6. Memelihara mobilitas persendian.
7. Merangsang sirkulasi darah.
8. Menceggh kelainan bentuk.

2.3.5. Prinsip Dasar ROM (*Range Of Motion*) pasif

1. Range of Motion harus diulang 8 kali dan dikerjakan minimal 2 kali sehari
2. Range of Motion dilakukan perlahan dan hati-hati agar tidak melelahkan pasien
3. Perhatikan umur pasien, diagnosis, tanda vital dan lama tirah baring
4. Range of Motion sering diprogramkan oleh dokter dan dikerjakan oleh fisioterapis atau perawat
5. Bagian-bagian tubuh yang dapat dilakukan Range of Motion adalah leher, jari, lengan, siku, bahu, tumit, kaki dan pergelangan kaki.

6. Range of Motion dapat dilakukan pada semua persendian atau hanya bagian-bagian yang dicurigai mengalami proses penyakit Melakukan Range of Motion harus sesuai dengan waktunya

2.3.6 Indikasi ROM Pasif

- a) Pada daerah dimana terdapat inflamasi jaringan akut yang apabila dilakukan pergerakan aktif akan menghambat proses penyembuhan.
- b) Ketika klien tidak dapat atau tidak di perbolehkan untuk bergerak aktif pada ruas atau seluruh tubuh, misalnya keadaan koma, kelumpuhan, atau bed rest total.

2.3.7 Kontra Indikasi ROM Pasif

- a) Latihan ROM tidak boleh diberikan apabila gerakan dapat mengganggu proses penyembuhan cedera.
- b) Gerakan yang terkontrol dengan seksama dalam batas-batas pergerakan yang bebas nyeri selama fase awal penyembuhan akan memperlihatkan terhadap penyembuhan dan pemulihan.
- c) Terdapatnya tanda-tanda terlalu banyak atau terdapat gerakan yang salah termasuk meningkatnya rasa nyeri dan peradangan.
- d) ROM tidak boleh dilakukan bila respon pasien atau kondisinya membahayakan.

2.3.4. Gerakan ROM Pasif

Tabel 1

Gerakan *Range of Motion* (ROM)

1	2	3
Leher		
Gerakan	Penjelasan	Rentang
Fleksi	Menggerakkan dagu menempel ke dada.	Rentang 45°
Ekstensi	Mengembalikan kepala keposisi tegak.	Rentang 45°
Hyperekstensi	Menekuk kepala kebelakang sejauh mungkin.	Rentang 40-45°
Fleksi lateral	Memiringkan kepala sejauh mungkin kearah setiap bahu.	Rentang 40-45°
Rotasi	Memutar kepala sejauh mungkin dalam gerakan sirkuler.	Rentang 45°
Bahu		
Ekstensi	Mengembalikan lengan keposisi di samping tubuh.	Rentang 180°
Hiperekstensi	Menggerakkan lengan kebelakang tubuh, siku tetap lurus.	Rentang 45-60°
Abduksi	Menaikkan lengan posisi samping di atas kepala dengan telapak tangan jauh dari kepala.	Rentang 180°
Adduksi	Menurunkan lengan kesamping dan menyilang tubuh sejauh mungkin	Rentang 320°
Rotasi dalam	Dengan siku fleksi, memutar bahu dengan menggerakkan lengan sampai ibu jari menghadap ke dalam dan ke belakang.	Rentang 90°

Fleksi	Menaikkan lengan dari posisi di samping tubuh ke depan ke posisi di atas kepala.	Rentang 180°
Rotasi luar	Dengan siku fleksi, menggerakkan lengan sampai ibu jari ke atas dan samping kepala.	Rentang 90°
Sirkumduksi	Menggerakkan lengan dengan lingkaran penuh.	Rentang 360°
Siku		
Fleksi	Menggerakkan siku sehingga lengan bahu bergerak kedepan sendi bahu dan tangan sejajar bahu.	Rentang 150°
Ekstensi	Meluruskan siku menurunkan tangan.	Rentang 150°
Lengan Bawah		
Supinasi	Memutar lengan bawah dan tangan sehingga telapak tangan menghadap keatas.	Rentang 70-90°
Pronasi	Memutar lengan bawah sehingga telapak tangan menghadap ke bawah.	Rentang 70-90°
Pergelangan Tangan		
Fleksi	Menggerakkan telapak tangan kesisi bagian dalam lengan bawah.	Rentang 80-90°
Ekstensi	Menggerakkan jari – jari tangan sehingga jari – jari, tangan, lengan bawah berada dalam arah yang sama.	Rentang 80-90°
Hiperkesktensi	Membawa permukaan tangan dorsal kebelakang sejauh mungkin.	Rentang 89-90°

Abduksi	Menekuk pergelangan tangan miring ke ibu jari.	Rentang 30°
Jari – Jari Tangan		
Fleksi	Membuat genggamannya.	Rentang 90°
Ekstensi	Meluruskan jari – jari tangan ke belakang sejauh mungkin.	Rentang 90°
Hiperekstensi	Meregangkan jari – jari tangan ke belakang sejauh mungkin.	Rentang 30-60°
Abduksi	Meregangkan jari – jari tangan yang satu dengan yang lain.	Rentang 30°
Adduksi	Merapatkan kembali jari – jari tangan	Rentang 30°
Ibu Jari		
Fleksi	Menggerakkan ibu jari menyilang permukaan telapak tangan.	Rentang 90°
Ekstensi	Menggerakkan ibu jari lurus menjauh dari tangan.	Rentang 90°
Abduksi	Menjauhkan ibu jari kedepan tangan.	Rentang 30°
Adduksi	Menggerakkan ibu jari ke depan tangan.	Rentang 30°
Oposisi	Menyentuh ibu jari ke setiap jari – jari tangan pada tangan yang sama.	
Panggul		
Ekstensi	Menggerakkan kembali kesamping tungkai yang lain.	Rentang 90-120°
Hiperekstensi	Menggerakkan tungkai ke belakang tubuh.	Rentang 30-50°
Abduksi	Menggerakkan tungkai kesamping tubuh.	Rentang 30-50°
Adduksi	Menggerakkan tungkai kembali keposisi media dan melebihi jika mungkin.	Rentang 30-50°

Rotasi dalam	Memutar kaki dan tungkai ke arah tungkai lain.	Rentang 90°
Rotasi luar	Memutar kaki dan tungkai menjauhi tungkai lain.	Rentang 90°
Sirkumduksi	Menggerakkan tungkai melingkar.	-
Lutut		
Fleksi	Merakkan tumit ke arah belakang paha.	Rentang 120-130°
Ekstensi	Mengembalikan tungkai kelantai.	Rentang 120-130°
Mata Kaki		
Dorsi fleksi	Menggerakkan kaki sehingga jari – jari kaki menekuk keatas.	Rentang 20-30°
Plantar fleksi	Menggerakkan kaki sehingga jari – jari kaki menekuk ke bawah.	Rentang 45-50°
Inversi	Memutar telapak kaki kesamping dalam.	Rentang 10°
Eversi	Memutar telapak kaki kesamping Luar	Rentang 10°
Jari – Jari Kaki		
Fleksi	Menekukkan jari- jari ke bawah.	Rentang 30-60°
Ekstensi	Meluruskan jari – jari kaki.	Rentang 30-60°

Sumber : Potter & Perry, Fundamental Keperawatan, 2006

2.4 Konsep kekuatan otot

2.4.1 Definisi kekuatan

otot Kekuatan otot menurut Atmojo (2008) ialah kemampuan otot untuk bergerak dan menggunakan kekuatannya dalam rentang waktu yang cukup lama. Kekuatan memiliki usaha maksimal, usaha maksimal ini dilakukan oleh otot untuk mengatasi waktu tahanan.

Kekuatan otot memiliki beberapa faktor yang dapat mempengaruhinya yaitu pegangan, dimensi otot dan nyeri yang dialami oleh seorang individu. Kekuatan otot dipengaruhi oleh otot skelet (otot lurik) yang berperan dalam gerakan tubuh, postur dan fungsi produksi panas.

Otot ini dihubungkan oleh tendon atau tali jaringan ikat fibrus, ke tulang, jaringan ikat atau kulit. Kontraksi otot dapat menyebabkan dua titik perlekatan mendekat satu sama lain. Otot akan berkembang dengan baik apabila digunakan secara aktif Bunner & Suddarth (2011).

2.4.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi kekuatan otot

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

- a. Faktor Subjektif, faktor ini meliputi hasil pemeriksa kesehatan secara menyeluruh, adanya penyakit, gender, tingkat aktivitas dan usia.
- b. Faktor Psikologi, status kognitif, harapan, motivasi, depresi, tekanan dan kecemasan menjadi faktor yang mempengaruhi kekuatan otot.

- c. Faktor metodological yaitu posisi subjek, peralatan yang digunakan, stabilitas, posisi persendian.
- d. Faktor otot faktor ini terdapat pada otot tiap individu yang didalam struktur otot terdapat tipe serat otot, panjang otot, arsitektur otot, lokasi otot, serta pengaruh latihan pada otot.
- e. Faktor pengukuran faktor ini didefinisikan lebih ke pelaksanaan operasional, rehabilitasi dan validitas alat untuk yang digunakan.

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

Kekuatan otot dinyatakan dengan menggunakan angka 0-5 Maimurahman (2012),

0	Paralisis total atau tidak ditemukan kontraksi otot
1	Kontraksi otot yang terjadi hanya perubahan dari tonus otot, dapat diketahui dengan palpasi dan tidak dapat menggerakkan sendi
2	Otot hanya mampu menggerakkan persendian tetapi kekuatan tidak dapat melawan pengaruh grafitasi,
3	Dapat menggerakkan sendi, otot juga dapat melawan grafitasi tetapi tidakkuat terhadap tahanan yang diberikan pemeriksa,
4	Kekuatan seperti derajat 3 disertai dengan kemampuan otot terhadap tahanan yang ringan,
5	Kekuatan otot normal

Kemungkinan Diagnosa yang muncul

- a. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan infark jaringan otak
- b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mencerna makanan, penurunan fungsi saraf hipoglossus dan vagus.
- c. Hambatan mobilitas berhubungan dengan kelemahan neuromuscular
- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan proses penyakit
- e. Defisit perawatan diri: makan, berpakaian, toileting berhubungan kelemahan neuromuskuler
- f. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan fungsi
- g. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf cranial
- h. Kurang pengetahuan

Rencana Asuhan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Luaran	Intervensi
1	Ketidak efektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan infark jaringan otak	<p>Setelah dilakukan pengkajian selama 1x24 jam di dapatkan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tingkat kesadaran meningkat. - gelisah menurun. - tekanan darah membaik 	<p><i>Observasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - identifikasi peningkatan tekanan intracranial. - monitor peningkatan TD. - monitor penurunan frekuensi jantung - monitor ireguleritas irama nafas - monitor penurunan tingkat kesadaran. - monitor perlambatan atau ketidak simetrisan respon pupil. - monitor kadar CO2 dan pertahankan dalam rentang yang diindikasikan - monitor tekanan perfusi serebral - monitor jumlah kecepatan, dan karakteristik, drainase cairan serebrospinal <p>monitor efek stimulus</p> <p><i>Terapeutik:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ambil sampel drainase cairan serebrospinal. - kalibrasi transduser. - pertahankan sterilitas system pemantauan . - pertahankan posisi kepala dan leher netral. - - Dokumentasikan hasil pemantauan, jika

			<p>perlu.</p> <ul style="list-style-type: none"> - atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien. - dokumentasi hasil pemantauan. <p><i>Edukasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan. <p><i>Kolaborasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - kolaborasi dengan tim medis
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan neuromukuler	<p>Setelah dilakukan pengkajian selama 1x24 jam didapatkan hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pergerakan esktremitas meningkat - kekuatan otot meningkat - nyeri menurun - kecemasan menurun 	<p><i>Observasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p><i>Terapeutik :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi aktivitas mobilitas dengan alat bantu - Fasilitasi melakukan pergerakan - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p><i>Edukasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi

			<ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan melakukan mobilisasi dini - Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur). <p><i>Kolaborasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Konsultasi kesehatan
3.	Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf cranial	<p>Setelah dilakukan pengkajian 1x24 jam di dapatkan hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - reflek menelan meningkat - kemampuan mengunyah meningkat - batuk menurun - gelisah menurun - muntah menurun - penerimaan makanan membaik 	<p><i>Observasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tetesan makanan pada pompa setiap jam - Monitor rasa penuh, mual, dan muntah. - Monitor residu lambung tiap 4-6 jam selama 24 jam pertama, kemudian tiap 8 jam selama pemberian makan via enteral,jika perlu - Monitor pola buang air besar setiap 4-8 jam,jia perlu <p><i>Terapeutik:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Gunakan teknik bersih dalam pemberian makanan via selang - Berikan tanda pada selang untuk mempertahankan lokasi yang tepat - Tinggikan kepala tempat tidur 30-45 derajat selama pemberian makan - Irigasi selang dengan 30 ml air setiap 4-6 jam selama pemberian makan dan setelah pemberian makan intermitan - Hindari pemberian makan lewat selang 1 jam sebelum prosedur atau pemindahan pasien

			<ul style="list-style-type: none"> - Hindari pemberian makan jika residu lebih dari 150 cc atau lebih dari 100-200 persen dari jumlah makanan tiap jam <p><i>Edukasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan langkah- langkah prosedur <p><i>Kolaborasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian sinar X untuk konfirmasi posisi selang, jika perlu - Kolaborasi pemilihan jenis dan jumlah makanan enteral
4.	Konstipasi berhungan dengan kurangnya aktifitas fisik	<p>Sestelah dilakukan pengajian 1x24 jam di dapatkan hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tingkat kesadaran meningkat - memori jangka panjang meningkat - memori jangka pendek meningkat - perilaku halusinasi menurun - gelisah menurun - fungsi otak membaik 	<p><i>Observasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pemeriksa tanda dan gejala konstipasi - pemeriksaan pergerakan usus, karakteristik fases - identifikasi faktor resiko konstipasi (mis:obat-obatan, tirah baring, dan diet rendah serat) - monitor tanda dan gejala rupture usus dan peritonitis. <p><i>Terapeutik:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - anjuran diet tinggi serat - lakukan masase abdomen, jika perlu - lakukan evakuasi fases secara manual - berikan enema atau irigasi,jika perlu <p><i>Edukasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan

			<ul style="list-style-type: none"> - anjurkan peningkatan asupan cairan - latih buang air besar secara teratur - anjurkan cara mengatasi konstipasi. <p><i>Kolaborasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - kolaborasi dengan tim medis tentang penurunan/peningkatan frekuensi usus - kolaborasi penggunaan obat - pencahar, jika perlu
5.	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan Neuromuskuler	<p>Setelah dilakukan pengkajian selama 1x24 jam di dapatkan hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - kemampuan makan meningkat - mempertahankan kebersihan mulut - minat melakukan perawatan diri meningkat 	<p><i>Observasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri - identifikasi jenis bantuan yang di butuhkan monitor kebersihan tubuh - monitor integritas kulit <p><i>Terapeutik:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - sediakan peralatan mandi - sediakan lingkungan yang aman dan nyaman - fasilitas menggosok gigi, sesuai kebutuhan - fasilitas mandi, sesuai kebutuhan - pertahankan kebiasaan kebersihan diri - berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian <p><i>Edukasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan manfaat mandi dan dampak

			<p>tidak mandi terhadap kesehatan</p> <ul style="list-style-type: none"> - ajarkan kepada keluarga cara memandikan <p><i>Kolaborasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - kolaborasi dengan tim medis
6.	Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan saraf cranial	<p>Setelah dilakukan pengkajian selama 1x24 jam di dapatkan hasil sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kemampuan berbicara meningkat - kemampuan mendengar meningkat - kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat - kontak mata meningkat pemahaman komunikasi membaik 	<p><i>Observasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - monitor kecepatan, tekanan, kuantitas volume,dan diksi bicara - monitor proses koknitif,anatomis dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara(mis,memori,penden garan dan bahasa) - monitor frustasi,marah depresi atau hal lain yang mengganggu bicara - identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi <p><i>Terapeutik:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - gunakan metode komunikasi alternative - sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan(mis,berdiri di depan pasien,dengarkan secara seksama) - modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan - ulangi apa yang di sampaikan pasien - berikan dukungan psikologis - gunakan juru bicara,jika perlu

			<p><i>Edukasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - anjurkan berbicara perlahan - ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara <p><i>kolaborasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
7.	Kurangnya pengetahuan	<p>Setelah dilakukan pengkajian selama 1x24 jam di dapatkan hasil sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> - perilaku sesuai anjuran meningkat - verbalisasi minat dalam belajar meningkat - kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topic meningkat - perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat - pertanyaan tentang masalah yang di hadapi Menurun - persepsi yang keliru terhadap masalah menurun menjalani pemeriksaan yang tidak tepat menurun. 	<p><i>Obsevasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi - identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat <p><i>Terapeutik:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - sediakan materi dan media pendidikan esehatan - jadwalkan pendidikan esehatan sesuai kesepakatan - berikan kesempatan untuk bertanya <p><i>Edukasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan - ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat <p><i>Kolaborasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ajarkan strategi yang dapat digunakan

			<p>untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat</p> <p>Edukasi Pola Perilaku Kesehatan</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi • Identifikasi kemampuan menjaga kebersihan diri dan lingkungan • Monitor kemampuan melakukan dan mempertahankan kebersihan diri dan lingkungan <p><i>Terapeutik :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan • Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan • Berikan kesempatan untuk bertanya • Peraktekan bersama keluarga cara menjaga kebersihan diri dan lingkungan <p><i>Edukasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan masalah yang dapat timbul akibat tidak menjaga kebersihan diri dan
--	--	--	---

			<p>lingkungan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan cara menjaga kebersihan diri dan lingkungan
8	Gangguan pola tidur berhubungan dengan proses penyakit	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kualitas tidur pasien kembali normal dengan kriteria hasil sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun / hilang 2. Keluhan sering terjaga menurun/hilang 3. Keluhan tidur tidak puas tidur menurun/hilang 4. Keluhan pola tidur berubah menurun/hilang 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun/hilang 6. Kemampuan beraktivitas meningkat 	<p><i>Observasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pola aktivitas dan tidur • Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan / atau psikologi) • Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. Kopi, the, alcohol. Makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sbelum tidur) • Identifikasi obat tifur yang dikonsumsi <p><i>Terapeutik :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan,kebisingan, suhu,matras, dan tempat tidur) • Batasi waktu tidur siang jika perlu • Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur • Tetapkan jadwal tidur rutin • Lakukan perosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mkis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) • Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/ atau tinjakan untuk menunjang siklus tidur

			<p>terjaga</p> <p><i>Edukasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tidur cukup selama sakit • Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur • Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur • Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengganggu supresor terhadap tidur REM • Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. Psikologis, gaya hidup, sering berubah <i>shift</i> bekerja) • Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya <p>Edukasi Aktivitas /Istirahat</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p><i>Terapeutik :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat
--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Jadwalkan pemeberian pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan • Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya <p><i>Edukasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik / olahraga secara rutin • Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok, aktivitas bermain atau aktivitas lainnya • Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat • Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat (mis. Kelelahan , sesak napas saat aktivitas) • Ajarkan cara mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan
--	--	--	---

BAB III
TINJAUAN KASUS

PENGKAJIAN

a. Identitas Klien

Nama : Ny. L
Umur : 65 tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Status : Janda
Agama : Islam
Pekerjaan : IRT
Pendidikan : SD
Alamat : Sungai Sariak
Diagnosa Medis : Stroke
Penanggung Jawab Yang Bisa Hubungi
Nama : Ny. F
Umur : 46 Tahun
Hub.keluarga : Anak
Pekerjaan : IRT

b. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

Keluarga mengatakan klien jatuh di halaman rumah dengan tangan dan kaki kiri klien susah untuk digerakkan sejak 9 hari yang lalu, keluarga mengatakan klien bicara pelo, keluarga mengatakan klien tidur kurang

nyenyak, badan klien sulit di gerakkan, keluarga mengatakan klien susah tidur. TD : 110/80 mmHg. RR: 21 N: 75 x/i. Keluarga mengatakan klien sudah di bawah ke rumah sakit tetapi rumah sakit menolak karena pandemi ini. Dan sekarang klien di rawat di rumah saja. Keluarga mengatakan klien sering terbangun baik siang ataupun malam hari, klien belum mandi atau di lap, kuku klien tampak panjang dan kotor, Mata klien tampak cekung, akral klien teraba hangat, klien tampak lesu, klien tampak tidak segar, Klien tampak terbaring lemah di tempat tidur, klien tampak susah bicara, aktivitas klien semua dibantu oleh keluarga.

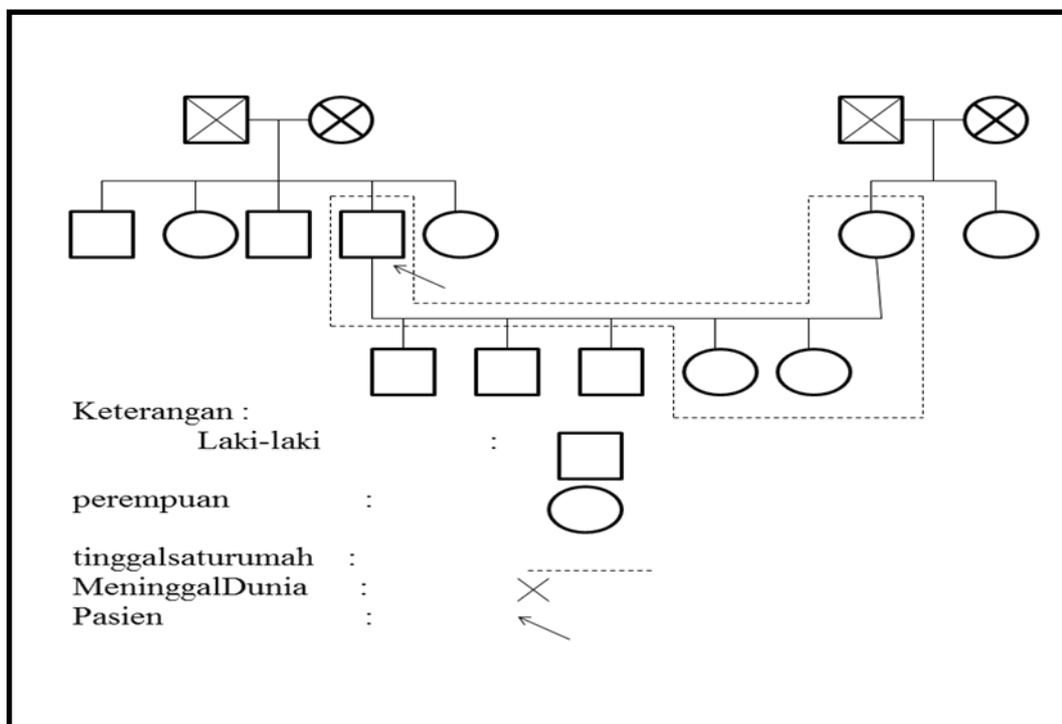
2. Riwayat Kesehatan Dahulu

Keluarga mengatakan klien sebelumnya belum pernah di rawat di rumah sakit, dan klien belum pernah menderita penyakit seperti hipertensi, DM, jantung, asma dan penyakit lainnya.

3. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga mengatakan tidak ada mempunyai penyakit keturunan seperti penyakit hipertensi, DM, jantung, asma dan penyakit lainnya.

Genogram :



4. Pemeriksaan Fisik

Kesadaran: Delirium

GCS : 11 (E3 V5 M3)

BB/TB : 58 kg /165 cm

Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 110/80 mmHg

Nadi : 75 x/menit

Pernafasan : 21 x/menit

Suhu : 36,3°C

a. Kepala

- 1) **Rambut** : Rambut pasien keseluruhannya beruban, kepala tampak berminyak, rambut tidak diikat dan tidak ada nyeri tekan pada kulit kepala.
- 2) **Mata** : Simetris kiri dan kanan ,pupil pasien tampak isokor, mata pasien tampak bersih dan konjungtifa anemis.
- 3) **Telinga** : Simetris kiri kanan, telinga pasien normal tidak ada pakai alat bantu dengar,dan telinga pasien tampak bersih, tidak ada pembengkakan atau nyeri tekan pada telinga pasien.
- 4) **Hidung** : Hidung pasien tampak bersih, hidung pasien tidak terpasang oksigen dan tidak terpasang NGT pada hidung.
- 5) **Mulut dan gigi** : Mulut pasien tampak kering dan mulut pasien tampak pencong kedalam dan sedikit berbau .Gigi pasien tidak terlihat kotor, gigi tidak lengkap.

b. Leher

Dileher pasien tidak ada pembengkakan tiroid dan tidak ada nyeri tekan atau lesi.

c. Thorax

a) Paru-Paru

I : Pergerakan dinding dada kiri dan kanan sama,tidak ada lesi.

P : Tidak ada nyeri tekan pada dada klien, tidak ada penurunan maupun peningkatan getaran antara paru kanan dan kiri.

P :Terdengar sonor.

A :Suara nafas Vesikuler. Tidak ada nafas tambahan

b) Jantung

I : Dada simetris kiri dan kanan, tidak ada pembengkakan sekitar dada.

P : Tidak ada nyeri tekan sekitar dada.

P : Terdengar redup

A : Suara jantung normal 1 lup, 2dub

d. Abdomen

I : Perut pasien tampak datar dan simetris, warna kulit sawo matang ,tidak ada pembengkakan dan lesi pada perut klien.

P : Tidak ada nyeri tekan pada perut pasien.

P : tympani

A : Bising usus (-)

e. Punggung

I : Tidak terdapat luka lecet atau jejas pada punggung,dan tidak kelainan pada tulang punggung klien.

f. Ekstremitas

Atas : Tidak ada nyeri tekan pada ekstremitas bagian atas. Terdapat ada luka lecet bekas cubitan pada tangan lengan atas bagian kiri.

Bawah : simetris kiri dan kanan, tidak ada luka lecet dan nyeri tekan pada ekstremitas bawah.

- Kekuatan Otot

0000		5555
<hr/>		
0000		5555

- Kekuatan otot pasien sebelah kiri atas dan bawah 0000
- Kekuatan otot pasien sebelah kanan atas dan bawah 5555
- Reflek Babinski : ekstremitas : tungkai bawah sebelah kiri positif.

g. Genetalia

Pasien tidak terpasang kateter, dan pasien menggunakan Pempers dengan ukuran L.

h. Intigumen

Tidak ada lesi pada kulit klien,dan kulit klien berwarna sawo matang.

5. Data Biologis

Tabel Data Biologis Ny.L

AKTIVITAS	SEHAT
Makanan dan Minuman MAKANAN -menu -porsi -makanan kesukaan -pantangan MINUMAN -Jumlah -Minuman Kesukaan -Pantangan	Nasi+ikan+sayur 3x1 sehari Ikan Kacang-kacangan 8 gelas/hari The manis Tidak ada
Elaminasi BAB -Frekuensi -Warna -Bau -Konsistensi BAK -Frekuensi -Warna -Bau	1x sehari Kuning Khas Padat 4x sehari Kuning Khas
Istirahat dan Tidur -Waktu tidur -Lama tidur -Kesulitan tidur	Malam hari ± 8jam Tidak ada
Personal Hygiene -Mandi -Cuci rambut -Gosok gigi -Potong kuku	2x sehari 2x sehari 2x sehari 1x seminggu

6. Riwayat Alergi

Keluarga pasien menyatakan klien tidak memiliki riwayat alergi makanan dan obat-obatan.

7. Data Psikologis

Keluarga berharap kembali beraktifitas seperti biasanya.

8. Data Sosial dan Ekonomi

Pada saat sehat klien selalu mengikuti kegiatan social serta keagamaan yang ada di lingkungannya dan menjadi tulang punggung keluarganya. Setelah klien sakit klien tidak mampu lagi untuk menafkahi keluarganya karena tubuh klien terbaring lemah di tempat tidur.

9. Data Spiritual

Pada saat sehat klien menyatakan shalat lima waktu sehari semalam, Klien mengatakan dirinya seorang muslim dan berkepercayaan kepada ALLAH SWT, dan pada saat sakit klien sekarang melakukan shalat sebisanya di tempat tidur serta berdoa agar cepat sembuh.

10. Data Penunjang

TIDAK ADA

11. Data Pengobatan

Resep Klinik :

- a. Amlodipin 2,50 mg 2x1
- b. Mersitropin 500 mg 2x1
- c. Minyak Ikan 1x1 kapsul

Tabel Data Pengobatan

Tanggal	Nama obat	Dosis	Manfaat	Efek samping
20 Juni 2020	Amlodipin 2x1	2,50 mg	Untuk memperlancar aliran darah menuju jantung dan mengurangi tekanan darah. Obat ini juga digunakan untuk meredakan gejala nyeri dada atau angina pektoris pada penyakit jantung koroner.	Sakit kepala, pusing, mengantuk, perasaan lelah, sakit perut, hilang kesadaran, bengkak di tangan, pergelangan tangan dan kaki, detak jantung berdebar-debar, nyeri dada, mual muntah, berkeringt, perasaan sakit umum lainnya.
	Mersitropi 1 2x1	500 mg	Digunakan untuk mengatasi berkurangnya daya ingat, badan lemas (asthenia) dan gangguan perilaku .	Gangguan gerakan atau aktivitas yang berlebihan (hiperkinesi), insomnia, penambahan berat badan, mengandung, gugup, depresi, diare, ruam, lekas marah, gelisah, gemetaran, kelelahan, mual, muntah, sakit kepala, vertigo.
	Minyak Ikan 1x1	1 kaps	Menyehatkan kulit. Membantu menurunkan berat badan. Meningkatkan kesehatan tulang. Melindungi organ jantung. Mengurangi peradangan. Menurunkan kadar lemak di hati. Meningkatkan fungsi otak.	-Lebam dan perdarahan bawah kulit. -Mimisan. -konstipasi -Gangguan pencernaan.

Data Fokus

Data Subjektif

1. Keluarga mengatakan klien susah untuk bergerak.
2. Keluarga mengatakan semua aktifitas klien di bantu.
3. Keluarga mengatakan pasien belum mandi atau di lap.
4. Keluarga mengatakan pasien susah untuk beraktivitas.
5. Keluarga menyatakan berbicara klien kurang jelas.
6. Keluarga mengatakan klien tidur sering terbangun baik siang ataupun malam
7. Keluarga mengatakan klien tidurnya kurang nyenyak
8. Keluarga mengatakan tangan dan kaki kiri klien susah untuk di gerakan.

Data Objektif

1. Klien tampak pergerakan terbatas, Klien tampak semua aktifitas di bantu keluarga, Klien tampak lemah sisi tubuh sebelah kiri
2. Klien tampak susah beraktivitas , Klien tampak sendi kaku,
3. Klien susah tidur, mata klien cekung, klien tampak lesu, akral teraba hangat
4. Sering terbangun siang ataupun malam hari, klien bicara pelo/kurang jelas.
5. Klien tampak susah menggerakan tangan kiri dan kaki kiri.
6. Saat pengkajian TTV klien : -TD : 100/80 mmHg, -Suhu : 36,3°C, -Nadi : 64 kali/menit, -Pernafasan : 21 kali/menit
7. Kekuatan otot :

0000	5555
0000	5555
8. GCS : 11 Delirium (E3,M5,V3). Lidah klien tampak pencong atau miring ke kiri. Dan klien tampak tidak segar.
9. Kuku klien tampak panjang dan kotor.

Analisa Data

Tabel Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	<p>Data subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan semua aktivitas klien dibantu keluarga. - Keluarga mengatakan tangan dan kaki kiri klien susah untuk di gerakan - Keluarga mengatakan klien susah bergerak. <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak susah untuk bergerak - Klien tampak semua aktivitas di bantu - Kekuatan otot klien 000/5555 - Terkenanya saraf motorik bagian atas dan bawah yang terletak pada sumsum tulang belakang. (nervus VII dan nervus XII). - Klien tampak lemah di tempat tidur. - TD : 110/80 mmHg N:64 RR: 21 S:36,3 	Kelemahan Neuromuskuler	Gangguan mobilitas fisik
2	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan klien susah berbicara. - Keluarga mengatakan lidah klien tampak pencong atau miring ke kiri. - Keluarga mengatakan klien terbaring lemah ditempat tidur. - Terkenanya saraf motorik bagian atas dan bawah yang terletak pada sumsum tulang belakang. (nervus VII dan nervus XII). - Keluarga mengatakan klien tidak mampu menjawab pertanyaan yang di berikan. 	Gangguan saraf kranial	Hambatan komunikasi verbal

	<p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak susah bicara - klien bicara pelo - klien tampak lemah - KU : sedang - TD 110/80mmHg - RR : 21 N:75x/I S:36,3 - lidah klien tampak pencong - kekuatan otot 0000/5555 - semua aktivitas klien dibantu oleh keluarga 		
3	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - keluarga mengatakan pasien sering terbangun. - Keluarga mengatakan klien susah tidur baik siang ataupun malam hari. - Keluarga mengatakan klien tidurnya kurang nyenyak. - Keluarga mengatakan klien hanya tidur 1-2 jam saja (pola tidur normal 7-8 jam). <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lesu - Klien tampak tidak segar - Mata klien tampak cekung - TD : 110/80mmHg - RR : 21x/i - N : 75x/i - Kekuatan otot 0000/5555 - Palpebra hitam - Akral teraba hangat - Pasien tampak lesu 	Proses penyakit	Gangguan pola tidur

4	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - keluarga mengatakan klien susah untuk bergerak di tempat tidur. - keluarga mengatakan pasien belum mandi atau di lap. - keluarga mengatakan klien tidak mampu melakukan aktivitas untuk kebersihan diri. - keluarga mengatakan aktivitas klien semua dibantu keluarga. - Terkenanya saraf motorik bagian atas dan bawah yang terletak pada sumsum tulang belakang. (nervus VII dan nervus XII). <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien tampak kurang bersih. - mulut klien tampak kotor dan berbau. - semua aktivitas klien tampak dibantu keluarga. - kuku klien tampak panjang dan kotor. - klien tampak lemah di tempat tidur. - kekuatan otot klien 0000/5555 	Kelemahan neuromusuler	Defisit perawatan diri
---	---	------------------------	------------------------

3.2 Diagnosa keperawatan

Masalah keperawatan :

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan neuromuskular.
2. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan saraf kranial.
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan proses penyakit.
4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan neuromuskuler.

Intervensi keperawatan

Tabel Intervensi Keperawatan Ny.L

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	LUARAN	INTERVENSI
1	Gangguan mobilitas fisik b/d kelmahan neuromusuler.	Setelah dilakukan pengkajian selama 1x24 jam didapatkan hasil: -pergerakan esktremitas meningkat -kekuatan otot meningkat -nyeri menurun -kecemasan menurun	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>T :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi aktivitas mobilitas dengan alat bantu - Fasilitasi melakukan pergerakan - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Anjurkan melakukan mobilisasi dini - Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur).

			<p>K :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Konsultasi kesehatan
2	Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan saraf kranial	<p>Setelah dilakukan pengkajian selama 1x24 jam di dapatkan hasil sebagai berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan berbicara meningkat - Kemampuan mendengar meningkat - Kontak mata meningkat pemahaman komunikasi membaik - Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat. 	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor kecepatan tekanan, kuantitas volume, dan diksi bicara - Memonotor proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (misalnya memori pendengaran dan bahasa) - monitor frustrasi, marah depresi atau hal lain yang mengganggu bicara - identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gunakan metode komunikasi alternative - sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan(mis,berdiri di depan pasien,dengarkan secara seksama) - modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan - ulangi apa yang di sampaikan pasien - berikan dukungan psikologis - gunakan juru bicara,jika perlu

			<p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> - anjurkan berbicara perlahan - ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologi yang berhubungan dengan kemampuan berbicara <p>k:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
3	Gangguan pola tidur berhubungan dengan proses penyakit	<p>Setelah dilakukan tindakan keprawatan diharapkan kualitas tidur pasien kembali normal dengan kriteria hasil sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun / hilang 2. Keluhan sering terjaga menurun/hilang 3. Keluhan tidur tidak puas tidur menurun/hilang 4. Keluhan pola tidur berubah menurun/hilang 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun/hilang 6. Kemampuan beraktivitas meningkat 	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pola aktivitas dan tidur • Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan / atau psikologi) • Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. Kopi, the, alcohol. Makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) • Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi <p>T :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) • Batasi waktu tidur siang jika perlu • Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur • Tetapkan jadwal tidur rutin • Lakukan prosedur untuk

			<p>meningkatkan kenyamanan (mkis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/ atau tinjakan untuk menunjang siklus tidur terjaga <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tidur cukup selama sakit • Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur • Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur • Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengganggu supresor terhadap tidur REM • Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. Psikologis, gaya hidup, sering berubah <i>shift</i> bekerja) • Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya <p>Edukasi Aktivitas /Istirahat</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>T :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat • Jadwalkan pemberiaan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik / olahraga secara rutin • Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok, aktivitas bermain atau aktivitas lainnya • Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat • Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat (mis. Kelelahan , sesak napas saat aktivitas) • Ajarkan cara mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan
4	Defisit perawatan diri b/d kelemahan neuromuskuler	Setelah dilakukan pengkajian selama 1x24 jam di dapatkan hasil: -kemampuan makan meningkat -mempertahankan kebersihan mulut -minat melakukan perawatan diri meningkat	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri - identifikasi jenis bantuan yang di butuhkan - monitor kebersihan tubuh - monitor integritas kulit <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sediakan peralatan mandi - sediakan lingkungan yang aman dan nyaman - fasilitas menggosok gigi,sesuai kebutuhan

			<ul style="list-style-type: none">- fasilitas mandi,sesuai kebutuhan- pertahankan kebiasaan kebersihan diri- berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none">- Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan- ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien <p>K :</p> <ul style="list-style-type: none">- Konsultasi kesehatan
--	--	--	---

Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel (NCP) Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Ny.L

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	HARI/Tgl	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1	Gangguan mobilitas fisik b/d kelemahan neuromusuler	Minggu 13 september 2020 Jam 16:00 – 18:00	<ul style="list-style-type: none"> - mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya (yaitu dengan cara menanyakan kepada klien dengan adanya nyeri). - mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan (pergerakan yang dilakukan yaitu dengan cara mengajarkan latihan Range Of Motion pasif pada klien) - memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi (yaitu dengan cara mengukur tekanan darah klien (TD : 110/80mmHg S:36,3 RR:21x/i N:64x/i) - memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi (yaitu dengan cara mengukur GCS klien) - memfasilitasi aktivitas mobilitas dengan alat bantu (alat yang digunakan untuk membantu mobilitas klien 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan klien masih belum bisa menggerakkan anggota tubuhnya. - Keluarga mengatakan aktivitas klien masih di bantu. - Keluarga mengatakan klien sulit untuk bergerak karena terbaring lemah ditempat tidur. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak terbaring lemah di tempat tidur - Klien tampak susah beraktivitas - Klien tampak semua aktivitas di bantu keluarga - TD : 110/80mmHg S:36,3 RR:21x/i N:64x/i - Kekuatan otot 0000/5555 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan

			<p>yaitu dengan menggunakan bantal sebanyak 3 buah)</p> <ul style="list-style-type: none"> - memfasilitasi melakukan pergerakan (yaitu dengan cara melakukan latihan Range Of Motion pasif pada klien). - melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan (yaitu dengan cara mengajarkan keluarga untuk melatih klien dengan cara latihan ROM) - menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi (untuk tujuan dan prosedur dijelaskan kepada keluarga dan klien) - menganjurkan melakukan mobilisasi dini (yaitu semuanya dijelaskan kepada keluarga untuk melakukan latihan ROM pada klien sejak sekarang) - menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur, mika miki). (Tindakan yang di lakukan pada klien adalah dengan cara mengajarkan miring kiri dan miring kanan pada klien.) 	
--	--	--	--	--

2	Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan saraf kranial	Minggu 13 september 2020 Jam 16:00 – 18:00	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor kecepatan tekanan, kuantitas volume, dan diksi bicara. - Memonitor proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (misalnya memori pendengaran dan bahasa) - monitor frustrasi, marah depresi atau hal lain yang mengganggu bicara - identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi - modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan - ulangi apa yang di sampaikan pasien - berikan dukungan psikologis - gunakan juru bicara, jika perlu - anjurkan berbicara perlahan - ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan klien susah untuk berbicara. - Keluarga mengatakan lidah klien miring ke kiri. - Keluarga mengatakan bicara klien bicara kurang jelas/pelo. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak bicara kurang jelas/pelo - Lidah klien tampak pencong/miring ke kiri. - Klien tampak susah bicara - TD : 110/80mmHg - Suhu : 36,3 - RR : 21 x/i - Nadi : 64 x/i - Kekuatan oto 0000/5555 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - intervensi dilanjutkan
---	--	---	---	--

3	Gangguan pola tidur berhubungan dengan proses penyakit.	Minggu 13 september 2020 Jam 16:00 – 18:00	<ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor jam tidur pasien sehari-hari 2) Menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat 3) Memfasilitasi untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur 4) Menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman 5) Mambatasi pengunjung 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan klien susah tidur - Keluarga mengatakan klien sering terbangun. - Keluarga mengatakan klien tidr kurang nyenyak. - Keluarga mengatakan tidur klien hanya 1-2 jam saja. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tidak nyaman - Klien tampak lesu - Klien tampak tidak segar - Mata klien tampak cekung - Palpebra hitam - Akral teraba hangat TD :110/80mmHg - Kekuatan otot 0000/5555 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan
4	Defisit perawatan diri b/d kelemahan neuromuskuler	Minggu 13 september 2020 Jam 16:00 – 18:00	<ol style="list-style-type: none"> 1. mengidentifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri 2. mengidentifikasi jenis bantuan yang di butuhkan 3. memonitor kebersihan tubuh 4. memonitor integritas kulit 5. menyediakan peralatan mandi 6. menyediakan lingkungan yang 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan mulut klien tampak kotor dan berbau. - Klien mengatakan susah untuk bergerak dan semua aktifitas di bantu. - Keluarga mengatakan jarang memandikan klien.

			<p>aman dan nyaman</p> <p>7. memfasilitas menggosok gigi,sesuai kebutuhan</p> <p>8. memfasilitas mandi,sesuai kebutuhan</p> <p>9. memberikan bantuan sesu ai tingkat kemandirian</p> <p>10.menjelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan</p> <p>a. mengajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien</p>	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mulut klien tampak kotor dan berbau. - Klien mengatakan susah untuk bergerak. - TD : 110/80 mmHg - Kuku klien tampak panjang dan kotor - Rambut klien tidak diikat. - <p>A :</p> <p>-Masalah belum teratasi.</p> <p>P :</p> <p>-Intervensi dilanjutkan.</p>
--	--	--	---	---

NO	DIAGNOSA KEPERAWAN	HARI/TANGGAL	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1	Gangguan mobilitas fisik b/d kelemahan neuromusuler	<p>Senin 13 september 2020</p> <p>Jam</p> <p>16:00 – 18:00</p>	<ul style="list-style-type: none"> - mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya (yaitu dengan cara menanyakan kepada klien dengan adanya nyeri). - mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan (pergerakan yang dilakukan yaitu dengan cara mengajarkan latihan Range Of Motion pasif pada klien) - memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi (yaitu dengan cara mengukur tekanan darah klien (TD : 110/80mmHg S:36,3 RR:21x/i N:64x/i) - memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi (yaitu dengan cara mengukur GCS klien) - memfasilitasi aktivitas mobilitas dengan alat bantu (alat yang digunakan untuk 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - keluarga mengatakan kaki klien sedikit nyeri saat di lipat - Keluarga mengatakan pasien susah bergerak. - Keluarga mengatakan badan klien lemah. - Keluarga mengatakan pasien susah beraktifitas. - Keluarga mengatakan semua aktivitas klien dibantu. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak semua aktifitas di bantu keluarga. - Pasien taampak susah bergerak. - Pasien tampak lemah tubuh sisi sebelah kiri. - TD : 110/80mmHg - Kekuatan otot 0000/5555 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan imobilitas fisik <p>P :</p>

			<p>membantu mobilitas klien yaitu dengan menggunakan bantal sebanyak 3 buah)</p> <ul style="list-style-type: none"> - memfasilitasi melakukan pergerakan (yaitu dengan cara melakukan latihan Range Of Motion pasif pada klien). - melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan (yaitu dengan cara mengajarkan keluarga untuk melatih klien dengan cara latihan ROM) - menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi (untuk tujuan dan prosedur dijelaskan kepada keluarga dan klien) - menganjurkan melakukan mobilisasi dini (yaitu semuanya dijelaskan kepada keluarga untuk melakukan latihan ROM pada klien sejak sekarang) - menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur, mika 	<ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan
--	--	--	--	--

			miki). (Tindakan yang dilakukan pada klien adalah dengan cara mengajarkan miring kiri dan miring kanan pada klien.)	
2	Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan saraf kranial	Senin 13 september 2020 Jam 16:00 – 18:00	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor kecepatan tekanan, kuantitas volume, dan diksi bicara. - Memonitor proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (misalnya memori pendengaran dan bahasa) - monitor frustrasi, marah depresi atau hal lain yang mengganggu bicara - identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi - modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan - ulangi apa yang disampaikan pasien - berikan dukungan psikologis - gunakan juru bicara, jika perlu - anjurkan berbicara perlahan - ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan klien masih susah untuk berbicara. - Keluarga mengatakan lidah klien miring ke kiri. - Keluarga mengatakan bicara klien bicara kurang jelas/pelo. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak bicara kurang jelas/pelo - Lidah klien tampak pencong/miring ke kiri. - Klien tampak susah bicara - TD : 110/80mmHg - Suhu : 36,3 - RR : 21 x/i - Nadi : 64 x/i <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - intervensi dilanjutkan

			fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara	
3	Gangguan pola tidur berhubungan dengan proses penyakit	Senin 13 september 2020 Jam 16:00 – 18:00	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor jam tidur pasien sehari-hari - Menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat - Memfasilitasi untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur - Menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman - Mambatasi pengunjung 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan klien susah tidur - Keluarga mengatakan klien sering terbangun. - Keluarga mengatakan tidur klien 1-2 jam saja. - Keluarga mengatakan klien tidr kurang nyenyak. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tidak nyaman - Klien tampak lesu - Klien tampak tidak segar - Mata klien tampak cekung - Palpebra hitam - TD : 110/80mmHg - Akral teraba hangat <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah belum teratasi <p>P :</p> <p style="text-align: center;">Intervensi dilanjutkan</p>

4	Defisit perawatan diri b/d kelemahan neuromuskuler	Senin 13 september 2020 Jam 16:00 – 18:00	<ul style="list-style-type: none"> • mengidentifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri • mengidentifikasi jenis bantuan yang di butuhkan • memonitor kebersihan tubuh • memonitor integritas kulit • menyediakan peralatan mandi • menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman • memfasilitas menggosok gigi,sesuai kebutuhan • memfasilitas mandi,sesuai kebutuhan • memberikan bantuan sesuai tingkat kemandirian • menjelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan • mengajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan mulut klien tampak kotor dan berbau. - Klien mengatakan susah untuk bergerak - Keluarga mengatakan klien terbaring lemah di tempat tidur. - Keluarga mengatakan semua aktifitas klien di bantu. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mulut klien tampak kotor dan berbau. - Klien mengatakan susah untuk bergerak. - Klien tampak lemah ditempat tidur. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Defisit perawatan diri <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan.
---	---	---	---	--

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	HARI/TANGGAL	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1	Gangguan mobilitas fisik b/d kelmahan neuromusuler	Selasa 13 september 2020 Jam 16:00 – 18:00	<ul style="list-style-type: none"> - mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya (yaitu dengan cara menanyakan kepada klien dengan adanya nyeri). - mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan (pergerakan yang dilakukan yaitu dengan cara mengajarkan latihan Range Of Motion pasif pada klien) - memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi (yaitu dengan cara mengukur tekanan darah klien (TD : 110/80mmHg S:36,3 RR:21x/i N:64x/i) - memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi (yaitu dengan cara mengukur GCS klien) - memfasilitasi aktivitas mobilitas dengan alat bantu (alat yang digunakan untuk membantu mobilitas klien yaitu dengan menggunakan bantal sebanyak 3 buah) - memfasilitasi melakukan pergerakan (yaitu dengan cara melakukan latihan Range Of 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - keluarga mengatakan klien sudah mulai sedikit bisa menggerakkan jari- jari tangan nya - Pasien mengatakan kaki sedikit nyeri saat di lipat - Keluarga mengatakan pasien masih susah bergerak. - Keluarga mengatakan pasien susah beraktifitas. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak semua aktifitas di bantu Keluarga. - Pasien taampaksusah bergerak. - Pasien tampak lemah tubuh sisi sebelah kiri. - Kekuatan otot 0000/5555 0000/5555 <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan.</p>

			<p>Motion pasif pada klien).</p> <ul style="list-style-type: none"> - melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan (yaitu dengan cara mengajarkan keluarga untuk melatih klien dengan cara latihan ROM) - menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi (untuk tujuan dan prosedur dijelaskan kepada keluarga dan klien) - menganjurkan melakukan mobilisasi dini (yaitu semuanya dijelaskan kepada keluarga untuk melakukan latihan ROM pada klien sejak sekarang) - menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur, mika miki). (Tindakan yang dilakukan pada klien adalah dengan cara mengajarkan miring kiri dan miring kanan pada klien.) - berikan penyuluhan dan edukasi kepada keluarga. - klien konsul dengan Dr.Fred ahli saraf dan klien di anjurkan untuk rontgen. 	
--	--	--	---	--

2	<p>Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan saraf kranial</p>	<p>Selasa 13 september 2020</p> <p>Jam 16:00 – 18:00</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor kecepatan tekanan, kuantitas volume, dan diksi bicara. - Memonitor proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (misalnya memori pendengaran dan bahasa) - monitor frustrasi, marah depresi atau hal lain yang mengganggu bicara - identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi - modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan - ulangi apa yang di sampaikan pasien berikan dukungan psikologis - gunakan juru bicara, jika perlu - anjurkan berbicara perlahan - ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara - klien konsul dengan Dr. Fred ahli saraf dan klien di anjurkan untuk rontgen. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - keluarga mengatakan klien sering dilatih untuk bicara. - keluarga mengatakan klien sudah mulai sedikit bisa bicara dan mengulang kata sedikit demi sedikit. - Keluarga mengatakan klien masih susah untuk berbicara. - Keluarga mengatakan lidah klien masih miring ke kiri. - Keluarga mengatakan bicara klien bicara kurang jelas/pelo. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak bicara kurang jelas/pelo - Lidah klien tampak pencong/miring ke kiri. - Klien tampak susah bicara - TD : 110/80mmHg - Suhu : 36,3 - RR : 21 x/i - Nadi : 64 x/i <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - intervensi dilanjutkan
---	---	--	--	---

3	Gangguan pola tidur berhubungan dengan proses penyakit	<p>Selasa 13 september 2020</p> <p>Jam 16:00 – 18:00</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor jam tidur pasien sehari-hari - Menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat - Memfasilitasi untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur - Menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman - Mambatasi pengunjung - klien konsul dengan Dr.Fred ahli saraf dan klien di anjurkan untuk rontgen. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan klien susah tidur. - Keluarga mengatakan klien sering terbangun. - Keluarga mengatakan klien tidr kurang nyenyak. - Keluarga mengatakan klien tidur 1-2 jam sajan (tidur normal 7-8 jam). <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tidak nyaman - Klien tampak lesu - Klien tampak tidak segar - Mata klien tampak cekung - Palpebra hitam - Akral teraba hangat - <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan
---	--	--	---	--

4	Defisit perawatan diri b/d kelemahan neuromuskuler	Selasa 13 september 2020 Jam 16:00 – 18:00	<ul style="list-style-type: none"> • mengidentifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri • mengidentifikasi jenis bantuan yang di butuhkan • memonitor kebersihan tubuh • memonitor integritas kulit • menyediakan peralatan mandi • menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman • memfasilitas menggosok gigi,sesuai kebutuhan • memfasilitas mandi,sesuai kebutuhan • memberikan bantuan sesuai tingkat kemandirian • menjelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan • mengajarkan kepada keluarga cara memandikan • klien konsul dengan Dr.Fred ahli saraf dan klien di anjurkan untuk rontgen. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan mulut klien tampak kotor dan berbau. - Klien mengatakan susah untuk bergerak. - Keluarga mengatakan klien mandi hanya di lap saja - Keluarga mengatakan semua aktivitas klien di bantu oleh keluarga. - Keluarga mengatakan jarang memandikan klien <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mulut klien tampak kotor dan berbau. - Semua aktivitas klien dibantu keluarga. - Klien mengatakan susah untuk bergerak. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan.
---	---	--	---	--

BAB IV

PEMBAHASAN

4.1 Analisis Masalah Keperawatan Dengan Konsep Kasus

Selama Penulis melakukan asuhan keperawatan pada klien Ny.L Dengan gangguan kebutuhan mobilitas di jorong sungai sariak kecamatan baso kabupaten agam pada tanggal 13 - 22 september 2020. Beberapa hal yang perlu dibahas dan diperhatikan dalam penerapan kasus keperawatan tersebut, penulis telah berusaha mencoba menerapkan dan mengaplikasikan proses Asuhan Keperawatan pada klien dengan gangguan kebutuhan mobilitas sesuai dengan teori-teori yang ada.

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

Dalam melakukan pengkajian pada tanggal 13 september 2020 ditemukan data pada pasien bernama Ny. L berusia 65 tahun. Pada saat pengkajian ditemukan riwayat sekarang pasien dengan keluarga pasien yang mengatakan bahwa ekstremitas sebelah kiri pasien tampak lemah sejak 9 hari yang lalu, dan keluarga mengatakan bicara pasien pelo, pasien tampak lemah sebelah kiri dan bicara pasien kurang jelas, dari hasil pemeriksaan tingkat kesadaran di dapatkan GCS 11 (E3 V5 M3) dan keluarga mengatakan sudah 8 hari belum BAB. Riwayat kesehatan dahulu pasien sebelumnya belum pernah mengalami penyakit yang sama dan tidak pernah menderita penyakit kronis lainnya. Pada pemeriksaan fisik didapatkan GCS E:3 (respon membuka mata dengan ransangan suara), M:5 (mampu mengangkat tangan dan mampu menahan sedikit tahanan) V:3 (bicara pelo). Kondisi kepala dan leher pasien didapatkan rambut tampak beruban kulit

kepala berminyak, tidak terdapat luka atau nyeri tekan disekitar kepala. Keadaan mata pasien tampak isokor. Telinga, hidung dan mulut serta tenggorokan pada saat pengkajian tidak ada gangguan pendengaran, mukosa bibir kering, gigi tidak lengkap, mulut tidak berbau.

Pada tinjauan teoritis ditemukan 8 diagnosa keperawatan tidak mengalami kesenjangan tinjauan kasus ditemukan 5 diagnosa keperawatan teoritis karena pada kasus Ny.L 5 diagnosa keperawatan yang menjadi masalah utama dalam kasus Ny.L diagnosa keperawatan tinjauan teoritis yang muncul :

4.2.1 Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular.

4.2.2 Gangguan pola tidur berdasarkan proses penyakit.

4.2.3 Defisit Perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

4.2.4 Hambatan komunikasi verbal dengan penurunan fungsi.

Masalah prioritas pertama pada kasus Ny.L adalah Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan kelemahan neuromuskular karena pada saat pengkajian didapatkan data subjektif klien tangan dan kaki kiri tidak bisa digerakkan, semua aktivitas klien di bantu oleh keluarga, badan klien susah untuk digerakkan. Data objektif klien tampak susah digerakkan, klien tampak lemah ditempat tidur, aktivitas klien tampak di bantu dengan keluarga, dengan kekuatan otot 0000/5555. Setelah didapatkan data maka, dapat dirumuskan rencana tindakan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan klien dan penulis melakukan tindakan yaitu tentang, latihan rentang gerak ROM, memonitor keadaan umum klien, identifikasi adanya nyeri, miring kiri dan miring kanan, fasilitasi aktivitas mobilitas dengan alat bantu, tanda Vital Sign, serta memberikan edukasi ROM kepada keluarga. Kelemahan ini mengakibatkan klien mengalami gangguan mobilitas

fisik. Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam pergerakan fisik mandiri dan terarah pada tubuh atau ekstremitas atau lebih (berdasarkan tingkat aktifitas (Walkinson,2011).

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

Diagnosa kedua adalah gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan saraf kranial. Komunikasi verbal karena pada saat dilakukan pengkajian didapatkan data subjektif Ny.L susah untuk bicara, bicara klien tidak jelas atau pelo, dan data objektif klien tampak susah bicara, klien tampak pelo. Dari data diatas dapat dirumuskan rencana tindakan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan klien yaitu mengkaji kemampuan klien dan bicara, mengajarkan klien untuk berbicara dengan perlahan.

Terapi bicara yaitu keluarga diminta untuk melatih mengeluarkan suara dengan mengulang kata demi kata, membersihkan mulut, hidung, serta mengajak klien bicara, klien dengan gangguan bicar sehingga keluarg diminta untuk memperhatikan apa yang diperlukan klien.

Diagnosa ketiga gangguan pola tidur berhubungan dengan proses penyakit karena pada saat dilakukan pengkajian didapatkan data subjektif Ny.L susah tidur, sering terbangun baik disiang ataupun malam hari, klien tidur kurang nyenyak. Dan data objektif klien tampak lesu, mata klien tampak cekung, klien tampak tidak segar. Dari data tersebut di rumuskan rencana tindakan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan klien yaitu

mengkaji tentang tingkat pengetahuan proses penyakit stroke monitor jam tidur klien perhari, media pendidikan kesehatan tentang stroke dan latihan ROM, menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman.

Berdasarkan diagnosa diatas sesuai dengan Kurniati (2014) mengemukakan penatalaksanaan yang dilakukan dengan teknik non farmakologi meliputi pendidikan kesehatan dan membrikan gambaran tentang penyakit stroke dengan memberikan informasi mengenai penyakit stroke, dengan tujuan agar pengetahuan dapat meningkatkan tentang penyakit stroke tersebut.

Diagnosa yang kelima defisit perawatan diri b/d kerusakan neuromuskular dan kelemahan. Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny.L mengalami kelemahan pada anggota gerak yang menyebabkan Tn.H tidak bisa melakukan aktivitas sehingga semua aktivitas Ny.L dibantu oleh keluarga. *Personal hygiene* merupakan suatu usaha pemeliharaan kesehatan diri seseorang yang bertujuan mencegah terjangkitnya penyakit serta untuk memperbaiki status kesehatannya. Salah satu indikator dari *personal hygiene* adalah perawatan kulit, gigi dan mulut, rambut, mata, hidung dan telinga, kaki dan kuku, genitalia serta kebersihan dan kerapian pakaian (Perry, 2005).

4.2 Intervensi Inovasi Dengan Konsep Data Dan Penelitian Terkait

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

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

Tindakan intervensi yang dilakukan pada Ny.L selama 4 hari yaitu aktivitas latihan. Sebelum melakukan aktivitas latihan pasien dilakukan pemeriksaan vital sign serta pertimbangan kondisi pasien. Dukungan ambulasi dilakukan dengan membantu dan memfasilitasi klien untuk melakukan gerakan, miring kiri miring kanan dengan menggunakan bantal, Dukungan mobilisasi untuk meningkatkan kemampuan aktivitas pergerakan fisik dilakukan dengan membantu mengarahkan klien merubah posisi berbaring miring kiri dan kanan secara bergantian setiap 2 jam. Latihan rentang gerak sebagai upaya untuk meningkatkan kemampuan gerak aktif guna mengembalikan kelenturan sendi dan mencegah terjadinya deformitas dengan cara melatih gerakan pada jari-jari tangan dan kaki, pergelangan tangan, siku, lengan, lutut dan tungkai dengan tetap berkolaborasi dengan tenaga fisioterapi nantinya. Latihan gerak pasif ini dilakukan supaya mencegah kontraktur, setiap hari kontraktur dapat terjadi jika mobilisasi selama 8 jam. Bantuan perawatan diri dilakukan dengan mengajarkan keluarga memberi bantuan pada klien ditempat tidur seperti oral care, mandi, mengganti pakaian, makanan, dan

memabntu memenuhi kebutuhan eliminasi. Kelemahan yang dialami klien stroke yang menyebabkan ketidakmampuan memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari seperti mandi, berpakaian, makan dan merawat diri.

Menurut Yurida (dalam Rahmawati, Yurida Oliviani, Mardalena, 2017), latihan ini disesuaikan dengan kondisi klien dan sasarannya utamanya adalah kesadaran untuk melakukan gerakan yang dapat di kontrol dengan baik, bukan pada besarnya gerakan.

Pemberian terapi ROM Pasif berupa latihan gerakan pada bagian pergerakan tangan, siku, bahu, dan jari-jari atau pada bagian ekstremitas yang mengalami hemiparisis sangat bermanfaat untuk menghindari adanya komplikasi akibat kurang gerak, seperti kontraktur, kekakuan sendi menurut irfan (dalam Eka Nur So'emah, 2014).

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

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

keluarga, penerapan pelaksanaan tindakan dalam mengurangi kecacatan dan kelemahan otot, ekstremitas pada klien dengan gangguan mobilitas fisik maka penulis untuk mengadakan penelitian observasi dengan juduln “ Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Mobilitas Fisik pada pasien non hemoragik”Hasil dari latihan ROM sangat menguntungkan bagi pasien juga mendapatkan kepercayaan dari pasien sehingga mendapatkan kepuasan pelayanan dalam perawatan stroke juga dapat mengembalikan kekakuan otot-otot sendi yang kaku pada pasien stroke sehingga bisa mendapatkan kesembuhan yang optimal.

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

Setelah dilakukan implementasi pada Ny.L selama 4 hari mulai dari tanggal 13 september 2020 sampai 17 september 2020 Ny.L dengan gangguan mobilitas dan intervensi yang diberikan yaitu latihan ROM dan edukasi kepada keluarga. Jadi dapat disimpulkan bahwa adanya pengaruh intervensi latihan ROM dengan gangguan kebutuhan mobilitas sebelum dan sesudah intervensi.

Latihan ROM ini dapat memberikan banyak manfaat pada klien yang mengalami gangguan kebutuhan mobilitas fisik. Kegiatan pemberian latihan ROM memberikan efek perubahan pada klien yang mengalami penyakit stroke dengan gangguan mobilitas, maka dari itu saya tertarik untuk mengaplikasikan latihan ROM pada pasien stroke dengan gangguan kebutuhan mobilitas.

Setelah dilakukan latihan ROM selama 4 hari, klien tampak ada perubahan pada klien kaki dan tangan sudah mulai lurus sedikit, bicara ada satu-satu tapi terbata-bata, Klien dan keluarga mau melakukan latihan ROM secara perlahan. Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada Ny.L klien tampak mulai menggerakkan anggota tubuhnya, mata sudah sering membuka, sudah mulai tersenyum, bicara sudah bisa, suara mulai keluar, kaki dan tangan sudah banyak digerakkan walaupun sedikit. Klien sudah bisa miring kiri dan kanan walaupun sedikit, tangan kanan yang lemas sudah berkurang kekakuannya. klien tampak mulai ada pergerakan walaupun belum sempurna. Gerakan mata sudah bisa melirik dengan panggilan Ny.L.

4.3 Alternatif Pemecahan Yang Dapat Dilakukan

Berdasarkan dari perencanaan keperawatan pasien melakukan beberapa aktifitas yang masing-masing diagnosa, penulis melakukan komunikasi setiap tindakan dan kegiatan yang dilakukan, konseling, penyuluhan, memberikan asuhan keperawatan langsung, serta tindakan penyelamatan jiwa seperti keadaan psikososial dan spiritual Ny. L

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

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

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan asuhan keperawatan pada Ny.L pada tanggal 13 september 2020 sampai tanggal 16 september 2020 jam 16:00 WIB dengan keluhan lemah pada bagian ekstremitas bagian sebelah kiri.

Dari hasil intervensi yang dilakukan pada Ny.L latihan ROM pada Ny.L yaitu untuk membantu pergerakan agar tidak terjadi kekakuan pada sendi.

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

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

- a. Mahasiswa sudah mampu menggambarkan analisis asuhan keperawatan (pengkajian,menegakkan diagnosa,intervensi,implementasi, dan evaluasi pada Ny.L dengan latihan ROM.
- b. Mahasiswa sudah mampu menganalisa hasil implementasi asuhan keperawatan dengan intervensi latihan ROM dengan masalah gangguan mobilitas.

Dari hasil pemeriksaan asuhan keperawatan pada Ny. L dengan gangguan kebutuhan mobilisasi di jorong sungai sariak kecamatan baso kabupaten agam 2020 dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Gangguan mobilisasi adalah suatu keadaan keterbatasan tubuh pada pergerakan fisik tubuh baik satu ataupun lebih pada ekstremitas secara mandiri dan terarah seperti kelemahan otot dan kerusakan ekstremitas yang disebabkan oleh suatu penyakit.
2. Penyakit stroke yang sering di derita dalah stroke dengan gangguan kebutuhan mobilitas (hampir 80%) dan sisanya (20%) terkena stroke hemoragik.
3. Klien stroke yang mengalami kelemahan pada ekstremitas dengan kekuatan otot bervariasi, kelemahan pada ekstremitas menyebabkan gangguan mobilitas fisik dan defisit perawatan diri. Intervensi yang di perlukan pada klien adalah mengobservasi tanda tanda vital sebelum dan sesudah melakukan tindakan ambulasi, mobilisasi, dan latihan rentang gerak (range of motion) memotivasi klien untuk mau melakukan latihan mobilitas fisik, membimbing dan memotivasi klien untuk melakukan perawatan diri. Sela evaluasi dalam 3 hari klien mengali peningkatan kemampuan mobilitas dan kekuatan otot.

5.2 Saran

Dengan selesainya dilakukan asuhan keperawatan pada keluarga nenek L dengan gangguan mobilitas diharapkan dengan memeberikan masukan terutama kepada :

1. **Bagi Pasien dan Keluarga**

Diharapkan informasi yang di dapat menjadi pengalaman bagi pasien dan keluarga khususnya penyakit dengan gangguan kebutuhan mobilitas sehingga pasien disiplin dalam pengobtan, dan diharapkan bagi keluarga agar memberikan motivasi dan dukungan agar yakin penyakit akan sembuh, dan percaya bahwa dukungan agar yakin bahwa penyakit ini hanya ujian dari Allah SWT.

2. **Bagi Institusi Pendidikan**

Diharapkan kepada institusi pendidikan untuk lebih menambah referensi mengenai gangguan kebutuhan mobilisasi dan memperdalam lagi ilmu pembelajaran stroke dengan gangguan mobilitas.

3. **Bagi peneliti selanjutnya**

Diharapkan bisa mendapatkan intervensi inovatif lebih dalam penanganan gangguan kebutuhan mobilitas dan juga memberika perbandingan tindakan keperawatan pada pasien yang berbeda tapi dengan kasus yang sama.

DAFTAR PUSTAKA

- Potter & Perry. 2010. *Fundamental of Nursing (fundamental Keperawatan)*. Buku 2. Edisi 7. Indonesia : Salemba Medika.
- Mubarak, W. I., Indrawati, L., Susanto, J. 2015. *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar*. Jakarta : Salemba Medika.
- Potter & Perry. 2010. *Fundamental of Nursing (fundamental Keperawatan)*. Buku 3. Edisi 7. Indonesia : Salemba Medika.
- Ananda, Irma Putri. (2017). Pengaruh *Range Of Motion* (ROM) Terhadap Kekuatan Otot Pada Lansia Bedrest Di PSTW Budhi Mulia 3 Margaguna Jakarta Selatan. Dikutip dari repository.uinjkt.ac.id pada tanggal 22 Januari 2018.
- Budi, Hendri dan Agonwardi. (2016). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Latihan Range Of Motion (ROM) Terhadap Keterampilan Keluarga Melakukan ROM Pasien Stroke. Dikutip dari ejournal.kopertis10.or.id pada tanggal 22 Januari 2018.
- Diba, Farah, Diah Nur Fitriani, onny Tampubolo. (2010). *Fundamental Keperawatan Edisi 3*. Jakarta: Salemba Medika.
- Enderwati, Titik, dkk. (2016). *Buku Panduan Praktik Klinik Keperawatan Dasar*. Poltekkes Jogja Press: Yogyakarta.
- Geissler, C Alice, Marilyn E Doenges, dan Mary Frances Moorhouse. (2010). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Jakarta: EGC.
- Hasanah, Nurul. (2015). *Laporan Pendahuluan Hambatan Mobilitas Fisik*.
- Diakses dari <http://www.Laporan-pendahuluan-hambatan- mobilitas- fisikpdf.com> pada tanggal 18 januari 2018.
- Irdawati. (2012). Pengaruh Latihan Gerak Terhadap Keseimbangan Pasien Stroke Non-Hemoragik. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 7 (2), 129-136.
- Kusuma, Hardhi dan Amin Huda Nurarif. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA NIC NOC Jilid 1,2,3*. Yogyakarta: MediAction.
- Marina, Yuniarti. (2013). *Laporan Asuhan Keperawatan pada Pasien Ny. S dengan Stroke Non Hemoragik di Unit Stroke RSUP DR Sardjito Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta*.
- Marlina. (2011). Pengaruh ROM Terhadap Peningkatan Otot Pada Pasien Stroke Iskemik Di RSUDZA Banda Aceh. *Idea Nursing Journal, Vol III No 1..2008*. Mobilisasi dan Imobilisasi Ilmu Keperawatan. Dikutip dari nursingscience-2008.jpg pada tanggal 28 Januari 2018.

- Palandeng, Henry, Claudia Agutina Sikawin, Mulyadi. (2013). Pengaruh Latihan Range Of Motion Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Di Irina F Neurologi BLU RSUP PROF. DR. R. D. KANDUMANADO. *ejournalKeperawatan (e-Kp), Vol 1, No1*.
- Purwanto, Edi. 2012. *Implementasi dan Evaluasi Keperawatan*. Dikutip dari s1-keperawatan.umm.ac.id pada 22 Januari 2018.
- Samiadi, Lika Aprilia. (2017). *Kelumpuhan Hemiplegia dan Hemiparesis Akibat Stroke*. Diakses dari <https://hellosehat.com/pusat-kesehatan/stroke-2/kelumpuhan-hemiplegia-dan-hemiparesis-akibat-stroke/amp/> pada tanggal 28 Januari 2018.
- Sari Arum, Wulan Retno. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8*. Jakarta: PT Salemba Emban Patria.
- Sari Kumala, Nengsi Olga. (2012). *Studi Kasus Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Mobilisasi Pada Tn. J Dengan Stroke Diruang Anggrek 2 RSUD Dr. Moewardi Surakarta*. Dikutip dari [01-gdl-nengsiolga-236-1-nengsio-5.pdf](#) pada tanggal 18 Januari 2018.
- So'emah, Eko Nur. (2014). Pengaruh Latihan ROM (*Range Of Motion*) Pasif Terhadap Peningkatan Kemampuan Motorik Pada Pasien CVA Infark Di Ruang Pajajaran RSUD Prof Dr. Soekandar Moosari Mojokerto. Dikutip dari ejournal.stikes-ppni.ac.id pada tanggal 27 Januari 2017.
- Suryati Eros Siti, Tarwoto, Wartonah. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persyarafan*. Yogyakarta Rapha Publishing: Yogyakarta.
- Sudaryanto. 2011. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pemahaman*. Dikutip dari ejournal.kesehatanlingkungan pada tanggal 22 Juli 2018.
- Swanson, Elizabeth, Sue Moorhead, Marion Johnson, dan Meridean L Maas. (2016). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. Jakarta: Elsevier.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Edisi 1*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia.
- Ulliya, Sarah. 2010. *Pengaruh Latihan Range of Motion (ROM)*. Dikutip dari <https://ejournal.undip.ac.id> pada tanggal 22 Juli 2018.
- Wagner, Cheryl M, Gloria M Bulechek, Howard K Butcher, dan Joanne M Dochterman. (2016). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Jakarta: Elsevier.
- Walgito. 2008. *Tinjauan Pustaka Motivasi*. Dikutip dari digilib.unimus.ac.id pada tanggal 17 Juli 2018.

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG**

LEMBAR KONSULTASI REVISI BIMBINGAN KIAN

Nama Mahasiswa : LUGIA MAY HUDATAMA
Nim : 1914901727
Penguji 2 : NS. Vera Sesrianty, M.Kep
Judul KIA-N : **PENERAPAN ROM (RANGE OF MOTION) PADA ASUHAN
KEPERAWATAN PASIEN STROKE DENGAN GANGGUAN
KEBUTUHAN MOBILITAS FISIK DI JORONG SUNGAI SARIAK,
KEC. BASO, KAB.AGAM,KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2020**

No	Hari/Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1		Konsul perbaikan	
2		Acc 20/11/20	
3			
4			
5			
6			
7			

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG**

LEMBAR KONSULTASI REVISI BIMBINGAN KIAN

Nama Mahasiswa : LUGIA MAY HUDATAMA
Nim : 1914901727
Penguji 1 : NS. Mera Delima, M.Kep
Judul KIA-N : **PENERAPAN ROM (RANGE OF MOTION) PADA ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN STROKE DENGAN GANGGUAN KEBUTUHAN MOBILITAS FISIK DI JORONG SUNGAI SARIK, KEC. BASO, KAB.AGAM,KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2020**

No	Hari/Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1		Revisi BAB 2-3	
2		Acc syulis	
3			
4			
5			
6			
7			