

UPAYA PEMENUHAN MOBILISASI PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DI
RSUD KRMT WONGSONEGORO SEMARANG

Putri Wulandari

1505036



AKADEMI KEPERAWATAN WIDYA HUSADA SEMARANG

TAHUN 2018

UPAYA PEMENUHAN MOBILISASI PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DI
RSUD KRMT WONGSONEGORO SEMARANG

Karya tulis ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk menyelesaikan
Program Pendidikan DIII Keperawatan

PUTRI WULANDARI

1505036






AKADEMI KEPERAWATAN WIDYA HUSADA SEMARANG

TAHUN 2018

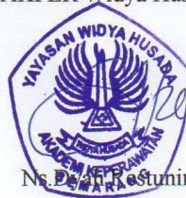
LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Putri Wulandari dengan judul UPAYA PEMENUHAN MOBILISASI PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 13 Mei 2018.

Dewan Penguji

Penguji I	Ns.Dyah Restuning P, M.Kep NIDN. 0628018203	()
Penguji II	Ns.Wahyuningsih, M.Kep NIDN. 0620068202	()
Penguji III	Ns.Heny Prasetyorini, M.Kep NIDN. 0627108404	()

Mengetahui,
Direktur
AKPER Widya Husada Semarang



Ns. Dyah Restuning P, M.Kep

NIDN.0628018203

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Putri Wulandari

NIM : 1505036

Program studi : DIII Keperawatan

Institusi : Akademi Keperawatan Widya Husada Semarang

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

Apabila ditemukan hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Semarang, 13 Mei 2018

Pembuatan Pernyataan

Putri Wulandari

Mengetahui :

Pembimbing Utama



Ns. Heny Prasetyorini, M. Kep

NIDN. 0627108404

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Putri Wulandari (1505036) dengan judul

UPAYA PEMENUHAN MOBILISASI PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DI
RSUD KRMT WONGSONEGORO SEMARANG

telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan

Semarang, 13 Mei 2018

Pembimbing Utama



Ns. Heny Prasetyorini, M. Kep

NIDN. 0627108404

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan HidayahNya sehingga Karya Tulis Ilmiah dengan judul “PEMENUHAN MOBILISASI PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK”. Ini dapat terselesaikan dengan baik. Penyusunan karya tulis ilmiah ini tidak lepas dari bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh sebab itu penulis mengucapkan banyak terimakasih kepada:

1. Allah SWT yang telah membantu dan memperlancar saya dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
2. Orang tua yang telah memberikan motivasi dan dukungan dalam menyelesaikan karya tulis ini.
3. Ibu Dyah Restuning P, Ns.,M.Kep., selaku Direktur AKPER Widya Husada Semarang.
4. Selaku Direktur RSUD K.R.M.T Wongsonegoro yang telah mengizinkan mengikuti penelitian.
5. Pak Thamrin, Ns.,S.Kep, M.Kep selaku Pembimbing yang telah membimbing dalam penulisan karya tulis ini.
6. Ibu Heny Prasetyorini, Ns.,M.Kep., selaku penguji pertama yang telah membimbing dalam penulisan karya tulis ilmiah ini.
7. Ibu Maulidta K.W.,M.Kep selaku penguji kedua yang telah membimbing dalam karya tulis ilmiah ini.
8. Kakak saya (Bayu Sukma) yang telah memberikan motivasi dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
9. Teman-teman saya Puji, Pangestuti, Novanda, Laras, Shinta yang telah memberikan motivasi dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini memiliki banyak kekurangan. Oleh karena itu penulis membutuhkan saran dan kritik untuk perbaikan dalam penelitian selanjutnya.

Semarang, 13 Mei 2018

Penulis

DAFTAR ISI

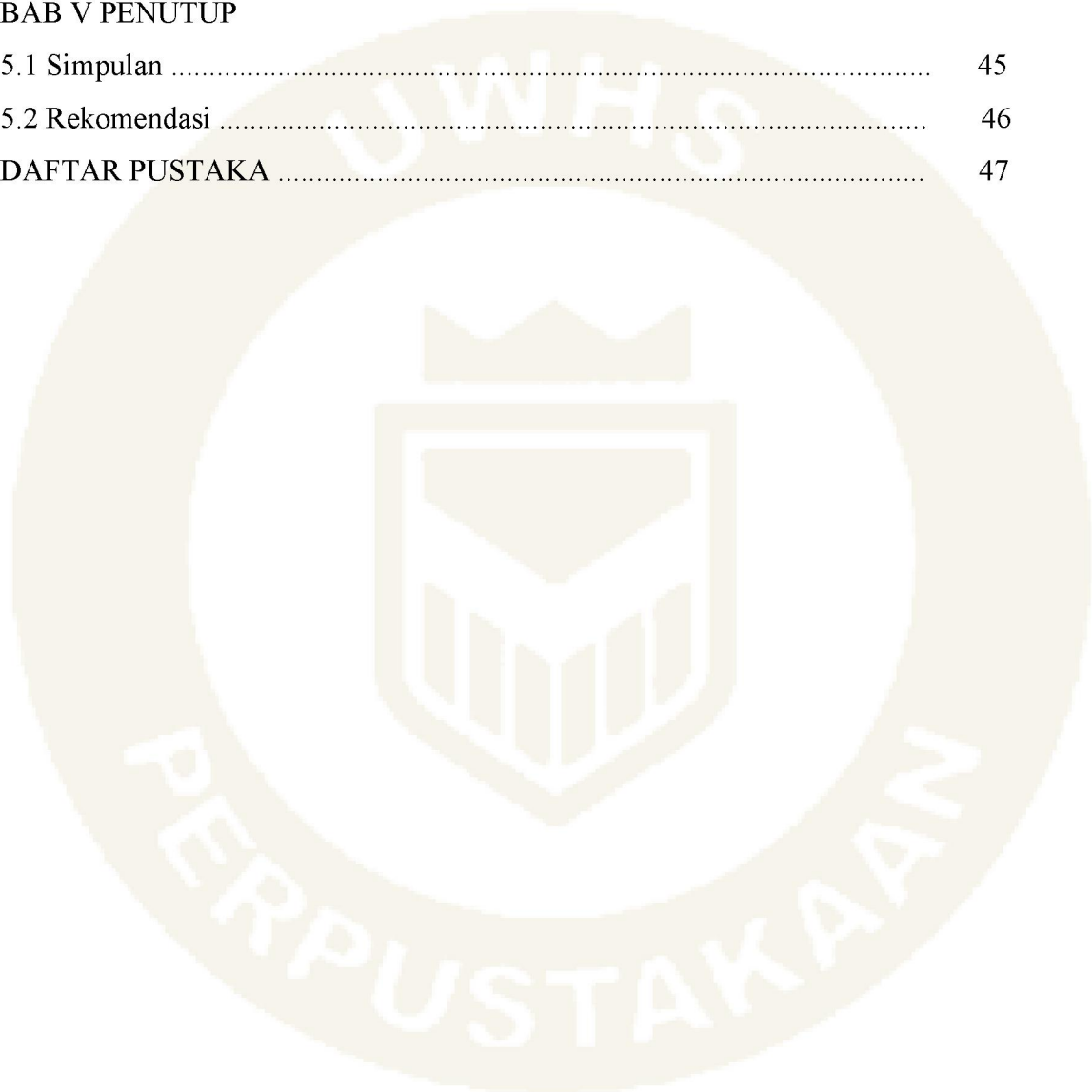
Halaman Judul.....	i
Halaman Bebas Plagiasi.....	ii
Halaman Keaslian Tulisan	iii
Halaman Persetujuan	iv
Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Lampiran	ix
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	4
1.4 Manfaat Penelitian	4
1.5 Ruang Lingkup Penelitian.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Asuhan Keperawatan Pasien Stroke.....	6
2.2 Mobilisasi	22
BAB III METODE STUDI KASUS	
3.1 Rancangan Studi Kasus	29
3.2 Subjek Studi Kasus.....	29
3.3 Fokus Studi Kasus	30
3.4 Definisi Operasional	30
3.5 Instrumen Studi Kasus.....	30
3.6 Lokasi dan Waktu Studi Kasus	31
3.7 Pengumpulan Data	31
3.8 Penyajian Data	33
3.9 Etika Studi Kasus	34

BAB IV HASIL STUDI KASUS & PEMBAHASAN

4.1 Hasil	35
4.2 Pembahasan	40
4.3 Keterbatasan Studi Kasus	44

BAB V PENUTUP

5.1 Simpulan	45
5.2 Rekomendasi	46
DAFTAR PUSTAKA	47



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan

Lampiran 2 Penjelasan Untuk Mengikuti Penelitian

Lampiran 3 *Informed Consent*

Lampiran 4 Lembar Mobilisasi

Lampiran 5 Lembar Observasi Tingkat Aktivitas/Mobilisasi

Lampiran 6 Lembar Observasi Derajat Kekuatan Otot



UPAYA PEMENUHAN MOBILISASI PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK

DI RSUD KRMT WONGSONEGORO SEMARANG

Putri Wulandari*Thamrin,NS,M.Kep**

*Mahasiswa Akademi Keperawatan Widya Husada Semarang

**Dosen Akademi Keperawatan Widya Husada Semarang

Email: putwul.a7@gmail.com

ABSTRAK

Stroke non hemoragik yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Untuk mengurangi atau mencegah komplikasi dan tingkat keparahan dari pasien stroke non hemoragik dilakukan upaya pemenuhan mobilisasi. Mobilisasi merupakan *kemampuan untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya*. Upaya ini dilakukan untuk mencegah agar penderita tidak banyak mengalami komplikasi seperti dekubitus, kontraktur, kerusakan kulit, kekakuan sendi, memperbaiki tonus otot meningkatkan mobilisasi sendi, memperbaiki toleransi otot untuk latihan dan memperlancar sirkulasi darah. Tujuan studi kasus ini untuk mengidentifikasi manfaat upaya pemenuhan mobilisasi pada pasien stroke non hemoragik. Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan menggunakan metode pendekatan studi kasus. Subjek penelitian ini adalah dua orang pasien yang mengalami stroke non hemoragik dengan kriteria inklusi pasien imobilisasi, pasien dengan GCS ringan/sedang, pasien bedrest total, kriteria umur 35-70 tahun. Hasil analisis setelah dilakukan upaya pemenuhan mobilisasi terhadap pasien stroke non hemoragik kebutuhan mobilisasi pasien dapat terpenuhi sehingga dapat meningkatkan tingkat aktivitas dan derajat kekuatan otot pasien. Upaya pemenuhan mobilisasi dilakukan dengan melakukan ubah posisi setiap 2 jam, latihan ROM 4-5 kali sehari. Rekomendasi diharapkan dapat meningkatkan kompetensi perawat dalam upaya pemenuhan mobilisasi pada pasien stroke non hemoragik dan dalam memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif.

Kata Kunci : Stroke Non Hemoragik, Upaya Pemenuhan, Mobilisasi

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Adanya berbagai jenis penyakit yang patut diwaspadai karena faktor tertentu membuat hidup semakin berhati – hati. Pola hidup yang tidak sesuai dan pengaruh lingkungan dapat mengakibatkan banyak penyakit yang muncul seperti hipertensi. Hipertensi dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan komplikasi seperti stroke, kelemahan jantung, penyakit jantung koroner (PJK), gangguan ginjal yang berakibat pada kelemahan fungsi dari organ vital seperti otak, ginjal dan jantung yang dapat berakibat kecacatan bahkan kematian. Salah satu komplikasi dari hipertensi yaitu dapat menyebabkan stroke. Stroke merupakan sindrom klinis yang awal timbulnya mendadak, progresif cepat, berupa deficit neurologis fokal, atau global, yang berlangsung 24 jam, lebih atau langsung menimbulkan kematian, dan semata-mata disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatic (Rendy & TH, 2012).

Stroke dapat dibedakan menjadi 2 berdasarkan penyebabnya yaitu stroke hemoragik dan stroke non hemoragik (SNH). Stroke hemoragik merupakan stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak. Stroke non hemoragik (SNH) yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti (Nurarif & Kusuma, 2015). Stroke jenis ini yang paling sering terjadi. Penyakit ini banyak sekali kita jumpai di lingkungan sekitar dan Rumah Sakit. Perlu kita ketahui sebagian besar banyak penderita dan keluarga yang belum mengetahui apa penyebab dari stroke ini. Ada yang menganggap bahwa stroke disebabkan karena hipertensi saja. Memang benar penyebab utama terjadi stroke adalah hipertensi. Tetapi tidak hanya itu saja penyebab stroke, dapat juga

disebabkan karena penyakit jantung, obesitas, kebiasaan merokok, kadar kolesterol yang tinggi, diabetes melitus (Bilotta, 2009).

Menurut Riskesdas (2013), stroke, bersama-sama dengan hipertensi, jantung koroner, gagal jantung, batu ginjal, rematik merupakan penyakit tidak menular di Indonesia. Stroke menempati urutan pertama sebagai penyebab kematian utama semua usia di Indonesia (Jurnal Depkes RI, 2017).

Berdasarkan data WHO (2010), setiap tahunnya terdapat 15 juta orang di seluruh dunia menderita stroke. Diantaranya ditemukan jumlah kematian sebanyak 5 juta orang dan 5 juta orang lainnya mengalami kecacatan yang permanen. Dua pertiga dari kematian ini terjadi di negara-negara dengan sumberdaya rendah. Di antara 10 penyakit terbanyak pada sistem sirkulasi darah, stroke tidak berdarah atau infark menduduki urutan penyebab kematian utama, yaitu sebesar 27% (2002), 30% (2003), 23,2% (2004) (Depkes RI, 2007). Prevalensi Stroke berdasarkan diagnosis nekrosteringgi di Sulawesi Utara (10,8 ‰), diikuti DI Yogyakarta (10,3 ‰), Bangka Belitung dan DKI Jakarta masing-masing 9,7 per mil. Prevalensi Stroke berdasarkan 92 terdiagnosis nakes dan gejala tertinggi terdapat di Sulawesi Selatan (17,9‰), DI Yogyakarta (16,9‰), Sulawesi Tengah (16,6‰), diikuti Jawa Timur sebesar 16 per mil (Jurnal Riskesdas, 2013).

Menurut (VitaHealth, 2003) dalam istilah awam stroke merupakan serangan otak yang terjadi secara tiba-tiba dengan akibat kematian atau kelumpuhan sebelah bagian tubuh. Karena sifatnya yang menyerang itu, sindroma ini diberi nama “stroke”, yang artinya kurang lebih pukulan telak dan mendadak.

Stroke merupakan kerusakan jaringan otak yang disebabkan karena berkurangnya atau terhentinya suplai darah secara tiba-tiba. Jaringan otak yang mengalami hal ini akan mati dan tidak dapat berfungsi lagi (DiGiulio, 2007).

Stroke adalah kerusakan jaringan otak yang disebabkan karena berkurangnya atau terhentinya suplai darah secara tiba-tiba (Auryn, 2014).

Untuk mengurangi atau mencegah komplikasi dan tingkat keparahan dari pasien stroke non hemoragik (SNH) penatalaksanaan yang diberikan diantaranya mengajarkan latihan ROM (Range Of Motion), alih baring (positioning). Tujuan dilakukan latihan tersebut mencegah agar tidak terjadi komplikasi seperti adanya luka dekubitus atau luka akibat tekanan yang terlalu lama. Dekubitus disebabkan karena penderita stroke non hemoragik (SNH) tidak dapat melakukan mobilisasi secara mandiri, sehingga sangat resisten sekali penderita stroke non hemoragik (SNH) mengalami luka dekubitus. Pada penderita stroke non hemoragik (SNH), pasien mengalami kelumpuhan dan kecacatan pada bagian tubuh. Sehingga klien memiliki keterbatasan fisik, tidak mampu melakukan aktivitas sendiri dan harus ada keluarga yang membantu melakukan aktivitas.

Mengenai tentang aktivitas penderita stroke non hemoragik selalu bergantung pada perawat dan keluarga dalam melakukan kegiatan sehari-hari untuk memenuhi kebutuhan hidup. Sesuai dengan teori dari Hirarki Kebutuhan Maslow, penderita stroke non hemoragik (SNH) sangat membutuhkan kebutuhan fisiologi, keamanan, dimiliki dan cinta, harga diri, dan aktualisasi diri. Agar kebutuhan pasien stroke non hemoragik (SNH) terpenuhi kita sebagai perawat dapat melakukan upaya penatalaksanaan pemenuhan kebutuhan pada pasien. Sehingga pada keluarga dan penderita stroke non hemoragik (SNH) harus di ajarkan dan di berikan latihan bagaimana cara penatalaksanaan pada pasien terutama latihan mobilisasi. Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur.

Upaya ini untuk mencegah agar penderita tidak mengalami banyak komplikasi seperti tekanan darah yang tidak stabil akibat kehilangan kendali vasomotor, gangguan kemampuan sensorik,

aspirasi, kontraktur, kerusakan kulit, trombosis vena profunda, emboli paru, depresi (Bilotta, 2009).

Dengan pemberian latihan mobilisasi diharapkan keadaan penderita stroke non hemoragik (SNH) semakin membaik dan dapat melakukan aktivitas seperti semula. Sehingga penulis tertarik untuk membahas lebih dalam lagi tentang asuhan keperawatan dengan upaya pemenuhan mobilisasi pada pasien stroke non hemoragik(SNH) yang akan diterapkan.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah asuhan keperawatan dengan upaya pemenuhan mobilisasi pada pasien stroke non hemoragik (SNH) ?

1.3 Tujuan studi kasus

1.3.1 Menyusun resume asuhan keperawatan (pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, evaluasi) dalam upaya pemenuhan mobilisasi pada pasien stroke non hemoragik.

1.3.2 Mengidentifikasi manfaat upaya pemenuhan mobilisasi pada pasien stroke non hemoragik.

1.4 Manfaat studi kasus

a. Masyarakat

Meningkatkan pengetahuan masyarakat dalam upaya pemenuhan mobilisasi pada pasien stroke non hemoragik (SNH).

b. Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan

Menambah keluasaan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam upaya pemenuhan mobilisasi pada pasien stroke non hemoragik (SNH).

c. Penulis

Memperoleh pengalaman dalam mengimplementasikan prosedur upaya pemenuhan mobilisasi pada pasien stroke non hemoragik (SNH)

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada ruang lingkup di Rumah Sakit khususnya dalam upaya pemenuhan mobilisasi pada pasien penderita stroke non hemoragik (SNH).



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Stroke Non Hemoragik

2.1.1 Pengertian

Stroke adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan perubahan neurologis yang disebabkan oleh adanya gangguan suplai darah ke bagian otak. Dua jenis stroke yang utama adalah iskemik dan hemoragik. Stroke iskemik disebabkan oleh adanya penyumbatan akibat gumpalan aliran darah baik itu sumbatan karena trombosis (penggumpalan darah yang menyebabkan sumbatan di pembuluh darah) atau embolik (pecahan gumpalan darah/udara/benda asing yang berada dalam pembuluh darah sehingga dapat menyumbat pembuluh darah di otak) ke bagian otak. Perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang subarakhnoid adalah penyebab dari stroke hemoragik. Jumlah total stroke iskemik sekitar 83% dari seluruh kasus stroke. Sisanya sebesar 17% adalah stroke hemoragik (Black & Hawks, 2009).

Stroke adalah gangguan peredaran darah otak yang menyebabkan defisit neurologis mendadak sebagai akibat iskemia atau hemoragi sirkulasi saraf otak. Istilah stroke biasanya digunakan secara spesifik untuk menjelaskan infark serebrum. (Nurarif & Kusuma, 2015).

Stroke adalah gangguan sirkulasi darah yang terjadi secara tiba-tiba di otak. Penyebab kematian tersering urutan ketiga di Amerika Serikat. Menyerang 500.000 orang setiap tahun, dan menyebabkan kematian pada setengah individu yang menderita penyakit. Penyebab paling sering kecacatan neurologik, sekitar 50% penderita stroke yang selamat memiliki kecacatan yang permanen. Kekambuhan dapat terjadi dalam hitungan minggu, bulan, atau tahun dan dikenal sebagai cedera serebrovaskular atau brain attack (Bilotta, 2009).

Stroke merupakan berbagai gejala gangguan fungsi neurologis otak yang terjadi secara mendadak (Sayoga, 2013).

2.1.2 Etiologi

Penyebab stroke adalah gangguan suplai darah segar yang mengandung zat oksigen secara mendadak, yaitu disebabkan oleh: penyumbatan arteri oleh emboli, suatu benda padat yang mengalir di dalam plasma darah yang berasal dari bagian lain tubuh; thrombosis, suatu penyumbatan arteri di dalam otak yang diakibatkan oleh kerusakan dinding arteri yang dinamakan atherosclerosis; perdarahan atau hemoragi di dalam otak, perdarahan di dalam otak disebabkan oleh hipertensi, pecahnya aneurysma yaitu arteri yang dindingnya menipis dan lumennya membesar, dan oleh adanya tumor (Sayoga, 2013).

Stroke terjadi karena adanya penghambatan atau penyumbatan aliran sel-sel darah merah yang menuju ke jaringan otak, sehingga menyebabkan pembuluh darah otak menjadi tersumbat (ischemic stroke) atau pecah (haemorrhagic stroke) (Auryn, 2014).

Menurut (Black & Hawks, 2009) aliran darah ke otak bisa menurun dengan beberapa cara. Iskemia terjadi ketika suplai darah ke bagian otak terganggu atau tersumbat total. Kemampuan bertahan yang utama pada jaringan otak yang iskemik bergantung pada lama waktu kerusakan ditambah dengan tingkatan gangguan dari metabolisme otak. Iskemia biasanya terjadi karena trombosis lebih sering terjadi dibandingkan karena embolik.

Stroke bisa juga merupakan “pembuluh darah besar” dan “pembuluh darah kecil”. Stroke pada pembuluh darah besar disebabkan oleh adanya sumbatan pada arteri serebral utama, seperti pada karotid interna, serebral anterior, serebral media, serebral posterior, vertebral, dan arteri basilaris. Stroke pembuluh darah kecil terjadi pada pembuluh darah kecil yang merupakan cabang dari pembuluh darah besar yang masuk ke bagian lebih dalam bagian otak.

Penyebab stroke yaitu :

a. Trombosis

Penggumpalan (trombus) mulai terjadi dari adanya kerusakan pada bagian garis endotelial dari pembuluh darah. Aterosklerosis merupakan penyebab utama. Aterosklerosis menyebabkan zat lemak tertumpuk dan membentuk plak pada dinding pembuluh darah. Plak ini terus membesar dan menyebabkan penyempitan (stenosis) pada arteri. Stenosis menghambat aliran darah yang biasanya lancar pada arteri. Darah akan berputar-putar di bagian permukaan yang terdapat plak, menyebabkan penggumpalan yang akan melekat pada plak tersebut. Akhirnya rongga pembuluh darah tersumbat. Selain itu, penyumbatan dapat terjadi karena inflamasi pada arteri atau disebut arteritis atau vaskulitis.

Trombus bisa terjadi di semua bagian sepanjang arteri karotid atau pada cabang-cabangnya. Bagian yang biasa terjadi penyumbatan adalah pada bagian yang mengarah pada percabangan dari karotid utama ke bagian dalam dan luar dari arteri karotid. Stroke karena trombosis adalah tipe yang paling sering terjadi pada orang dengan diabetes.

Stroke lakunar adalah stroke pada pembuluh darah yang kecil. Bagian endotelium dari pembuluh darah kecil dipengaruhi sebagian besar oleh kondisi hipertensi, yang menyebabkan penebalan dari dinding pembuluh darah dan penyempitan. Infark lakunar juga sering terjadi pada penderita diabetes melitus.

b. Embolisme

Sumbatan pada arteri serebral yang disebabkan oleh embolus menyebabkan stroke embolik. Embolus terbentuk di bagian luar otak, kemudian terlepas dan mengalir melalui sirkulasi serebral sampai embolus tersebut melekat pada pembuluh darah dan menyumbat arteri. Embolus yang paling sering terjadi adalah plak. Trombus dapat terlepas dari arteri karotis bagian dalam pada bagian luka plak dan bergerak ke dalam sirkulasi serebral. Kejadian fibrilasi atrial kronik dapat berhubungan dengan tingginya kejadian stroke embolik, yaitu

darah terkumpul di dalam atrium yang kosong. Gumpalan darah yang sangat kecil terbentuk dalam atrium kiri dan bergerak menuju jantung dan masuk ke dalam sirkulasi serebral.

Pompa mekanik jantung buatan memiliki permukaan yang lebih kasar dibandingkan otot jantung yang normal dan dapat juga menyebabkan peningkatan risiko terjadinya penggumpalan. Endokarditis yang disebabkan oleh bakteri maupun yang nonbakteri dapat menjadi sumber terjadinya emboli. Sumber-sumber penyebab emboli lainnya adalah tumor, lemak, bakteri, dan udara. Emboli bisa terjadi pada seluruh bagian pembuluh darah serebral. Kejadian emboli pada serebral meningkat bersamaan dengan meningkatnya usia.

c. Perdarahan (Hemoragik)

Perdarahan intraserebral paling banyak disebabkan oleh adanya ruptur arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah yang bisa menyebabkan perdarahan ke dalam jaringan otak. Perdarahan intraserebral paling sering terjadi akibat dari penyakit hipertensi dan umumnya terjadi setelah usia 50 tahun. Akibat lain dari perdarahan adalah aneurisma. Aneurisma adalah pembengkakan pada pembuluh darah. Walaupun aneurisma serebral biasanya kecil (diameternya 2-6 mm), hal ini bisa menyebabkan ruptur. Diperkirakan sekitar 6% dari seluruh stroke disebabkan oleh ruptur aneurisma.

Stroke yang disebabkan oleh perdarahan sering kali menyebabkan spasme pembuluh darah serebral dan iskemik pada serebral karena darah yang berada di luar pembuluh darah membuat iritasi pada jaringan. Stroke hemoragik biasanya menyebabkan terjadinya kehilangan fungsi yang banyak dan penyembuhannya paling lambat dibandingkan dengan tipe stroke yang lain. Keseluruhan angka kematian karena stroke hemoragik berkisar antara 25% sampai 60%. Jumlah volume perdarahan merupakan satu-satunya prediktor yang paling penting untuk melihat kondisi klien. Oleh sebab itu, tidak mengherankan bahwa perdarahan pada otak penyebab paling fatal dari semua jenis stroke.

d. Penyebab lain

Spasme arteri serebral yang disebabkan oleh infeksi, menurunkan aliran darah ke arah otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang menyempit. Spasme yang berdurasi pendek tidak selamanya menyebabkan kerusakan otak yang permanen. Kondisi hiperkoagulasi adalah kondisi terjadi penggumpalan yang berlebihan pada pembuluh darah yang bisa terjadi pada kondisi kekurangan protein C dan protein S, serta gangguan aliran gumpalan darah yang dapat menyebabkan terjadinya stroke trombotik dan stroke iskemik. Tekanan pada pembuluh darah serebral bisa disebabkan oleh tumor, gumpalan darah yang besar, pembengkakan pada jaringan otak, perlukaan pada otak, atau gangguan lain. Namun, penyebab-penyebab tersebut jarang terjadi pada kejadian stroke.

Menurut (Bilotta, 2009) penyebab stroke stroke yaitu: trombotik serebral, penyebab stroke paling sering terjadi, dan mengalami obstruksi pembuluh darah di pembuluh ekstraserebral. Kemungkinan terjadi di area intraserebral; emboli serebral, merupakan penyebab utama stroke yang kedua. Biasanya disebabkan adanya riwayat penyakit jantung reumatik, endokarditis, penyakit valvular pasca-traumatik, aritmia jantung, dan pasca pembedahan jantung terbuka, perdarahan serebral; penyebab stroke yang ketiga disebabkan karena hipertensi kronis, aneurisma serebral, malformasi arteriovenosa.

Menurut (DiGiulio, 2007) stroke juga dikenal sebagai Cerebrovascular Accident (CVA) atau serangan otak. Persediaan darah diinterupsi untuk bagian tertentu dari otak, menyebabkan sel otak mati, ini mengakibatkan pasien kehilangan fungsi otak di dalam area yang terpengaruh. Gangguan pada umumnya disebabkan oleh suatu sumbatan pada aliran darah arterial (ischemic stroke), seperti pembentukan gumpalan darah, tetapi dapat pula disebabkan oleh kebocoran atau pecahnya pembuluh darah (hemorrhagic stroke). Suatu gumpalan darah dapat berkembang dari sepotong plak yang tidak stabil, atau suatu embolus yang berjalan dari bagian lain tubuh dan berhenti di pembuluh darah. Perdarahan mungkin terjadi sebagai

hasil dari trauma atau secara spontan, seperti pada hipertensi tak terkontrol. Ischemia terjadi ketika darah tidak cukup mencapai jaringan otak. Ini mengakibatkan kurangnya ketersediaan oksigen (hipoksia) dan glukosa (hipoglisemia) pada otak. Ketika gizi tidak tersedia untuk periode panjang, sel otak mati, menyebabkan suatu area infarkus. Defisit permanen diakibatkan oleh infarkus. Ada peningkatan risiko stroke pada pasien dengan sejarah hipertensi, diabetes mellitus, kolesterol tinggi, fibrilasi atrial, obesitas, merokok, atau penggunaan kontrasepsi secara oral. Pasien dapat juga mengalami Transient Ischemic Attack (TIA) di mana gejala diakibatkan oleh masalah temporer dengan darah mengalir ke suatu area khusus otak. Gejala mempunyai jangka waktu antara beberapa menit dan 24 jam.

Menurut (Nurarif & Kusuma, 2015) stroke dibagi menjadi dua jenis yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik. Stroke iskemik/ non hemoragik yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. 80% stroke adalah stroke iskemik. Stroke iskemik ini dibagi menjadi 3 jenis, yaitu : Stroke trombotik: proses terbentuknya thrombus yang membuat penggumpalan; Stroke embolik: tertutupnya pembuluh arteri oleh bekuan darah; Hipoperfusion Sistemik: berkurangnya aliran darah ke seluruh bagian tubuh karena adanya gangguan denyut jantung. Stroke hemoragik adalah stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak. Hampir 70% kasus stroke hemoragik terjadi pada penderita hipertensi. Stroke hemoragik ada 2 jenis, yaitu: Hemoragik Intracerebral: pendarahan yang terjadi di dalam jaringan otak; Hemoragik Subaraknoid: pendarahan yang terjadi pada ruang subaraknoid (ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak).

2.1.3 Tanda dan Gejala

Menurut (DiGiulio, 2007) tanda dan gejala stroke yaitu : Ketidakseimbangan mental, disorientasi, bingung, perubahan emosional, perubahan kepribadian, afasia (kesulitan berbicara; mungkin reseptif, ekspresif), kata-kata tidak jelas, perubahan sensori (paresthesia, perubahan visual, perubahan pendengaran), kekebasan

unilateral atau kelemahan pada wajah dan kaki-tangan, sakit kepala parah karena naiknya tekanan intrakranial akibat pendarahan, gejala-gejala TIA serupa namun durasinya singkat dan sembuh.

Menurut (Nurarif & Kusuma, 2015) beberapa tanda dan gejala stroke yaitu : tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan separo badan, tiba-tiba hilang rasa peka, bicara cadel atau pelo, gangguan bicara dan bahasa, gangguan penglihatan, mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai, gangguan daya ingat, nyeri kepala hebat, vertigo, kesadaran menurun, proses kencing terganggu, gangguan fungsi otak.

Menurut (Black & Hawks, 2009) tanda dan gejala stroke adalah tanda-tanda peringatan dini yang dikenal dengan sebutan serangan iskemik jangka pendek (TIA). Manifestasi dari iskemik stroke yang akan terjadi termasuk hemiparesis transien (tidak permanen), kehilangan kemampuan berbicara, dan kehilangan sensori setengah/hemisensori. Manifestasi-manifestasi dari stroke karena trombotik berkembang dalam hitungan menit ke hitungan jam sampai hari. Serangan yang lambat terjadi karena ukuran trombus terus meningkat. Pertama-tama terjadi sumbatan sebagian di pembuluh darah yang terkena kemudian menjadi total. Kebalikan dari stroke trombotik, yaitu manifestasi dari stroke embolik terjadi tiba-tiba dan tanpa peringatan awal. Stroke hemoragik juga terjadi sangat cepat, dengan manifestasi berkembang hanya dalam beberapa menit sampai beberapa jam. Manifestasi yang paling sering terjadi termasuk sakit kepala yang berasal dari bagian belakang leher, vertigo, atau kehilangan kesadaran karena hipotensi (sinkop), parastesia, paralisis sementara, epistaksis, dan perdarahan pada retina. Manifestasi gangguan harus ada lebih dari 24 jam untuk bisa di diagnosis sebagai stroke. TIA adalah gangguan neurologis yang utama yang berlangsung kurang dari 24 jam.

2.1.4 Komplikasi

Komplikasi yang muncul akibat stroke yaitu tekanan darah yang tidak stabil akibat kehilangan kendali vasomotor, ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, malnutrisi, infeksi, gangguan kemampuan

sensorik, penurunan tingkat kesadaran, aspirasi, kontraktur, kerusakan kulit, trombosis vena profunda, emboli paru, depresi (Bilotta, 2009).

Menurut (Nurarif& Kusuma, 2015) komplikasi stroke dibagi menjadi 3 yaitu :

a. Dini (0-48 jam pertama)

Edema serebri. Deficit neurologis cenderung memberat, dapat mengakibatkan peningkatan TIK, herniasi, dan akhirnya menimbulkan kematian infark miokard. Penyebab kematian mendadak pada stroke stadium awal.

b. Jangka pendek (1-14 hari)

Pneumonia akibat immobilisasi lama, infark miokard, emboli paru. Cenderung terjadi 7-14 hari pascastroke, sering kali terjadi pada saat penderita mulai mobilisasi. Stroke rekuren dapat terjadi pada setiap saat.

c. Jangka panjang (>14 hari)

Stroke rekuren, infark miokard, gangguan vaskuler lain : penyakit vaskuler perifer.

2.1.5 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada pasien stroke menurut (Rendy & TH, 2012) yaitu :

a. Demam

Demam dapat mengeksaserbasi cedera otak iskemik dan harus diobati secara agresif dengan antipiretik (asetaminofen) atau kompres dingin, jika diperlukan. Penyebab demam tersering adalah pneumonia aspirasi, lakukan kultur darah dan urine kemudian berikan antibiotik intravena secara empiris (sulbensilin, sepalosporin, dll) dan terapi akhir sesuai hasil kultur.

b. Nutrisi

Pasien stroke memiliki risiko tinggi untuk aspirasi. Bila pasien sadar penuh tes kemampuan menelan dapat dilakukan dengan memberikan satu sendok air putih kepada pasien dengan posisi setengah duduk dan kepala fleksi kedepan sampai dagu menyentuh dada, perhatikan pasien tersedak atau batuk dan apakah suaranya berubah (negative). Bila tes menelan negative

dan pasien dengan kesadaran menurun, berikan makanan enteral melalui pipa nasoduodenal ukuran kecil dalam 24 jam pertama setelah onset stroke.

c. Hidrasi intravena

Hipovolemia sering ditemukan dan harus dikoreksi dengan kristaloid isotonis. Cairan hipotonis (misalnya dekstrosa 5% dalam air, larutan NaCl 0,45%) dapat memperhebat edema serebri dan harus dihindari.

d. Glukosa

Hiperglikemia dan hipoglikemia dapat menimbulkan sksaserbasiiskemia. Walaupun relevansi klinis dari efek ini pada manusia belum jelas, tetapi para ahli sepakat bahwa hiperglikemia (kadar glukosa darah sewaktu >200 mg/dl) harus dicegah. Skala luncur (sliding scale) setiap 6 jam selama 3-5 hari sejak onset stoke.

e. Perawatan paru

Fisioterapi dada setiap 4 jam harus dilakukan untuk mencegah atelaksis paru pada pasien yang tidak bergerak.

f. Aktivitas

Pasien dengan stroke harus diimobilisasi dan harus dilakukan fisioterapi sedini mungkin bila kondisi klinis neurologist dan hemodinamika stabil. Untuk fisioterapi pasif pada pasien yang belum bergerak, perubahan posisi badan dan ekstremitas setiap 2 jam untuk mencegah dekubitus, latihan gerak sendi anggota badan secara pasif 4 kali sehari untuk mencegah kontraktur. Splin tumit untuk mempertahankan kaki dalam posisi dorsofleksi dan dapat juga mencegah pemendekan tendon Achilles. Posisi kepala 30 derajat dari derajat dari bidang horisontal untuk menjamin aliran darah yang adekuat ke otak dan aliran balik vena ke jantung, kecuali pada pasien hipotensi (posisi datar), pasien dengan muntah-muntah (dekubitus lateral kiri), pasien dengan gangguan jalan nafas (posisi kepala ekstensi). Bila kondisi memungkinkan, maka pasien harus

diimobilisasi aktif ke posisi tegak, duduk dan pindah ke kursi sesuai toleransi hemodinamika dan neurologist.

g. Neurorestorasi dini

Stimulasi sensorik, kognitif, memori, bahasa, emosi serta otak yang terganggu. Depresi dan amnesia juga harus dikenali dan diobati sedini mungkin.

h. Profilaksis trombosis vena dalam

Pasien stroke iskemik dengan imobilisasi lama yang tidak dalam pengobatan heparin intravena harus diobati dengan heparin 5000 unit atau fraksiparin 0,3 cc setiap 12 jam selama 5-10 hari untuk mencegah pembentukan thrombus dalam vena profunda, karena insidennya sangat tinggi. Terapi ini juga dapat diberikan dengan pasien perdarahan intraserebral setelah 72 jam sejak onset.

i. Perawatan vesika

Kateter urine menetap (kateter folay), sebaiknya dipakai hanya ada pertimbangan khusus (kesadaran menurun, demensia, afasia global). Pada pasien yang sadar dengan gangguan berkemih, kateterisasi intermiten secara steril setiap 6 jam lebih disukai untuk mencegah kemungkinan infeksi, pembentukan batu, dan gangguan sfingter vesika terutama pada pasien laki-laki yang mengalami retensi urine atau pasien wanita dengan inkontinensia atau retensio urine. Latihan vesika harus dilakukan bila pasien sudah sadar.

2.1.6 Asuhan keperawatan pada pasien stroke

a. Pengkajian

Pengkajian merupakan pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan, dan keperawatan pasien baik mental, sosial dan lingkungan. (Kapan pengkajian dilakukan, jam berapa, siapa yang melakukan, data diperoleh dari pasien, keluarga, catatan medik, perawat, dokter atau tim kesehatan lain)

1.) Identitas Diri Klien

Identitas pasien: nama, umur, jenis kelamin, status perkawinan, agama, pendidikan, pekerjaan, suku bangsa, tanggal masuk RS, No. CM, alamat; Penanggung jawab: nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat.

2.) Riwayat Kesehatan

Keluhan utama (keluhan yang dirasakan pasien saat dilakukan pengkajian), riwayat kesehatan sekarang (riwayat yang diderita pasien saat masuk rumah sakit), riwayat kesehatan yang lalu (riwayat penyakit yang sama atau penyakit lain yang pernah di derita oleh pasien), riwayat kesehatan keluarga (adakah riwayat penyakit yang sama diderita oleh anggota keluarga yang lain atau riwayat penyakit lain baik bersifat genetik maupun tidak).

3.) Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum, pemeriksaan persistem (sistem persepsi & sensori, sistem persarafan, sistem pernafasan, sistem kardiovaskuler, sistem gastrointestinal, sistem integumen, sistem reproduksi, sistem perkemihan).

4.) Pola Fungsi Kesehatan

Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan, pola aktifitas dan latihan, pola nutrisi dan metabolisme, pola eliminasi, pola tidur dan istirahat, pola kognitif dan perceptual, pola diri/konsep diri, pola toleransi dan coping stress, pola seksual reproduktif, pola hubungan dan peran, pola nilai dan keyakinan.

2.1.7 Diagnosa

Diagnosa keperawatanyang mungkin muncul pada pasien dengan stroke adalah :

- a. Perfusi jaringan tidak efektif (spesifik : serebral) b/d aliran arteri terhambat.
- b. Kerusakan mobilitas fisik b/d kerusakan muskuloskeletal & neurovaskuler.

- c. Kurang perawatan diri : mandi, berpakaian, makan, toileting b/d tidak berfungsinya anggota gerak.

(Rendy & TH, 2012).

2.1.8 Perencanaan

- a. Intervensi diagnosa perfusi jaringan tidak efektif (spesifik : serebral) b/d aliran arteri terhambat.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam maka diharapkan perfusi jaringan tidak efektif dapat teratasi.

Kriteria hasil :

- 1.) Tekanan darah dalam batas-batas yang dapat diterima.
- 2.) Tidak ada keluhan sakit kepala, pusing.
- 3.) Nilai laboratorium dalam batas-batas normal.
- 4.) Tanda-tanda vital stabil.

Intervensi :

- a.) Monitor tekanan darah tiap 4 jam, nadi apical dan neurologis tiap 10 menit. Rasional : untuk mengevaluasi perkembangan penyakit dan keberhasilan terapi.
- b.) Pertahankan tirah baring pada posisi semi fowler sampai tekanan darah dipertahankan pada tingkat yang dapat diterima. Rasional : tirah baring membantu menurunkan kebutuhan oksigen, posisi duduk meningkatkan aliran darah arteri pada hipertensi menyebabkan peningkatan darah pada arteri.
- c.) Pantau data laboratorium misal : GDA, kreatinin. Rasional : indikator perfusi atau fungsi organ.
- d.) Anjurkan tidak menggunakan rokok atau nikotin. Rasional : meningkatkan vasokonstriksi.
- e.) Kolaborasi pemberian obat-obatan antihipertensi misal golongan inhibitor simpa (propranolol, atenolol), golongan vasodilator (hidralazin). Rasional : golongan inhibitor secara umum menurunkan tekanan darah melalui efek kombinasi penurunan tahanan perifer, menurunkan curah jantung, menghambat syaraf

simpatis, dan menekan pelepasan rennin. Golongan vasodilator berfungsi untuk merilekkan otot polos vaskuler.

- b. Intervensi diagnosa kerusakan mobilitas fisik b/d kerusakan muskuloskeletal & neurovaskuler.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam maka diharapkan kerusakan mobilitas fisik dapat teratasi

Kriteria Hasil :

- 1.) Kerusakan kulit terhindar, tidak ada kontraktur dan footdrop.
- 2.) Klien berpartisipasi dalam program latihan.
- 3.) Klien mencapai keseimbangan saat duduk.
- 4.) Klien mampu menggunakan sisi tubuh yang tidak sakit untuk kompensasi hilangnya fungsi pada sisi yang hemiplegi.

Intervensi :

- a.) Berikan posisi yang benar. Rasional : pemberian posisi yang benar penting untuk mencegah kontraktur, meredakan tekanan, membantu kesejajaran tubuh yang baik, mencegah neuropati kompresif, khususnya terhadap saraf ulnar dan pironeal.
- b.) Berikan posisi tidur yang tepat. Rasional : mempertahankan posisi tegak ditempat tidur dalam periode yang lama akan memperberat deformitas fleksi panggul dan pembentukan dekubitus disakrum.
- c.) Berikan papan kaki. Rasional : digunakan sesuai interval selama periode flaksid setelah stroke untuk mempertahankan kaki pada sudut yang benar terhadap tungkai ketiak pasien pada posisi terlentang. Hal ini mencegah footdrop dan korda tumit menjadi pendek akibat kontraktur otot gastroknemius.
- d.) Cegah adduksi bahu. Rasional : membantu mencegah edema dan fibrosis yang akan mencegah rentang gerak

normal bila pasien telah dapat melakukan kontrol lengan.

e.) Atur posisi tangan dan jari

Jari-jari diposisikan sedikit fleksi, tangan ditempatkan agak supinasi. Rasional : posisi tangan dan jari yang fungsional dapat mencegah edema tangan.

f.) Ubah posisi pasien setiap 2 jam

Rasional : pemberian posisi ini penting untuk mengurangi tekanan dan mengubah posisi dengan sering untuk mencegah pembentukan dekubitus.

g.) Latihan rom (range of motion) 4 s/d 5 kali sehari.

Rasional : latihan bermanfaat untuk mempertahankan mobilitas sendi, mengembalikan control motorik, mencegah terjadinya kontraktur pada ekstremitas yang mengalami paralysis, mencegah bertambah buruknya system neurovaskuler dan meningkatkan terjadinya statis vena yang dapat mengakibatkan adanya trombus dan emboli paru.

h.) Siapkan pasien untuk ambulasi.

Rasional : untuk mempertahankan keseimbangan saat duduk dan saat berdiri.

c. Intervensi diagnosakurang perawatan diri : mandi, berpakaian, makan, toileting b/d tidak berfungsinya anggota gerak.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam maka diharapkan kurang perawatan diri dapat teratasi.

Kriteria hasil :

- 1.) Pasien dapat merawat diri berpakaian.
- 2.) Pasien dapat merawat diri mandi.
- 3.) Pasien dapat merawat diri makan.
- 4.) Pasien dapat merawat diri toileting

Intervensi :

- a.) Kaji kemampuan klien untuk perawatan diri.

- b.) Pantau kebutuhan klien untuk alat bantu dalam mandi, berpakaian, makan, toileting.
- c.) Berikan bantuan hingga klien sepenuhnya dapat mandiri.
- d.) Dukung klien untuk menunjukkan aktivitas normal sesuai kemampuan.
- e.) Libatkan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri klien.

2.1.9 Pelaksanaan

Pelaksanaan (tindakan) keperawatan pada pasien stroke dengan kebutuhan mobilisasi menurut (DiGiulio, 2007) adalah pemberian TPA (Thromoblytic Agent) dalam 3 jam setelah gejala serangan, kecuali kontraindikasi, memberikan antikoagulan untuk pasien dengan ischemic stroke setelah penggunaan TPA (heparin, warfarin, aspirin, low-molecular weight heparin), memberikan kortikosteroid untuk mengurangi adhesitas keping darah, digunakan untuk mencegah terjadinya stroke kembali, terapi bicara untuk membantu berbicara dan menelan, terapi fisik untuk membantu menjaga kekencangan otot atau pengembalian fungsi, istirahat total untuk mengurangi kemungkinan cedera, stenting arteri kepala (karotid) untuk menjaga aliran darah, pemberian nutrisi yang tepat dengan jenis makanan yang tepat untuk pasien, occupational therapy untuk membantu mendapatkan kembali fungsi.

Menurut (Black & Hawks, 2009) pelaksanaan keperawatan pada pasien stroke dengan kebutuhan mobilisasi adalah dengan fisioterapi dapat membantu klien membangun kekuatan dan mempertahankan rentang gerak (range of motion[ROM]) dan tonus otot di bagian otot yang tidak terkena stroke, melatih kembali otot yang terkena stroke, melatih keseimbangan dan keterampilan untuk kemampuan merasakan posisi, lokasi, dan orientasi, serta gerakan dari

tubuh dan bagian-bagiannya; menggunakan terapi okupasi untuk mempelajari kembali pada aktivitas sehari-hari, untuk menggunakan alat bantu yang bisa meningkatkan kemandirian; menggunakan terapi bicaraagar membantu perkembangan klien dan penyembuhan bicara dalam jumlah maksimum melalui belajar kembali, penekanan pada bunyi bicara, atau penggunaan alat komunikasi alternatif.

Dalam hal ini instrumen studi kasus penelitian menggunakan lembar observasi upaya pemenuhan mobilisasi. Lembar observasi digunakan untuk menilai responden dari hari ke-1 sampai ke-3 dengan prosedur yang sudah diberikan.

2.1.1.0 Evaluasi

Menurut (Smeltzer & Bare, 2002)

- a. Mencapai peningkatan mobilisasi
 - 1.) Kerusakan kulit terhindar
 - 2.) Berpartisipasi dalam program latihan
 - 3.) Mencapai keseimbangan saat duduk
 - 4.) Penggunaan sisi tubuh yang tidak sakit untuk kompensasi hilangnya fungsi pada sisi yang hemiplegia.
- b. Tidak mengeluh adanya nyeri bahu
 - 1.) Adanya mobilitas bahu, latihan bahu.
 - 2.) Lengan dan tangan dinaikan sesuai dengan interval.
- c. Dapat merawat diri dalam bentuk perawatan kebersihan dan menggunakan adaptasi terhadap alat-alat.
- d. Pembuangan kandung kemih dapat diatur
- e. Berpartisipasi dalam program meningkatkan kognitif
- f. Adanya peningkatan komunikasi
Mempertahankan kulit yang utuh tanpa adanya kerusakan, memperlihatkan turgor kulit tetap normal dan berpartisipasi dalam aktivitas membalikkan tubuh dan posisi.

- g. Anggota keluarga memperlihatkan tingkah laku yang positif dan menggunakan mekanisme koping.
 - 1.) Mendukung program latihan.
 - 2.) Turut aktif ambil bagian dalam proses rehabilitasi.
- h. Tidak terjadi komplikasi
 - 1.) Tekanan darah dan kecepatan jantung dalam batas normal untuk pasien.
 - 2.) Gas darah arteri dalam batas normal.

2.2.0 Mobilisasi

2.2.1 Pengertian mobilisasi ini

Mobilisasi adalah kemampuan untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya (Hidayah dan Uliyah, 2014).

2.2.2 Jenis mobilisasi

Menurut (Hidayat dan Uliyah, 2014)

- a. Mobilisasi penuh, merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi sosial dan menjalankan peran sehari-hari. Mobilisasi penuh ini merupakan fungsi saraf motorik volunter dan sensoris untuk dapat mengontrol seluruh are tubuh seseorang.
- b. Mobilisasi sebagian permanen, merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang menetap. Hal tersebut disebabkan oleh rusaknya sistem saraf yang reversibel, contohnya terjadi hemiplegia karena stroke, paraplegi karena cedera tulang belakang, poliomyelitis karena terganggunya sistem saraf motorik dan sensoris.

2.2.3 Faktor- faktor yang mempengaruhi mobilisasi

Menurut (Hidayat dan Uliyah, 2014) Mobilitas seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya adalah sebagai berikut :

- a. Gaya hidup. Perubahan gaya hidup dapat memengaruhi mobilitas seseorang, karena gaya hidup berdampak pada perilaku atau kebiasaan sehari-hari.
- b. Proses penyakit atau cedera (injury). Proses penyakit dapat memengaruhi fungsi sistem tubuh. sebagai contoh, orang yang menderita fraktur femur akan mengalami keterbatasan pergerakan pada ekstremitas bagian bawah.
- c. Kebudayaan. Kemampuan melakukan mobilitas dapat juga dipengaruhi oleh kebudayaan. Sebagai contoh, orang memiliki budaya sering berjalan jauh memiliki kemampuan mobilitas yang kuat, sebaliknya ada orang yang mengalami gangguan mobilitas (sakit) karena adat dan budaya tertentu dilarang untuk beraktivitas.
- d. Tingkat energi seseorang. Energi adalah sumber melakukan mobilitas agar seseorang dapat melakukan mobilitas dengan baik, dibutuhkan energi yang cukup.

2.2.4 Manfaat Mobilisasi bagi penderita stroke

Menurut (Potter & Perry, 2005) manfaat dari ROM adalah

- a. Menentukan nilai kemampuan sendi tulang dan otot dalam melakukan pergerakan.
- b. Mengkaji tulang, sendi, dan otot.
- c. Mencegah terjadinya kekakuan sendi.
- d. Memperlancar sirkulasi darah.
- e. Memperbaiki tonus otot.
- f. Meningkatkan mobilisasi sendi.
- g. Memperbaiki toleransi otot untuk latihan.

2.2.5 Indikasi

Menurut(Potter & Perry, 2005) indikasi ROM adalah

- a. Indikasi ROM Aktif
 - 1.) Pada saat pasien dapat melakukan kontraksi otot secara aktif dan menggerakkan ruas sendinya baik dengan bantuan atau tidak.

- 2.) Pada saat pasien memiliki kelemahan otot dan tidak dapat menggerakkan persendian sepenuhnya, digunakan A-AROM (Active-AssistiveROM, adalah jenis ROM Aktif yang mana bantuan diberikan melalui gaya dari luar apakah secara manual atau mekanik, karena otot penggerak primer memerlukan bantuan untuk menyelesaikan gerakan).
 - 3.) ROM Aktif dapat digunakan untuk program latihan aerobik.
 - 4.) ROM Aktif digunakan untuk memelihara mobilisasi ruas di atas dan dibawah daerah yang tidak dapat bergerak.
- b. Indikasi ROM Pasif
- 1.) Pada daerah dimana terdapat inflamasi jaringan akut yang apabila dilakukan pergerakan aktif akan menghambat proses penyembuhan.
 - 2.) Ketika pasien tidak dapat atau tidak diperbolehkan untuk bergerak aktif pada ruas atau seluruh tubuh, misalnya keadaan koma, kelumpuhan atau bed rest total.

2.2.6 Kontra indikasi

Kontraindikasi dan hal-hal yang harus diwaspadai pada latihan ROM menurut (Carpenito, 2009) yaitu:

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

1.) PROM dilakukan secara hati-hati pada sendi-sendi besar, sedangkan AROM pada sendi ankle dan kaki untuk meminimalisasi venous stasis dan pembentukan trombus.

2.) Pada keadaan setelah infark miokard, operasi arteri koronaria, dan lain-lain, AROM pada ekstremitas atas masih dapat diberikan dalam pengawasan yang ketat.

2.2.7 Teknik Prosedur

- a. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan.
- b. Posisikan klien nyaman mungkin.
- c. Ajarkan latihan mobilisasi
- d. Fleksi dan Ekstensi Pergelangan Tangan

Cara :

- 1.) Atur posisi lengan pasien dengan menjauhi sisi tubuh dan siku menekuk dengan lengan.
- 2.) Pegang tangan pasien dengan satu tangan dan tangan yang lain memegang pergelangan tangan pasien.
- 3.) Tekuk tangan pasien ke depan sejauh mungkin.

- e. Fleksi dan Ekstensi Siku

Cara :

- 1.) Atur posisi lengan pasien dengan menjauhi sisi tubuh dengan telapakmengarah ke tubuhnya.
- 2.) Letakkan tangan di atas siku pasien dan pegang tangannya mendekat bahu.
- 3.) Lakukan dan kembalikan ke posisi sebelumnya.

- f. Pronasi dan Supinasi Lengan Bawah

Cara :

- 1.) Atur posisi lengan bawah menjauhi tubuh pasien dengan siku menekuk.
- 2.) Letakkan satu tangan perawat pada pergelangan pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.
- 3.) Putar lengan bawah pasien sehingga telapaknya menjauhinya.
- 4.) Kembalikan ke posisi semula.

5.) Putar lengan bawah pasien sehingga telapak tangannya menghadap ke arahnya.

6.) Kembalikan ke posisi semula.

g. Pronasi Fleksi Bahu

Cara :

1.) Atur posisi tangan pasien disisi tubuhnya.

2.) Letakkan satu tangan perawat di atas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.

3.) Angkat lengan pasien pada posisi semula.

h. Abduksi dan Adduksi Bahu

Cara :

1.) Atur posisi lengan pasien di samping badannya.

2.) Letakkan satu tangan perawat di atas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.

3.) Gerakkan lengan pasien menjauh dari tubuhnya ke arah perawat (Abduksi).

4.) Gerakkan lengan pasien mendekati tubuhnya (Adduksi)

5.) Kembalikan ke posisi semula.

i. Rotasi Bahu

Cara :

1.) Atur posisi lengan pasien menjauhi tubuh dengan siku menekuk.

2.) Letakkan satu tangan perawat di lengan atas pasien dekat siku dan pegang tangan pasien dengan tangan yang lain.

3.) Gerakkan lengan bawah ke bawah sampai menyentuh tempat tidur, telapak tangan menghadap ke bawah.

4.) Kembalikan posisi lengan ke posisi semula.

5.) Gerakkan lengan bawah ke belakang sampai menyentuh tempat tidur, telapak tangan menghadap ke atas.

6.) Kembalikan lengan ke posisi semula.

j. Fleksi dan Ekstensi Jari-Jari

Cara :

- 1.) Pegang jari-jari kaki pasien dengan satu tangan, sementara tangan lain memegang kaki.
- 2.) Bengkokkan (tekuk) jari-jari kaki ke bawah
- 3.) Luruskan jari-jari kemudian dorong ke belakang.
- 4.) Kembalikan ke posisi semula.

k. Infersi dan efersi kaki

Cara :

- 1.) Pegang separuh bagian atas kaki pasien dengan satu jari dan pegang pergelangan kaki dengan tangan satunya.
- 2.) Putar kaki ke dalam sehingga telapak kaki menghadap ke kaki lainnya.
- 3.) Kembalikan ke posisi semula
- 4.) Putar kaki keluar sehingga bagian telapak kaki menjauhi kaki yang lain.
- 5.) Kembalikan ke posisi semula.

l. Fleksi dan ekstensi pergelangan Kaki

Cara :

- 1.) Letakkan satu tangan perawat pada telapak kaki pasien dan satu tangan yang lain di atas pergelangan kaki. Jaga kaki lurus dan rilek.
- 2.) Tekuk pergelangan kaki, arahkan jari-jari kaki ke arah dada pasien.
- 3.) Kembalikan ke posisi semula.
- 4.) Tekuk pergelangan kaki menjauhi dada pasien.

m. Fleksi dan Ekstensi lutut.

Cara :

- 1.) Letakkan satu tangan di bawah lutut pasien dan pegang tumit pasien dengan tangan yang lain.
- 2.) Angkat kaki, tekuk pada lutut dan pangkal paha.
- 3.) Lanjutkan menekuk lutut ke arah dada sejauh mungkin.
- 4.) Kebawahkan kaki dan luruskan lutut dengan mengangkat kaki ke atas.

- 5.) Kembali ke posisi semula.
- n. Rotasi pangkal paha
- Cara :
- 1.) Letakkan satu tangan perawat pada pergelangan kaki dan satu tangan yang lain di atas lutut.
 - 2.) Putar kaki menjauhi perawat.
 - 3.) Putar kaki ke arah perawat.
 - 4.) Kembalikan ke posisi semula.
- o. Abduksi dan Adduksi pangkal paha.
- Cara :
- 1.) Letakkan satu tangan perawat di bawah lutut pasien dan satu tangan pada tumit.
 - 2.) Jaga posisi kaki pasien lurus, angkat kaki kurang lebih 8 cm dari tempat tidur, gerakkan kaki menjauhi badan pasien.
 - 3.) Gerakkan kaki mendekati badan pasien.
 - 4.) Kembalikan ke posisi semula.

(Perry, 2005)

BAB 3

METODOLOGI KASUS

3.1 Rancangan Studi Kasus

Studi kasus dilakukan dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui suatu kasus dengan menggunakan bentuk rancangan *one group pretest posttest*. Ciri tipe penelitian ini adalah tidak ada kelompok pembanding (kontrol), tetapi paling tidak sudah dilakukan observasi pertama (*pretest*) yang memungkinkan menguji perubahan-perubahan yang terjadi setelah adanya eksperimen (program) (Notoatmodjo, 2012).

Metode penulisan dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini menggunakan metode deskriptif yang menggambarkan studi kasus. Metode deskriptif adalah mendeskripsikan peristiwa-peristiwa yang dilakukan secara sistematis dan menekan pada data faktual dari pada penyimpulan. Fenomena yang terjadi di dalam suatu populasi tertentu untuk membuat penilaian terhadap suatu kondisi dan penyelenggaraan suatu program di masa sekarang, kemudian hasilnya digunakan untuk menyusun perencanaan perbaikan program tersebut (Notoatmodjo, 2012).

Jenis studi kasus ini menggunakan asuhan keperawatan dengan upaya pemenuhan mobilisasi pada pasien stroke non hemoragik.

3.2 Subjek Studi Kasus

Pasien Stoke Non Hemoragik (SNH) dengan jumlah total pasien atau responden 2

Kriteria inklusi adalah (1) pasien imobilisasi (2) pasien dengan GCS ringan/sedang (3) pasien bedrest total (4) kriteria umur 35-70 tahun.

Kriteria eksklusi adalah (1) Pasien dengan gangguan pendengaran (2) pasien dengan amputasi (3) pasien dengan gangguan penglihatan.

3.3 Fokus Studi

Fokus studi pada studi kasus ini adalah upaya pemenuhan mobilisasi pada pasien stroke non hemoragik (SNH).

3.4 Definisi Operasional

a. Upaya pemenuhan

Kebutuhan adalah suatu keadaan atau situasi yang di dalamnya terdapat sesuatu yang perlu atau ingin di penuhi (Morris, 76:878)

b. Mobilisasi

Mobilisasi adalah kemampuan untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya. Tindakan mobilisasi yang diberikan yaitu mengubah posisi pasien setiap 2 jam sekali, dan memberikan latihan ROM 4-5 kali sehari (Rendy & TH, 2012).

c. Pasien stroke non hemoragik (SNH)

Pasien stroke non hemoragik yaitu pasien mengalami stroke yang terjadi akibat terdapat sumbatan bekuan darah dalam pembuluh darah di otak atau arteri yang menuju ke otak. Pada pasien ini biasanya terjadi kelumpuhan atau kelemahan pada bagian ekstremitas atau anggota badan, gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan, afasia, disartria (Rendy & TH, 2012).

3.5 Instrumen Studi Kasus

Instrumen yang di gunakan pada studi kasus ini menggunakan lembar observasi. Lembar observasi digunakan untuk menilai responden dari hari ke-1 sampai ke-3 dengan prosedur pedoman yang sudah dibuat.

3.6 Tempat dan Waktu

Studi kasus dilakukan di RSUD KRMT Wongsonegoro di ruang Yudhistirapada tanggal 12-14 Februari 2018.

3.7 Pengumpulan Data

Pengumpulan data ini dimulai setelah peneliti mendapatkan ijin dari pihak Institusi Akademi Keperawatan Widya Husada Semarang dan ijin dari CI (*Clinical Instructur*) dari ruangan tempat peneliti melakukan penelitian di RSUD KRMT Wongsonegoro.

Tehnik pengambilan *sampling* dilakukan secara aksidental (*accidental*), dengan mengambil kasus atau responden yang kebetulan ada di suatu tempat sesuai konteks penelitian (Notoatmojo, 2010).

Subjek penelitian adalah pasien SNH yang akan dilakukan mobilisasi yang sedang menjalani rawat inap di RSUD KRMT Wongsonegoro yang telah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Pasien yang akan di jadikan sebagai responden adalah terbatas hanya 2 orang responden (sebagai kelompok perlakuan).

Dalam hal ini peneliti perlu menjelaskan tentang metode pengumpulan data meliputi :

- a. Metode observasi partisipasif, dalam hal ini peneliti harus membuat lembar observasi dengan merinci aspek-aspek yang akan diobservasi.
- b. Metode wawancara tak terstruktur, dalam hal ini peneliti juga menyusun pedoman wawancara yang akan dilakukan pada pasien.
- c. Metode pengukuran, dalam hal ini peneliti melakukan tes yang berkaitan dengan masalah yang ditelitinya (misalnya: mengukur kecemasan, nyeri, tingkat pengetahuan, dll).

d. Metode dokumentasi, apabila ingin memperoleh data tentang kondisi pasien atau riwayat perawatan sebelumnya dapat mengambil data dokumen.

Sebelum melakukan penelitian peneliti mencari pasien yang sesuai dalam kriteria inklusi. Pertama-tama, peneliti harus mengobservasi tingkat GCS klien kemudiatingkat aktivitas dan skala kekuatan otot kepada 2 responden tersebut dengan pengkajian GCS , tingkat aktivitas dan kekuatan otot. (Kemudian melakukan observasi GCS,tingkat aktivitas dan kekuatan otot klien).

Setelah menemukan pasien yang sesuai dengan kriteria inklusi, peneliti melakukan pendekatan dan memperkenalkan diri dengan baik dan sopan kepada responden untuk mendapatkan persetujuan sebagai responden. Lalu memberikan penjelasan kepada responden mengenai penelitian yang akan dilakukan, tujuan penelitian, prosedur intervensi yang akan diberikan kepada pasien serta manfaatnya. Apabila pasien bersedia menjadi responden dalam penelitian tersebut. Peneliti akan memberikan *Informed Consent* atau surat persetujuan sebagai bukti resmi bahwa pasien tersebut bersedia dengan senang hati atau tanpa paksaan untuk menjadi responden dalam penelitian tersebut. Selanjutnya peneliti membuat kontrak waktu dan tempat pelaksanaan dengan pasien untuk disetujui bersama.

Setelah itu peneliti dapat melakukan pengkajian untuk mendapatkan data subjektif maupun objektif. Kemudian peneliti akan melakukan observasi pada klien saat dilakukan mobilisasi. Kemudian peneliti menerapkan implementasi yaitu setiap 2 jam sekali peneliti mengubah posisi tidur klien dan melakukan latihan ROM 4-5 kali sehari. Setelah penerapan mobilisasi peneliti kembali mengobservasi tingkat aktivitas dan skala kekuatan otot agar dapat memberikan perbandingan hasil dari

sebelum dan sesudah diberikan upaya pemenuhan mobilisasi. Kemudian peneliti akan mencatat hasil dari observasi dan penerapan tersebut dalam lembar observasi yang telah disediakan peneliti.

Setelah selesai melakukan observasi tingkat aktivitas dan skala kekuatan otot peneliti berpamitan dan membuat kontrak waktu kembali dengan klien untuk dilakukan tindakan yang sama dan setiap harinya akan tetap dilakukan observasi penilaian tingkat aktivitas dan skala kekuatan otot sebelum dan sesudah diberikan upaya pemenuhan mobilisasi. Setelah peneliti mendapatkan data observasi dari ke 2 responden, selanjutnya di evaluasi dan dibandingkan mengenai hasil dari nilai tingkat aktivitas dan skala kekuatan otot untuk menyimpulkan ada atau tidaknya pengaruh dalam upaya pemenuhan mobilisasi.

3.8 Penyajian Data

Data statistik perlu disajikan dalam bentuk yang mudah dibaca dan dimengerti. Tujuannya adalah memberikan informasi dan memudahkan interpretasi hasil analisis. Secara garis besar ada tiga cara yang sering dipakai untuk penyajian data, yaitu tulisan, tabel, dan diagram. Penyajian data studi kasus ini disajikan secara tulisan atau narasi (tekstular) untuk menyajikan data mulai dari pengambilan data sampai kesimpulan. Dan tabel atau daftar (tabular) yaitu penyajian dalam bentuk angka (data *numeric*) yang disusun dalam kolom dan baris dengan tujuan untuk menunjukkan frekuensi kejadian dalam kategori yang berbeda (Setiadi, 2007).

Penyajian data studi kasus penelitian ini disajikan dalam bentuk format pengkajian, lembar observasi.

3.9 Etika Studi Kasus

Etika studi kasus menurut Setiadi (2007) setiap penelitian yang menggunakan subyek manusia harus mengikuti aturan etik

dalam hal ini adalah persetujuan. Etika yang perlu dituliskan pada penelitian antara lain adalah: *Informed consent* (lembar persetujuan), *anonymity* (tanpa nama), dan *confidentiality* (kerahasiaan).

Masalah etika studi kasus meliputi :

c. Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

Lembar persetujuan ini diberikan dan dijelaskan kepada responden yang akan diteliti yang memenuhi kriteria inklusi dan disertai judul penelitian serta manfaat penelitian dengan tujuan responden dapat mengerti maksud dan tujuan penelitian. Bila subyeknya menolak maka peneliti tidak memaksa tetap menghormati hak-hak subyek.

d. Tanpa Nama (*Anonymity*)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas subyek, peneliti tidak akan mencantumkan nama subyek pada lembar pengumpulan data yang diisi subyek, tetapi lembar tersebut hanya diberi kode tertentu.

i. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi responden dijamin peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil

Pengkajian pada pasien 1 dilakukan pada tanggal 12 Februari 2018 di bangsal Yudhistira di RSUD KRMT Wongsonegoro Semarang didapatkan data dengan teknik wawancara dengan klien, observasi langsung, didapatkan data identitas umum Tn.B adalah seorang bapak berumur 67 tahun, jenis kelamin laki-laki, beragama islam, suku bangsa Jawa, pendidikan SMA, pekerjaan swasta, status perkawinan menikah, diagnosa medis suspect SNH (Stroke Non Hemoragik) , tingkat kesadaran GCS (Glasgow Coma Scale) E : 4, V : 5, M : 6. Keluhan utama pada Tn.B mengatakan anggota gerak ekstremitas atas dan bawah bagian kanan lemah untuk digerakkan. Riwayat penyakit sekarang Tn.B mengatakan pada tanggal 11 Februari 2018 pukul 21.00 WIB saat ingin bangun klien merasa anggota gerak ekstremitas atas dan bawah bagian kanan lemah untuk digerakan, pusing dan terjatuh saat ingin beranjak dari tempat tidur. Kemudian keluarga membawa Tn.B ke Rumah Sakit pada pukul 21.43 WIB. Pemeriksaan tanda-tanda vital, tekanan darah : 150/90 mmHg, N : 80 x/mnt, suhu : 36,7⁰C, RR : 22 x/mnt . Riwayat perawatan dan kesehatan dahulu Tn.B mengatakan tahun 2017, satu minggu sebelum lebaran klien di rawat di Rumah Sakit dengan Stroke Non Hemoragik. Riwayat kesehatan keluarga klien adalah klien tidak mempunyai penyakit keturunan seperti Hipertensi, Diabetes Millitus, Jantung dan penyakit menular lainnya.

Data hasil pengkajian pada pasien 1 : data subyektif : Tn.B mengatakan anggota gerak bagian kanan lemah untuk melakukan aktivitas harus dibantu oleh orang lain. Data obyektif : ditemukan skala kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah bagian kanan yaitu (2) gerakan otot penuh melawan gravitasi dengan topangan sedangkan ekstremitas kiri atas dan bawah (skala 5) gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan tahanan penuh, tingkat aktivitas klien yaitu (4) klien sangat tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi

dalam perawatan. Berdasarkan data subyektif dan obyektif pada Tn.B, maka ditegakkan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler. Intervensi yang dapat dirumuskan untuk mengatasi hambatan mobilitas fisik selama 3 x 24 jam yaitu : 1.) berikan posisi yang benar, 2.) berikan posisi tidur yang tepat, 3.) cegah aduksi bahu, 4.) ubah posisi klien dan mendelegasikan kepada keluarga untuk melakukan ubah posisi setiap 2 jam selama 24 jam, 5.) latihan ROM (Range Of Motion) 4 s/d 5 kali sehari. Implementasi yang diberikan pada hari (pertama) : memberikan posisi yang benar pada klien, memberikan posisi tidur yang tepat untuk klien, memberikan posisi yang tepat untuk mencegah adanya adduksi bahu pada klien, mengubah posisi klien setiap 2 jam serta memberikan edukasi kepada keluarga untuk dapat melakukan ubah posisi pada klien, melakukan latihan ROM pada semua ekstremitas klien 4-5 kali sehari. Dalam intervensi saya menekankan pada hambatan mobilitas fisik dilakukan pemenuhan mobilitas dengan mengubah posisi klien setiap 2 jam.

Implementasi yang diberikan pada hari (kedua) : memberikan posisi yang benar pada klien, memberikan posisi tidur yang tepat untuk klien, memberikan posisi yang tepat untuk mencegah adanya adduksi bahu pada klien, mengubah posisi klien setiap 2 jam serta memberikan edukasi kepada keluarga untuk dapat melakukan ubah posisi pada klien sesuai dengan jadwal yang telah diberikan, melakukan latihan ROM pada semua ekstremitas klien 4-5 kali sehari.

Implementasi yang diberikan pada hari (ketiga) : memberikan posisi yang benar pada klien, memberikan posisi tidur yang tepat untuk klien, memberikan posisi yang tepat untuk mencegah adanya adduksi bahu pada klien, mengubah posisi klien setiap 2 jam serta memberikan edukasi kepada keluarga untuk dapat melakukan ubah posisi pada klien sesuai dengan jadwal yang telah diberikan, melakukan latihan ROM pada semua ekstremitas klien 4-5 kali sehari.

Tindakan yang diberikan pada Tn.B selama 3 hari pada tanggal 12 Februari 2018 - 14 Februari 2018 yang pertama melakukan pengkajian skala kekuatan otot, tingkat aktivitas/mobilisasi, dan mengubah posisi klien setiap 2 jam. Menganjurkan keluarga mengubah posisi setiap 2 jam agar klien dapat terpenuhi kebutuhan mobilisasinya. Evaluasi yang dilakukan penulis pada Tn.B berdasarkan prioritas diagnosa keperawatan utama yaitu hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler. Evaluasi dilakukan pada hari 1-3, dengan data subyektif yaitu klien mengatakan kaki dan tangan bagian kanan lemah untuk digerakkan. Klien mengatakan dalam melakukan aktivitas dibantu oleh orang lain. Data obyektif : didapatkan ekstremitas bagian kanan atas dan bawah klien lemah, tingkat aktivitas klien yaitu (4) klien sangat tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan, derajat kekuatan otot ekstremitas kanan atas dan bawah (skala 2) gerakan otot penuh melawan gravitasi dengan topangan sedangkan ekstremitas kiri atas dan bawah (skala 5) gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan tahanan penuh, posisi klien diubah setiap 2 jam , nampak bersedia dilatih ROM oleh perawat. Assesment yaitu masalah belum teratasi, planning yaitu intervensi 1-5 dilanjutkan.

Pengkajian pada pasien 2 dilakukan pada tanggal 12 Februari 2018 di bangsal Yudhistira di RSUD KRMT Wongsonegoro Semarang didapatkan data dengan teknik wawancara dengan klien, observasi langsung, didapatkan data identitas umum Ny.B adalah seorang ibu berumur 60 tahun, jenis kelamin perempuan, beragama islam, suku bangsa Jawa, pendidikan SD, pekerjaan IRT, status perkawinan menikah, diagnosa medis SNH (Stroke Non Hemoragik) , tingkat kesadaran GCS (Glasgow Coma Scale) E : 4, V : 5, M : 6. Keluhan utama pada Ny.B mengatakan anggota gerak atas dan bawah bagian kiri lemah untuk digerakkan. Riwayat penyakit sekarang Ny.B mengatakan kurang lebih 3 hari sebelum dirawat di Rumah Sakit tiba-tiba anggota gerak bagian kiri lemah dan terjadi saat bangun tidur. Klien mengatakan kepalanya pusing, pada tanggal 8 Februari 2018 klien datang ke Rumah

Sakit untuk check up. Pada pukul 17.00 WIB Ny.B dirujuk oleh dokter untuk opname. Pemeriksaan tanda-tanda vital, tekanan darah : 160/90 mmHg, N : 90 x/mnt, suhu : 36⁰C, RR : 20x/mnt. Riwayat perawatan dan kesehatan dahulu Ny.B mengatakan 4 tahun yang lalu klien dirawat di Rumah Sakit dengan Stroke Non Hemoragik. Riwayat kesehatan keluarga klien mempunyai penyakit keturunan Hipertensi dari Alm. Bapaknya.

Data hasil pengkajian pada pasien 2 : data subyektif : Ny.B mengatakan anggota gerak atas dan bawah bagian kiri lemah untuk melakukan aktivitas harus dibantu oleh orang lain. Data obyektif : ditemukan skala kekuatan otot bagian atas dan bawah ekstremitas kiri yaitu (3) gerakan yang normal melawan gravitasi dan pada ekstremitas bagian kanan atas dan bawah skala kekuatan otot (5) kekuatan otot normal gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan tahanan penuh, tingkat aktivitas klien yaitu (1) memerlukan penggunaan alat. Berdasarkan data subyektif dan obyektif pada Ny.B, maka ditegaskan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler. Intervensi yang dapat dirumuskan untuk mengatasi hambatan mobilitas fisik selama 3 x 24 jam yaitu : 1.) berikan posisi yang benar, 2.) berikan posisi tidur yang tepat, 3.) cegah aduksi bahu, 4.) ubah posisi klien dan mendelegasikan kepada keluarga untuk melakukan ubah posisi setiap 2 jam selama 24 jam, 5.) latihan ROM (Range Of Motion) 4 s/d 5 kali sehari.

Implementasi yang diberikan pada hari (pertama) : memberikan posisi yang benar pada klien, memberikan posisi tidur yang tepat untuk klien, memberikan posisi yang tepat untuk mencegah adanya adduksi bahu pada klien, mengubah posisi klien setiap 2 jam serta memberikan edukasi kepada keluarga untuk dapat melakukan ubah posisi pada klien, melakukan latihan ROM pada semua ekstremitas klien 4-5 kali sehari. Dalam intervensi saya menekankan pada hambatan mobilitas fisik dilakukan pemenuhan mobilitas dengan mengubah posisi klien setiap 2 jam.

Implementasi yang diberikan pada hari (kedua) : memberikan posisi yang benar pada klien, memberikan posisi tidur yang tepat untuk klien, memberikan posisi yang tepat untuk mencegah adanya adduksi bahu pada klien, mengubah posisi klien setiap 2 jam serta memberikan edukasi kepada keluarga untuk dapat melakukan ubah posisi pada klien, melakukan latihan ROM pada semua ekstremitas klien 4-5 kali sehari.

Implementasi yang diberikan pada hari (ketiga) : memberikan posisi yang benar pada klien, memberikan posisi tidur yang tepat untuk klien, memberikan posisi yang tepat untuk mencegah adanya adduksi bahu pada klien, mengubah posisi klien setiap 2 jam serta memberikan edukasi kepada keluarga untuk dapat melakukan ubah posisi pada klien, melakukan latihan ROM pada semua ekstremitas klien 4-5 kali sehari. Dalam intervensi saya menekankan pada hambatan mobilitas fisik dilakukan pemenuhan mobilitas dengan mengubah posisi klien setiap 2 jam.

Tindakan yang diberikan pada Ny.B selama 3 hari pada tanggal 12 Februari 2018 - 14 Februari 2018 yang pertama melakukan pengkajian skala kekuatan otot, tingkat aktivitas atau mobilisasi, dan mengubah posisi klien setiap 2 jam. Menganjurkan keluarga mengubah posisi setiap 2 jam agar klien dapat terpenuhi kebutuhan mobilisasinya. Evaluasi yang dilakukan penulis pada Ny.B berdasarkan prioritas diagnosa keperawatan utama yaitu hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler. Evaluasi dilakukan selama 3 hari, dengan data subyektif yaitu klien mengatakan kaki dan tangan bagian kiri lemah untuk digerakkan. Klien mengatakan dalam melakukan aktivitas dibantu oleh orang lain. Data obyektif hari pertama dan kedua didapatkan : ekstremitas bagian kiri atas dan bawah klien lemah skala kekuatan otot (3) gerakan yang normal melawan gravitasi dan pada ekstremitas bagian kanan atas dan bawah skala kekuatan otot (5) kekuatan otot normal, gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan tahanan penuh, tingkat aktivitas klien yaitu (1) memerlukan penggunaan alat , posisi klien diubah setiap 2 jam , nampak bersedia dilatih ROM oleh perawat. Data obyektif hari ketiga didapatkan : skala

kekuatan otot pada ekstremitas bagian kiri atas dan bawah (4) gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan melawan tahanan minimal dan pada ekstremitas bagian kanan atas dan bawah skala kekuatan otot (5) kekuatan otot normal, gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan tahanan penuh, tingkat aktivitas klien yaitu (1) memerlukan penggunaan alat, posisi klien diubah setiap 2 jam, klien nampak bersedia dilatih ROM oleh perawat. Assesment yaitu masalah belum teratasi, planning yaitu intervensi 1-5 dilanjutkan.

4.2. Pembahasan

Pada bab ini akan membahas masalah keperawatan pada Tn.B dengan umur 67 tahun, GCS ringan (E: 4, V: 5, E: 6), derajat kekuatan otot ekstremitas: kiri (5) | kanan (2) , bedrest total selama 3 hari.

kiri (5)	kanan (2)
----------	-----------

dan Ny.B dengan umur 60 tahun, GCS ringan (E: 4, V: 5, E: 6), derajat kekuatan otot ekstremitas : kiri (3) | kanan (5), bedrest total selama 7 hari.

kiri (3)	kanan (5)
----------	-----------

Tn.B dan Ny. B dengan diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan didapatkan dari data subyektif : Tn.B mengatakan anggota gerak bagian kanan atas dan bawah lemah untuk digerakkan dan Ny. B mengatakan anggota gerak bagian kiri atas dan bawah lemah untuk digerakkan. Data objektif : Tn.B : ditemukan skala kekuatan otot bagian atas dan bawah ekstremitas kanan yaitu (2) gerakan otot penuh melawan gravitasi dengan topangan dan pada ekstremitas bagian kiri atas dan bawah yaitu (5) kekuatan normal gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan tahanan penuh, tingkat aktivitas klien yaitu (4) sangat tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan,dan tidak ditemukan adanya penyerta nyeri pada ekstremitas bagian kanan atas dan bawah. Pada data lembar observasi mobilisasi setiap 2 jam didapatkan bahwa selama 3x24 jam keluarga tidak melakukan ubah posisi sesuai dengan

jadwal yang sudah diberikan. Lembar observasi mobilisasi pada hari pertama didapatkan data bahwa setelah peneliti melakukan ubah posisi mulai dari 2 jam ke 1 sampai dengan 2 jam ke 7 kemudian peneliti mendelegasikan kepada keluarga agar dapat mengubah posisi setiap 2 jam sesuai dengan jadwal, hasil observasi yang didapatkan bahwa keluarga tidak melakukan ubah posisi dimulai dari waktu 2 jam ke 8 sampai dengan 2 jam ke 12. Untuk hasil dari lembar observasi mobilisasi pada hari kedua didapatkan data bahwa setelah peneliti melakukan ubah posisi sampai 2 jam ke 7 dan kemudian peneliti mendelegasikan kepada keluarga, hasil yang didapatkan yaitu terdapat peningkatan pada pemenuhan mobilisasi yang dilakukan oleh keluarga untuk klien, keluarga melakukan ubah posisi mulai dari 2 jam ke 8 sampai dengan 2 jam ke 10, sedangkan untuk 2 jam selanjutnya keluarga tidak melakukan ubah posisi. Lembar observasi hari ketiga terjadi penurunan kembali pada pemenuhan mobilisasi yang dilakukan oleh keluarga. Keluarga hanya melakukan ubah posisi mulai dari 2 jam ke 8 sampai dengan 2 jam ke 9, selepas itu keluarga tidak melakukan ubah posisi lagi. Pada lembar observasi kekuatan otot pada hari 1-3 derajat kekuatan otot ekstremitas kanan bagian atas dan bawah yaitu (2) gerakan otot penuh melawan gravitasi dengan topangan dan kekuatan otot pada ekstremitas bagian kiri atas dan bawah yaitu (5) kekuatan normal gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan tahanan penuh.

Sedangkan pada Ny.B : ditemukan skala kekuatan otot bagian atas dan bawah ekstremitas kiri yaitu (3) gerakan yang normal melawan gravitasi dan kekuatan otot bagian atas dan bawah ekstremitas kanan yaitu (5) kekuatan normal gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan tahanan penuh, tingkat aktivitas klien yaitu (1) memerlukan penggunaan alat, serta tidak juga ditemukan adanya penyerta nyeri pada ekstremitas bagian kiri atas dan bawah. Pada data lembar observasi mobilisasi setiap 2 jam didapatkan bahwa selama 3x24 jam keluarga tidak melakukan ubah posisi sesuai dengan jadwal yang sudah diberikan. Lembar observasi mobilisasi pada hari

pertama didapatkan data bahwa setelah peneliti melakukan ubah posisi mulai dari 2 jam ke 1 sampai dengan 2 jam ke 7 kemudian peneliti mendelegasikan kepada keluarga agar dapat mengubah posisi setiap 2 jam sesuai dengan jadwal, hasil observasi yang didapatkan bahwa keluarga selalu melakukan ubah posisi dimulai dari waktu 2 jam ke 8 sampai dengan 2 jam ke 12 sesuai dengan jadwal yang telah diberikan selama 3 hari. Pada lembar observasi kekuatan otot pada hari 1-2 derajat kekuatan otot ekstremitas kanan bagian atas dan bawah yaitu (5) kekuatan normal gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan tahanan penuh, pada ekstremitas bagian kiri atas dan bawah yaitu (3) gerakan yang normal melawan gravitasi. Hasil observasi pada hari ke 3 derajat kekuatan otot ekstremitas kanan bagian atas dan bawah yaitu (5) kekuatan normal gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan tahanan penuh, pada ekstremitas bagian kiri atas dan bawah yaitu (4) gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan melawan tahanan minimal.

Dari pengkajian yang telah dilakukan hal ini menunjukkan bahwa Tn.B dan Ny.B terjadi hemiparese atau kelemahan pada sebagian tubuh saja. Tujuan dari mobilisasi antara lain menurut (Potter & Perry, 2005) menentukan nilai kemampuan sendi tulang dan otot dalam melakukan pergerakan; mengkaji tulang, sendi, dan otot; mencegah terjadinya kekakuan sendi; memperlancar sirkulasi darah; memperbaiki tonus otot; meningkatkan mobilisasi sendi; memperbaiki toleransi otot untuk latihan. Sehingga penatalaksanaannya perlu dilakukan tindakan upaya pemenuhan mobilisasi untuk memperbaiki tonus otot.

Mobilisasi adalah kemampuan untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya (Hidayah dan Uliyah, 2014). Adapun berbagai cara yang bisa digunakan untuk mengatasi mobilisasi salah satunya dengan mengubah posisi setiap 2 jam. Upaya ini diberikan untuk mencegah agar penderita tidak mengalami banyak komplikasi seperti tekanan darah yang tidak stabil akibat kehilangan kendali

vasomotor, gangguan kemampuan sensori, kontraktur, kerusakan kulit, trombosis vena profunda, emboli paru, depresi (Bilotta, 2009). Menurut (Potter & Perry, 2005) mobilisasi dapat mencegah terjadinya kekakuan sendi, memperlancar sirkulasi darah, memperbaiki tonus otot, meningkatkan mobilisasi sendi, dan memperbaiki toleransi otot untuk latihan.

Penelitian pemenuhan mobilisasi tersebut diberikan kepada 2 responden yaitu Tn.B dan Ny.B dalam pemenuhan mobilisasi kepada 2 responden tersebut dilakukan dengan cara yang sama yaitu dengan upaya pemenuhan mobilisasi setiap 2 jam. Pada dasarnya kedua pasien tersebut memiliki tingkat mobilisasi yang sama karena dalam proses pemenuhan mobilisasi pada kedua pasien juga hampir sama. Hasil evaluasi pada Tn.B pada bagian kanan ekstremitas atas dan bawah memiliki derajat kekuatan otot 2 dan setelah diberikan upaya pemenuhan mobilisasi selama 3x24 jam derajat kekuatan otot masih sama belum terjadi perubahan. Hal ini disebabkan karena setiap malam keluarga tidak memberikan upaya pemenuhan mobilisasi pada pasien. Sehingga tidak terjadi perubahan derajat kekuatan otot pada bagian ekstremitas yang lemah. Untuk pasien kedua yaitu Ny.B pada ekstremitas kiri atas dan bawah memiliki derajat kekuatan otot 3 dan setelah diberikan upaya pemenuhan mobilisasi selama 3x24 jam derajat kekuatan otot menjadi 4. Hal ini mengindikasikan bahwa dengan melakukan mobilisasi dini secara rutin sesuai dengan jadwal mampu memperbaiki tonus otot (Potter & Perry, 2005). Terbukti bahwa Ny.B terjadi peningkatan derajat otot dari derajat 3 menjadi 4.

Hal tersebut juga didukung oleh penelitian yang dilakukan Yunita (2016) tentang pemberian mobilisasi dini terhadap peningkatan pemulihan fungsional pada asuhan keperawatan pasien dengan stroke non hemoragik yang menunjukkan adanya pengaruh signifikan bahwa pemberian mobilisasi dini dapat meningkatkan pemulihan fungsional karena latihan gerak pada pasien stroke dapat mempercepat penyembuhan dan mempengaruhi kekuatan otot dan sensasi gerak di

otak. Selain itu ada peneliti lagi yang dilakukan oleh Mahardika (2016) bahwa tindakan range of motion (ROM), perawatan alih baring dan pengubahan posisi setiap 2 jam terbukti efektif untuk mencegah kekakuan otot pada pasien stroke.

Kesimpulan dari kedua responden bahwa upaya pemenuhan mobilisasi dini secara rutin sesuai dengan jadwal mampu memperbaiki tonus otot. Apabila mobilisasi dilakukan maka yang dapat terjadi adalah membantu menjaga kekencangan otot atau pengembalian fungsi (DiGiulio, 2007). Terbukti bahwa dimana kekuatan otot Tn.B yang awalnya derajat 2 pada ekstremitas bagian kanan atas dan bawah tetapi selama dilakukan upaya pemenuhan mobilisasi selama 3 hari belum terjadi perubahan dan pada kekuatan otot Ny.B yang awalnya derajat 3 pada ekstremitas bagian kiri atas dan bawah dan setelah diberikan upaya pemenuhan mobilisasi sesuai dengan jadwal yang telah diberikan kekuatan otot menjadi derajat 4.

4.3. Keterbatasan Studi Kasus

Hambatan atau kendala yang dihadapi dalam melaksanakan tindakan utama yaitu peneliti tidak bisa menemani klien selama 24 jam, peneliti hanya bisa mendelegasikan kepada keluarga, pentingnya keterlibatan keluarga dalam meluangkan waktu untuk membantu klien melakukan tirah baring, ketepatan dan kesesuaian keluarga untuk melakukan jadwal mobilisasi yang telah diberikan.

BAB V

PENUTUP

Berdasarkan pembahasan yang penulis paparkan mengenai “UPAYA PEMENUHAN MOBILISASI PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DI RSUD K.R.M.T WONGSONEGORO SEMARANG”, maka penulis kemukakan kesimpulan dan rekomendasi berdasarkan pengalaman selama melakukan asuhan keperawatan terhadap Tn.B dan Ny.B yaitu :

5.1 Simpulan

Peneliti menyusun asuhan keperawatan yaitu asuhan keperawatan upaya pemenuhan mobilisasi pada pasien stroke non hemoragik dengan melakukan pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi yang dilakukan selama tiga hari. Dari hasil pengkajian yang didapat pasien mengatakan terjadi kelemahan pada ekstremitas, pada Tn.B dengan skala kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah bagian kanan yaitu (2) gerakan otot penuh melawan gravitasi dengan topangan sedangkan ekstremitas kiri atas dan bawah (skala 5) gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan tahanan penuh, tingkat aktivitas klien yaitu (4) klien sangat tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan. Pada Ny.B dengan skala kekuatan otot bagian atas dan bawah ekstremitas kiri yaitu (3) gerakan yang normal melawan gravitasi dan pada ekstremitas bagian kanan atas dan bawah skala kekuatan otot (5) kekuatan otot normal gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan tahanan penuh, tingkat aktivitas klien yaitu (1) memerlukan penggunaan alat. Kemudian didapatkan masalah keperawatan yaitu hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler. Implementasi yang dilakukan yaitu dengan melakukan ubah posisi setiap 2 jam selama 3 x 24 jam, latihan ROM (Range Of Motion) 4 s/d 5 kali sehari. Evaluasi yang didapatkan pada Tn.B yaitu kekuatan otot yang awalnya

derajat 2 pada ekstremitas bagian kanan atas dan bawah tetapi selama dilakukan upaya pemenuhan mobilisasi selama 3 hari belum terjadi perubahan dan pada kekuatan otot Ny.B yang awalnya derajat 3 pada ekstremitas bagian kiri atas dan bawah dan setelah diberikan upaya pemenuhan mobilisasi sesuai dengan jadwal yang telah diberikan kekuatan otot menjadi derajat 4.

Manfaat upaya pemenuhan mobilisasi dini pada pasien stroke non hemoragik secara rutin sesuai dengan jadwal mampu memperbaiki tonus otot. Apabila mobilisasi dilakukan maka yang dapat terjadi adalah membantu menjaga kekencangan otot atau pengembalian fungsi (DiGiulio, 2007).

5.2 Rekomendasi

5.2.1 Bagi pasien stroke non hemoragik

Upaya pemenuhan mobilisasi pada pasien stroke non hemoragik dapat mengurangi terjadinya dekubitus, kontraktur, dan kerusakan kulit, mencegah terjadinya kekakuan sendi, memperlancar sirkulasi darah, memperbaiki tonus otot, meningkatkan mobilisasi sendi, dan memperbaiki toleransi otot untuk latihan.

5.2.2 Bagi institusi pendidikan

Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan mahasiswa tentang upaya pemenuhan mobilisasi pada pasien stroke non hemoragik, sehingga mahasiswa mampu mengaplikasikan dilahan praktek.

5.2.3 Bagi Rumah Sakit

Diharapkan dapat meningkatkan kompetensi perawat dalam upaya pemenuhan mobilisasi pada pasien stroke non hemoragik dan dalam memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif.

DAFTAR PUSTAKA

- A.J.Bilotta, K. (2009). *Kapita Selekta Penyakit dengan Implikasi Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Auryn, V. (2014). *Mengenal & Memahami Stroke*. Jogjakarta: Ar- Ruzz Media.
- Darmawan A. 2010. *Stroke Non Hemoragik*. Jakarta : http://file.upi.edu/Direktori/FIP/JUR._PEND._LUAR_SEKOLAH/195908261986031JAJAT_S_ARDIWINATA/ASAS_KEBUTUHAN.pdf
- DiGiulio, M., Jackson, D., & Keogh, J. (2007). *Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Rapha Publishing.
- Dr.Sayoga, M. (2013). *Mencegah Stroke Dan Serangan Jantung*. Bandung: Pt Remaja Rosdakarya.
- Hidayat, A. A., & Uliyah, M. (2014). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: Salemba Medika.
- M.Black, J., & Hawks, J. H. (2009). *Keperawatan Medikal Bedah Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan*. Singapore: CV Pentasada Media Edukasi.
- Mubarak, W.I., Indrawati, L. dan Susanto, J. 2015. *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar, Buku 2*. Jakarta : <http://digilib.stikeskusumahusada.ac.id/files/disk1/27/01-gdl-desyidaliy-1301-1-ktidesy-5.pdf>
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & Nanda Nic-Noc*. Jogjakarta: Mediacion Jogja.
- Novi. 2007. *Depkes RI Buku Stroke*. <https://www.scribd.com/document/359219353/depkes-RI-buku-stroke-pdf>
- Perry, P. &. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Rendy, M., & TH, M. (2012). *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Setiadi. (2007). *Konsep & Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Smeltzer, S. C., & G. Bare, B. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

Sustrani, L., Alam, S., & Hadibroto, I. (2003). *Informasi Lengkap Untuk Penderita & Keluarganya*. Jakarta: PT.Gramedia Pustaka Umum.

Yayasan Stroke Indonesia. 2011. *Stroke Non Hemoragik*. Jakarta :
<http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Risksdas%202013.pdf>



Lampiran 2

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN

(PSP)

1. Kami adalah peneliti berasal dari institusi/jurusan/program studi DIII Keperawatan dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul UPAYA PEMENUHAN MOBILISASI PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DI RSUD KRMT WONGSONEGORO SEMARANG
2. Tujuan dari penelitian studi kasus ini adalah menggambarkan asuhan keperawatan dengan upaya pemenuhan mobilisasi pada pasien stroke non hemoragik. Penelitian ini akan berlangsung selama praktek.
3. Proses pengambilan bahan data dengan cara menggunakan lembar observasi.
4. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsertaan dalam penelitian ini adalah anda turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan/tindakan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri anda beserta seluruh informasi yang saudara sampaikan akan tetap dirahasiakan.
6. Jika saudara membutuhkan informasi sehubungan dengan penelitian ini silahkan menghubungi peneliti nomor HP: 089688075242

PENELITI



Putri Wulandari

Lampiran 3


INFORMED CONSENT
(Persetujuan menjadi Partisipan)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh Putri Wulandari dengan judul UPAYA PEMENUHAN MOBILISASI PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK.

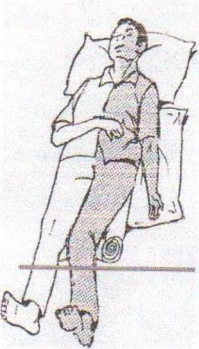
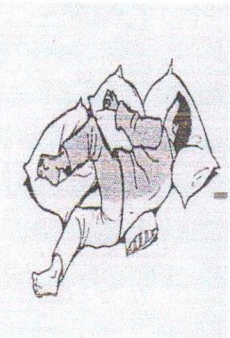
Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Semarang, _____ 2018

Yang memberikan persetujuan


Endang Umami

Lampiran 4

GAMBAR	Setiap 2 jam dalam 24 jam (Hari 1)	MOBILISASI SETIAP 2 JAM	
		MELAKUKAN (√)	TIDAK MELAKUKAN (√)
Posisi terlentang 	2 jam ke 1	√	
	2 jam ke 2	√	
	2 jam ke 3	√	
	2 jam ke 4	√	
	2 jam ke 5	√	
	2 jam ke 6	√	
	2 jam ke 7	√	
Posisi miring kanan/kiri 	2 jam ke 8		√
	2 jam ke 9		√
	2 jam ke 10		√
	2 jam ke 11		√
	2 jam ke 12		√


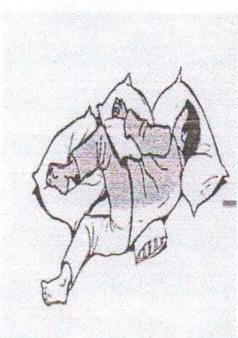
Sumber : (www.google.co.id/search?q=gambar+mobilisasi+pasien+stroke&client)

Keterangan :

Apabila dilakukan mobilisasi setiap 2 jam diberi tanda centang (√) pada kolom melakukan.

Apabila tidak dilakukan mobilisasi setiap 2 jam diberi tanda centang (√) pada kolom tidak melakukan.

Lampiran 4

GAMBAR	Setiap 2 jam dalam 24 jam (Hari 2)	MOBILISASI SETIAP 2 JAM	
		MELAKUKAN (√)	TIDAK MELAKUKAN (√)
Posisi terlentang 	2 jam ke 1	✓	
	2 jam ke 2	✓	
	2 jam ke 3	✓	
	2 jam ke 4	✓	
	2 jam ke 5	✓	
	2 jam ke 6	✓	
	2 jam ke 7	✓	
	2 jam ke 8	✓	
	2 jam ke 9	✓	
	2 jam ke 10	✓	
Posisi miring kanan/kiri 	2 jam ke 11		✓
	2 jam ke 12		✓

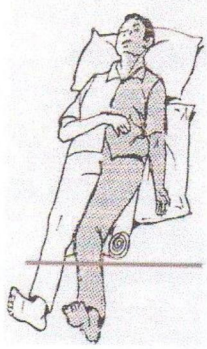
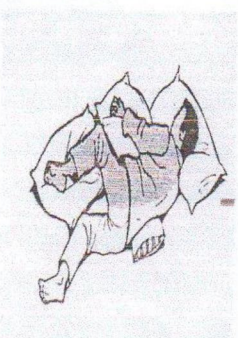
Sumber : (www.google.co.id/search?q=gambar+mobilisasi+pasi+stroke&client=)

Keterangan :

Apabila dilakukan mobilisasi setiap 2 jam diberi tanda centang (√) pada kolom melakukan.

Apabila tidak dilakukan mobilisasi setiap 2 jam diberi tanda centang (√) pada kolom tidak melakukan.

Lampiran 4

GAMBAR	Setiap 2 jam dalam 24 jam (Hari 3)	MOBILISASI SETIAP 2 JAM	
		MELAKUKAN (√)	TIDAK MELAKUKAN (√)
<p>Posisi terlentang</p> 	2 jam ke 1	✓	
	2 jam ke 2	✓	
	2 jam ke 3	✓	
	2 jam ke 4	✓	
	2 jam ke 5	✓	
	2 jam ke 6	✓	
	2 jam ke 7	✓	
	2 jam ke 8	✓	
	2 jam ke 9	✓	
<p>Posisi miring kanan/kiri</p> 	2 jam ke 10		✓
	2 jam ke 11		✓
	2 jam ke 12		✓

Sumber : (www.google.co.id/search?q=gambar+mobilisasi+pasien+stroke&client)

Keterangan :

Apabila dilakukan mobilisasi setiap 2 jam diberi tanda centang (√) pada kolom melakukan.

Apabila tidak dilakukan mobilisasi setiap 2 jam diberi tanda centang (√) pada kolom tidak melakukan.

Lampiran 5

Observasi	Tingkat aktivitas/mobilitas				
	Tingkat 0	Tingkat 1	Tingkat 2	Tingkat 3	Tingkat 4
Hari (1)					✓
Hari (2)					✓
Hari (3)					✓

Sumber : Buku Kebutuhan Aktivitas (Uliyah & Hidayat A, 2014)

Keterangan :

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 atau pengawasan orang lain dan peralatan

Tingkat 4 : sangat tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan

Lampiran 6

Derajat Kekuatan Otot

Observasi	Skala					
	0	1	2	3	4	5
Hari 1			✓			
Hari 2			✓			
Hari 3			✓			

Sumber : Buku Kebutuhan Aktivitas (Uliyah & Hidayat A, 2014)

Keterangan :

Skala 0 : paralisis sempurna

Skala 1 : tidak ada gerakan, kontraksi otot dapat dipalpasi atau dilihat

Skala 2 : gerakan otot penuh melawan gravitasi dengan topangan

Skala 3 : gerakan yang normal melawan gravitasi

Skala 4 : gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan melawan tahanan minimal

Skala 5 : kekuatan normal, gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan tahanan penuh

Lampiran 3

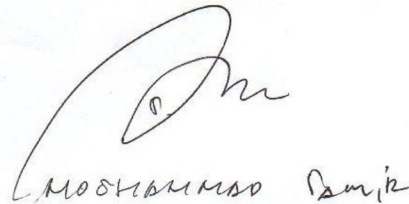
INFORMED CONSENT
(Persetujuan menjadi Partisipan)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh Putri Wulandari dengan judul UPAYA PEMENUHAN MOBILISASI PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK.

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



Semarang, 2018

Yang memberikan persetujuan



Mochamad Samir

Lampiran 4

GAMBAR	Setiap 2 jam dalam 24 jam (Hari 1)	MOBILISASI SETIAP 2 JAM	
		MELAKUKAN (√)	TIDAK MELAKUKAN (√)
<p>Posisi terlentang</p> 	2 jam ke 1	✓	
	2 jam ke 2	✓	
	2 jam ke 3	✓	
	2 jam ke 4	✓	
	2 jam ke 5	✓	
	2 jam ke 6	✓	
	2 jam ke 7	✓	
	2 jam ke 8	✓	
<p>Posisi miring kanan/kiri</p> 	2 jam ke 9	✓	
	2 jam ke 10	✓	
	2 jam ke 11	✓	
	2 jam ke 12	✓	


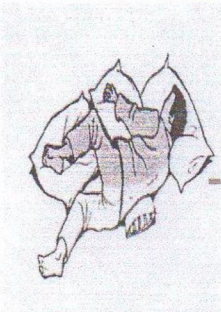
Sumber : (www.google.co.id/search?q=gambar+mobilisasi+pasien+stroke&client)

Keterangan :

Apabila dilakukan mobilisasi setiap 2 jam diberi tanda centang (√) pada kolom melakukan.

Apabila tidak dilakukan mobilisasi setiap 2 jam diberi tanda centang (√) pada kolom tidak melakukan.

Lampiran 4

GAMBAR	Setiap 2 jam dalam 24 jam (Hari 2)	MOBILISASI SETIAP 2 JAM	
		MELAKUKAN (√)	TIDAK MELAKUKAN (√)
Posisi terlentang 	2 jam ke 1	✓	
	2 jam ke 2	✓	
	2 jam ke 3	✓	
	2 jam ke 4	✓	
	2 jam ke 5	✓	
	2 jam ke 6	✓	
	2 jam ke 7	✓	
	2 jam ke 8	✓	
Posisi miring kanan/kiri 	2 jam ke 9	✓	
	2 jam ke 10	✓	
	2 jam ke 11	✓	
	2 jam ke 12	✓	


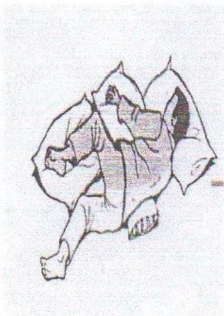
Sumber : (www.google.co.id/search?q=gambar+mobilisasi+pasien+stroke&client)

Keterangan :

Apabila dilakukan mobilisasi setiap 2 jam diberi tanda centang (√) pada kolom melakukan.

Apabila tidak dilakukan mobilisasi setiap 2 jam diberi tanda centang (√) pada kolom tidak melakukan.

Lampiran 4

GAMBAR	Setiap 2 jam dalam 24 jam (Hari 3)	MOBILISASI SETIAP 2 JAM	
		MELAKUKAN (√)	TIDAK MELAKUKAN (√)
<p>Posisi terlentang</p> 	2 jam ke 1	✓	
	2 jam ke 2	✓	
	2 jam ke 3	✓	
	2 jam ke 4	✓	
	2 jam ke 5	✓	
	2 jam ke 6	✓	
	2 jam ke 7	✓	
	2 jam ke 8	✓	
<p>Posisi miring kanan/kiri</p> 	2 jam ke 9	✓	
	2 jam ke 10	✓	
	2 jam ke 11	✓	
	2 jam ke 12	✓	

Sumber : (www.google.co.id/search?q=gambar+mobilisasi+pasien+stroke&client)

Keterangan :

Apabila dilakukan mobilisasi setiap 2 jam diberi tanda centang (√) pada kolom melakukan.

Apabila tidak dilakukan mobilisasi setiap 2 jam diberi tanda centang (√) pada kolom tidak melakukan.

Lampiran 5

Observasi	Tingkat aktivitas/mobilitas				
	Tingkat 0	Tingkat 1	Tingkat 2	Tingkat 3	Tingkat 4
Hari (1)		✓			
Hari (2)		✓			
Hari (3)		✓			

Sumber : Buku Kebutuhan Aktivitas (Uliyah & Hidayat A, 2014)

Keterangan :

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 atau pengawasan orang lain dan peralatan

Tingkat 4 : sangat tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan

Lampiran 6

Derajat Kekuatan Otot

Observasi	Skala					
	0	1	2	3	4	5
Hari 1				✓		
Hari 2				✓		
Hari 3					✓	

Sumber : Buku Kebutuhan Aktivitas (Uliyah & Hidayat A, 2014)

Keterangan :

Skala 0 : paralisis sempurna

Skala 1 : tidak ada gerakan, kontraksi otot dapat dipalpasi atau dilihat

Skala 2 : gerakan otot penuh melawan gravitasi dengan topangan

Skala 3 : gerakan yang normal melawan gravitasi

Skala 4 : gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan melawan tahanan minimal





Skala 5 : kekuatan normal, gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan tahanan penuh



LEMBAR KONSULTASI KTI
AKADEMI KEPERAWATAN WIDYA HUSADA SEMARANG TAHUN 2018

Nama Mahasiswa: Putri Wulandari
NIM : 15.05.036
Pembimbing I :
Judul KTI : Upaya Pemenuhan Mobilisasi Pada Pasien Stroke Non Hemoragik.

NO	HARI / TGL	HASIL KONSULTASI	PARAF PEMBIMBING
1.	26 / 9 -17 Selasa	Revisi Bab I	
2	27 / 9 -17 Rabu	Revisi Bab I	
3.	28 / 9 -17 Kamis	Revisi Bab I & membuat Bab II	

NO	HARI / TGL	HASIL KONSULTASI	PARAF PEMBIMBING
4	Selasa 3 / -17 /10	Revisi dan Penambahan manfaat studi kasus, BAB II, Revisi penulisan kata	
5.	Selasa 10 / -17 /10	ACC BAB I dan revisi penulisan kata pada BAB II dan penambahan BAB III	
6	Rabu 11 / -17 /10	ACC BAB I dan BAB II, revisi pada BAB III dan penambahan sampul, lampiran, observasi	
7.	Kamis 12 / -17 /10	ACC Bab I dan II	

NO	HARI / TGL	HASIL KONSULTASI	PARAF PEMBIMBING
8.	Jumat 13/-17 /10	ACC BAB I, II, III dan revisi pengantar barrs dan fond	Jh
9.	Senin 16/-17 /10	ACC BAB I, II, III, dan ACC sampul lampiran, lembar observasi dan daftar pustaka	Jh
10.	Selasa 24/-17 /10	Konsul penggabungan menjadi proposal, sampul, BAB I, II, III, lampiran, lembar observasi daftar pustaka.	Jh
11.	Rabu 25/-17 /10	ACC proposal	Jh



LEMBAR KONSULTASI KTI

AKADEMI KEPERAWATAN WIDYA HUSADA SEMARANG TAHUN 2018

Nama Mahasiswa: : Putri Wulandari
NIM : 15.05.036
Pembimbing II :
Judul KTI : Upaya Pemenuhan Mobilisasi Pada Pasien Stroke Non Hemoragik

NO	HARI / TGL	HASIL KONSULTASI	PARAF PEMBIMBING
12.	Kamis 4 / -18 / 1	Konsul BAB IV dan V revisi pembahasan dan hasil	
13.	Rabu 10 / -18 / 1	Konsul BAB IV pembahasan dan revisi pembahasan dan kesimpulan kritisik dan saran	
14.	Kamis 26 / 18 / 1	Revisi pembahasan, penutup (simpulan)	

NO	HARI / TGL	HASIL KONSULTASI	PARAF PEMBIMBING
15.	Jumat 27/4-18	ACC pembahasan BAB IV dan kesimpulan BAB V	Jhi
16.	Selasa 15/5-18	Revisi KTI setelah sidang sidang hasil	Jhi