

**KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIENSTROKE NON HEMORAGIK  
DENGAN MASALAH GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI RUANG  
DI RUANG KRISAN RSUD BANGIL PASURUAN**



**OLEH :**

**WINDA SETYAWATI**

**NIM : 161210044**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
INSAN CENDEKIA MEDIKA  
JOMBANG  
2019**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIENSTROKE NON HEMORAGIK  
DENGAN MASALAH GANGGUAN MOBILITAS FISIK RUANG KRISAN  
BANGIL PASURUAN**

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan  
( A.Md.Kep )pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan  
Insan Cendekia Medika Jombang



Oleh :  
**WINDA SETYAWATI**  
**NIM : 161210044**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
INSAN CENDEKIA MEDIKA  
JOMBANG  
2019**

## PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda di bawah ini :

Nama : Winda Setyawati

NIM : 161210044

Jenjang : Diploma

Progam Studi : D-III Keperawatan

Menyatakan bahwa naskah KTI secara keseluruhan adalah hasil penelitian/karya saya sendiri, kecuali pada bagian- bagian yang di rujuk dari sumbernya .

Jombang, 25 Agustus 2019

Saya yang menyatakan



Winda Setyawati  
Nim 161210044



## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Winda Setyawati

NIM : 161210044

Tempat tanggal lahir : Kediri, 10 Januari 1997

Judul proposal : Asuhan keperawatan pada klien Stroke Non Hemoragic dengan masalah gangguan mobilitas fisik di Ruang Krisan Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Pasuruan

Menyatakan bahwa tugas akhir yang saya tulis dalam bentuk studi kasus ini benar benar karya saya sendiri, bukan mengambil alih tulisan orang lain.

Kecuali ada beberapa kutipan yang terdapat sumbernya.

Demikian surat pernyataan yang saya buat, dan saya mau menerima sanksi apapun jika menyalahi aturan penelitian.

Jombang, April 2019

Penulis



Winda Setyawati  
NIM : 161210044

**PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Winda Setyawati

NIM : 161210044

Program Studi : D3 Keperawatan

Menyatakan KTI dengan judul Asuhan keperawatan pada klien stroke non hemoragik dengan masalah gangguan mobilitas fisik di ruang Krisan RSUD Bangil Pasuruan secara keseluruhan benar-benar karya saya sendiri. Jika di kemudian hari terbukti melakukan plagiasi, maka saya siap di tindak sesuai ketentuan hukum yang berlaku.

Jombang, 25 Agustus 2019

Saya yang menyatakan



**Winda Setyawati**  
**Nim 161210044**

## LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul Asuhan keperawatan pada klien Stroke Non Hemoragik dengan masalah gangguan Mobilitas Fisik di ruang Krisan Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Pasuruan

Nama Mahasiswa : Winda Setyawati  
NIM : 161210044  
Program studi : DIII Keperawatan

Telah Disetujui

Komisi Pembimbing

Jombang, April 2019

Pembimbing utama

Pembimbing kedua



**H.Imam Fatoni, S.KM.,MM**  
NIK. 03.04.022



**Endang Yuswatiningsih, S.Kep.,Ns.,M.Kes**  
NIK.04.08.119

Ketua STIKes ICMe

Mengetahui

Ketua Program Studi DIII Keperawatan



**H.Imam Fatoni, S.KM.,MM**  
NIK. 03.04.022



**Maharani Tri Puspitasari, S.kep.,Ns.,MM**  
NIK. 03.04.028

## LEMBAR PENGESAHAN

Karya tulis ilmiah ini telah diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : WindaSetyawati

NIM : 161210044


Program Studi : DIII Keperawatan


Judul :Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke Non Hemoragik  
dengan Gangguan Mobilitas Fisik Ruang Krisan RSUD  
Bangil Pasuruan

Telah disetujui oleh dewan penguji dan diterima sebagai salah satu syarat  
untuk menyelesaikan pendidikan pada program studi Diploma DIII Keperawatan

### Mengetahui

#### Komisi dewan penguji

Penguji Utama :Maharani Tri Puspitasari, S.kep.,Ns.,MM (  )

Penguji anggota 1 :H.Imam Fatoni, S.KM.,MM (  )

Penguji anggota II : Endang Yuswatiningsih, S.Kep.,Ns.,M.Kes (  )

Ditetapkan di : Jombang

Pada tanggal :



## RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Kediri, 10 Januari 1997 dari keluarga bapak Abdul Yadi dan ibu Karyawati. Penulis merupakan anak pertama perempuan suami istri dari Abdul Yadi

Tahun 2004 penulis lulus dari TK ARRAHMAH Porwotengah, Tahun 2010 penulis lulus dari SDN Porwotengah I, tahun 2013 dari SMPN 2 PAPAR, tahun 2016 penulis lulus dari SMK KESEHATAN BAKTI INDONESIA MEDIKA KEDIRI, penulis lulus seleksi masuk STIKES ICME JOMBANG melalui jalur undangan dan penulis memilih program studi DIII Keperawatan.

Demikian riwayat hidup ini dibuat dengan sebenarnya.

Jombang, 26 Agustus 2019

Penulis



**WINDA SETYAWATI**  
NIM : 161210040

## **MOTTO**

“Melangkah terus kedepan untuk mencapai masa depan, jagan lupa untuk menoleh kebelakang, untuk intropeksi diri supaya tidak mengulangi kesalahan yang sama di masa lampau.”

## **PERSEMBAHAN**

Alhamdulillah puji syukur kepada allah SWT, atas segala karunia dan rahmatNya sehingga Proposal Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan. Kupersembahkan karya sederhana ini kepada orang-orang yang kukasihi dan kusayangi.

### **Ibunda dan Ayahanda tercinta**

Sebagai tanda bukti, hormat, dan rasa terimakasih yang tiada terhingga kupersembahkan karya kecil ini kepada Ayah Abdul Yadi dan Ibu Karyawati yang telah memberikan kasih sayang, segala dukungan, pengorbanan, dan cinta kasih yang tiada terhingga yang tanpa henti selalu mendoakan langkahku.

Walaupun itu tidak mungkin dapat kubalas dengan selembarnya yang tertulis kata cinta dan persembahan. Betapa diri ini ingin melihat kalian bangga kepadaku untuk kesok dan seterusnya.

Terima kasih juga kekasihku tercinta alif fakhruddin yang selalu mensuprot saya dan selalu memberi semangat dukungan dalam bentuk apapun itu.

Terimakasih kepada ibu dosen pembimbing yang dengan sabar dan tulus membimbingku hingga terselesaikannya Karya Tulis ini.

Terimakasih juga buat sahabatku Elka keny, Vila Nurfika, Elma Nuraini, Devi Wulansari mohon maaf tidak saya sebutkan satu persatu.

Serta teman-teman DIII Keperawatan yang saya cintai dan saya banggakan sudah menjadi keluarga besar yang luar biasa selama 3 tahun ini canda, tawa, tagis sudah pernah kita rasakan saya pasti rindu dengan kalian semua. Terima kasih atas semua.

## KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah segala puji bagi Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penyusunan Karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan. proposal ini disusun untuk memenuhi syarat dalam menempuh ujian akhir Program Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Masalah Gangguan Mobilitas fisik di Ruang Krisan RSUD Bangil“ sesuai batas waktu yang sudah ditentukan.

Penyusunan KaryaTulis ini penulis banyak mendapat bimbingan dan dorongan dari berbagai pihak untuk itu perkenankan penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. H. Imam Fatoni, SKM., MM selaku Ketua Yayasan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang,
2. H. Imam Fatoni, SKM., MM selaku pembimbing utama yang telah memberikan waktu dalam pengarahan dan bimbingan kepada penulis dalam penyusunan KTI ini.
3. Endang Y,S.Kep.Ns.,M.Kep selaku pembimbing kedua yang telah memberikan bimbingan kepada penulis sehingga KTI ini dapat selesai.
4. Bapak dan Ibu Dosen Program Studi Ilmu Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang yang telah banyak memberikan ilmu pengetahuan..
5. Bapak, Ibu, Teman-temanku dan semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan yang secara langsung maupun tidak langsung telah banyak membantu selama penyusunan KTI ini.

Semoga amal kebbaikannya diterima oleh Allah SWT dan mendapat imbalan pahala dari Allah SWT. Dalam penyusunan KaryaTulisIlmiahini penulis menyadari masih jauh dari sempurna, untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran untuk perbaikan di masa mendatang.

Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi perkembangan ilmu pengetahuan, khususnya bagi ilmu keperawatan.

Jombang, Agustus 2019



## ABSTRAK

### ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN STROKE NON HEMORAGIK DENGAN MASALAH GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI RUANG KRISSAN RSUD BAGIL PASURUAN

Oleh:

**Winda Setyawati**

Stroke merupakan penyakit serobrovaskuler yang di tandai dengan kematian jaringan di dalam otak yang berlangsung selama 24 jam atau lebih, dapat memicuterjadinya pecah pembuluh darah sehingga suplai darah ke otak menjadi berkurang dan menyebabkan otak mengalami kelainan fungsi akibat kurangnya suplai oksigen. Tujuan penelitian ini adalah melaksanakan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami Stroke Non Hemoragik dengan masalah gangguan moobilitas fisik di Ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan.

Penilitan ini menggunakan metode deskriptif dalam bentuk studi kasus. Subjek penilitian ini adalah 2 pasien Stroke Non Hemoragik dengan masalah gangguan mobilitas fisik di Ruang krissan RSUD Bangil Pasuruan. Tehnik pengumpulan data dideskriptifkan secara naratif dan dilakukan dengan tehnik wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu), observasi, dan pemeriksaan fisik.

Hasil studi kaspadaklien Ny.K dan Tn.B dengan stroke non hemoragikdenganmasalah gangguan mobilitas fisik dapat satu diagnosa yang diprioritas yakni gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan otot. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari didapatkan pasien keduanya sudah bisa melakukan mobilisasi sendiri tanpa ada bantuan keluarganya, tetapi perawatan pengobatan masih lanjut.

Kesimpulan dari Ny.K dan Tn.B dengan Stroke Non Hemoragik adalah masalah teratasi sebagian. Saran dari studi kasus ini yaitu diharapkan keluarga klien harus ikut berpartisipasi dalam pengobatan dan penyembuhan serta bisa menerima dan dilaksanakan perturan yang telah ditetapkan di ruangan.

**Kata kunci: Asuhan keperawatan, Stroke Non Hemoragik, gangguan mobilitasfisik**



## **ABSTRACT**

### ***NURSING CARE IN NON HEMORAGIC STROKE CLIENTS WITH PHYSICAL MOBILITY DISORDERS IN SPACE KRISSAN RSUD BAGIL PASURUAN***

**By:**

***Winda Setyawati***

*Stroke is a cerebrovascular disease that is characterized by tissue death in the brain that lasts for 24 hours or more, can trigger the rupture of blood vessels so that blood supply to the brain decreases and causes the brain to experience abnormalities due to lack of oxygen supply. The purpose of this study is to carry out nursing care for clients who experience Non-Hemorrhagic Stroke with problems of physical mobility problems in the Room Krissan RSUD Bangil Pasuruan.*

*This research uses descriptive method in the form of case studies. The subjects of this study were 2 Non-Hemorrhagic Stroke patients with physical mobility problems in the Room krissan RSUD Bangil Pasuruan. Data collection techniques are narrative described and carried out with interview techniques (results of the history taking about the client's identity, main complaints, history of current illness, history of previous illnesses), observation, and physical examination.*

*The results of case studies on Ny.K and Tn.B clients with non-hemorrhagic strokes with physical mobility problems can be a priority diagnosis of impaired physical mobility associated with muscle weakness. After doing nursing care for 3 days, both patients were able to mobilize themselves without the help of their families, but medical care was still advanced.*

*The conclusions of Ny.K and Tn.B with Non-Hemorrhagic Stroke are partially resolved problems. The advice from this case study is that it is expected that the client's family must participate in treatment and healing and be able to accept and carry out the rules set in the room*

*Keywords: Nursing care, Non-Hemorrhagic Stroke, impaired physical mobility*

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL LUAR.....	i
HALAMAN JUDUL DALAM.....	ii
SURAT PERNYATAAN .....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN .....	iv
LEMBAR PENGESAHAN .....	v
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	vi
MOTTO .....	vii
KATA PENGANTAR .....	viii
ABSTRAK .....	x
ABSTRACT .....	xiii
DAFTAR ISI .....	xiv
DAFTAR GAMBAR .....	xiv
DAFTAR TABEL .....	xv
DAFTAR LAMPIRAN .....	xvi
DAFTAR ARTI LAMBANG .....	xviii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1. Latar Belakang Masalah.....	1
1.2. Batasan Masalah .....	3
1.3. Rumusan Masalah.....	3
1.4. Tujuan Penelitian .....	4
1.5. Manfaat Penelitian .....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1. Konsep Stroke .....	7
2.1.1. Deffinisi .....	7
2.1.2. Klasifikasi .....	7
2.1.3. Etiologi .....	8
2.1.4. FaktorResiko.....	9
2.1.5. Klasifikasi .....	11
2.1.6. Patofisiologi.....	14
2.1.7. Pathway .....	14
2.1.8. Tanda dan gejala.....	17
2.1.9. Faktor resiko stroke .....	19
2.1.10. Dampak stroke.....	22
2.1.11. Manifestasi klinis.....	25
2.1.12. Komplikasi stroke.....	26
2.1.13. Penatalaksanaan.....	27
2.2. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Stroke.....	29
2.2.1. Pengkajian.....	29

2.2.2. Diagnosa Keperawatan .....	34
2.2.3. Rencana Asuhan Keperawatan.....	34
2.2.4. Implementasi keperawatan.....	35
2.2.5. Evaluasi Keperawatan.....	35

**BAB 3 METODE PENELITIAN**

3.1.....	De
sain Penelitian .....	36
3.2.....	Ba
tasan Istilah .....	37
3.3.....	Pa
rtisipan .....	37
3.4.....	Lo
kasi dan Waktu Penelitian.....	38
3.5.....	Pe
ngumpulan data.....	38
3.6.....	Uj
i keabsahan data .....	38
3.7.....	A
nalisa Data.....	39
3.8.....	Eti
k Penelitian .....	40

**BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN**

4.1.....	Ha
sil Penelitian .....	42
4.1.1.....	Ga
mbaran lokasi pengambilan data.....	42
4.1.2.....	Pe
ngkajian.....	42
4.1.3.....	A
nalisa Data.....	48
4.1.4.....	Int
ervensi keperawatan.....	50
4.1.5.....	Im
plementasi keperawatan .....	52
4.1.6.....	Ev
aluasi keperawatan .....	56
4.2.....	Pe
mbahasan.....	63

**BAB 5 PENUTUP**

5.1.....	Ke
simpulan .....	68
5.2.....	Sa
ran .....	69



DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



## DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Gambar	Halaman
Gambar 2.1.5	Pohonmasalah / pathway Stroke .....	16



## DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Tabel	Halaman
Tabel 2.1	Klasifikasi hipertensi.....	20
Tabel 2.2	Klasifikasi kadar glukosa darah .....	21
Tabel 2.3	Klasifikasi otak berdasarkan fungsinya.....	22
Tabel 2.4	Klasifikasi cacat stroke .....	23
Tabel 2.2.3	Rencana asuhan keperawatan .....	34
Tabel 4.1	Identitas klien.....	45
Tabel 4.2	Riwayat penyakit.....	46
Tabel 4.3	Perubahan pola kesehatan.....	47
Tabel 4.4	Pemeriksaan fisik .....	48
Tabel 4.5	Hasil pemeriksaan diagnostik .....	50
Tabel 4.6	Terap i klien.....	50
Tabel 4.7	Analisa data .....	52
Tabel 4.8	Diagnosa keperawatan.....	53
Tabel 4.9	Intervensi keperawatan .....	54
Tabel 4.10	Implementasi keperawatan .....	55
Tabel 4.11	Evaluasi keperawatan .....	58

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	: Jadwal Kegiatan Penelitian .....
Lampiran 2	: Permohonan Menjadi Responden .....
Lampiran 3	: Persetujuan Menjadi Responden .....
Lampiran 4	: Format Pengkajian Asuhan Keperawatan .....
Lampiran 5	: Surat Balasan Icme .....
Lampiran 6	: Surat Izin Penelitian RSUD Bangil .....
Lampiran 7	: Surat Balasan Penelitian dari RSUD Bangil .....
Lampiran 8	: Lembar Konsultasi Pembimbing 1 .....
Lampiran 9	: Lembar Konsultasi Pembimbing 2 .....



## DAFTAR ARTI,LAMBANG, SINGKATAN

### LAMBANG

1. mmHg : Mili meter hydrargyrum
2. °C : Derajat celsius

### SINGKATAN

1. BB : Berat Badan
2. TB : Tinggi Badan
3. RR : Respiration Rate
4. S : Suhu
5. N : Nadi
6. TTD : Tanda-tanda Vital
7. TD : Tekanan Darah
8. Tpm : Tetes per menit
9. BAB : Buang Air Besar
10. BAK : Buang Air Kecil
11. GCS : Glasgow Coma Scala
12. NGT : Naso Gastric Tube
13. CRT : Capillary Refill Time
14. NaCL : Natrium Clorida
15. WHO : World Healt Organization
16. NIC : Nursing Interventions Classification
17. NOC : Nursing Outcomes Classification
18. RSUD : Rumah Sakit Umum Daerah
19. SDKI : Standart Diagnosa Keperawatan Indonesia

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1. latar belakang

Mobilitas merupakan kebutuhan dasar manusia yang diperlukan oleh individu untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang berupa pergerakan sendi, sikap, gaya berjalan, latihan maupun kemampuan aktivitas (DeLaune & Ladner, 2011). Kehilangan kapasitas dalam melakukan gerakan akan menimbulkan dampak yang besar dalam kehidupan seseorang (Amidei, 2012)

*Stroke* merupakan hilangnya fungsi sistem saraf pusat lokal (global) yang berkembang cepat (dalam detik atau menit). Gejalanya ini berlangsung lebih dari 24 jam atau menyebabkan kematian (Ginsberg, 2008). Stroke akan mengakibatkan dampak yang fatal bagi tubuh seseorang diantaranya penurunan aktifitas atau gangguan mobilisasi fisik. Sumbatan pada darah akan mengakibatkan penurunan suplai oksigen dan nutrisi sehingga mengakibatkan gangguan pada sistem saraf pusat. Saraf yang kekurangan nutrisi lama-kelamaan akan hilangnya fungsinya. (Wangi, 2008). Kebutuhan mobilisasi merupakan kebutuhan individu untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya.

Menurut taksiran WHO, sebanyak 20,5 juta jiwa didunia sudah terjangkit stroke tahun 2011. Dari jumlah tersebut 5,5 juta jiwa telah meninggal dunia. Di kawasan Asia Tenggara terdapat 4,4 juta orang mengalami stroke (WHO, 2016). Stroke merupakan penyebab kematian kedua di dunia, sedangkan di Amerika Serikat stroke merupakan penyebab kematian ketiga terbanyak setelah kardiovaskuler dan kanker. Setiap tahun, hampir 700.000 orang Amerika

mengalami stroke, dan stroke mengakibatkan hampir 150.000 kematian. Di Indonesia penyakit ini menduduki posisi ketiga setelah jantung dan kanker. Sebanyak 28,5 % penderita meninggal dunia dan sisinya menderita kelumpuhan sebagian atau total. Hanya 15% saja dapat sembuh total dari serangan stroke dan kecacatan (Lloyd *et al*,2009).Di Provinsi Jawa Timur Riskesdas 2018 menunjukkan prevalensi Penyakit Tidak Menular mengalami kenaikan jika dibandingkan dengan Riskesdas 2013, salah satunya prevalensi stroke naik dari 7% menjadi 10,9%.Di Kabupaten Bangil sendiri penyakit stroke menduduki peringkat ke-4 dalam daftar penyakit tidak menular di Puskesmas dan di Rumah Sakit Bangil, setelah Hipertensi, Diabetes Mellitus, dan Stroke hemoragik. Jumlah penderita penyakit stroke pada tahun 2016 sebanyak 137 penderita, dan meningkat setiap tahunnya. Dan 78 penderita mengalami Stroke Hemoragik.

Stroke non hemoragik di sebabkan karena adanya adanya penyumbatan pada pembuluh darah yang menuju ke otak. Sumbatan dapat di sebabkan dua hal, yang pertama adalah karena adanya penebalan pada dinding pembuluh darah yang disebut dengan *atherosclerosis* dan bekuan darah tercampur lemak yang menempel pada dinding pembuluh darah, yang dikenal dengan trombus. Yang kedua adalah tersumbatnya pembuluh darah otak oleh emboli, yaitu bekuan darah yang berasal dari thrombus di jantung. Thrombus atau bekuan darah di jantung ini biasanya terjadi pada pasien terpasang kutup jantung buatan, setelah serangan miokard akut, atau pasien dengan gangguan irama jantung yang tidak teratur yang berasal dari serambi jantung.

Penderita stroke harus di mobilisasi sedini mungkin ketika kondisi klinis neurologis dan hemodinamik pasien sudah mulai stabil. Mobilisasi harus



dilakukan secara rutin dan terus menerus untuk mencegah terjadinya komplikasi stroke, terutama kontraktur. Latihan *range of motion* (ROM) merupakan salah satu bentuk latihan dalam proses rehabilitasi yang dinilai masih cukup efektif untuk mencegah terjadinya kecacatan pada pasien dengan stroke. Latihan ini adalah salah satu bentuk intervensi mendasar yang dapat dilakukan oleh seseorang perawat. Lewis (2011) mengemukakan bahwa sebaiknya latihan untuk pasien stroke dilakukan beberapa kali dalam sehari untuk mencegah komplikasi karena semakin dini proses rehabilitasi maka kemungkinan pasien mengalami keterbatasan mobilitasi fisik akan semakin kecil.

Melihat kompleksnya dan komplikasi dari hipertensi yang salah satunya *stroke non hemoragik* maka menulis mengambil judul “Asuhan Keperawatan Pada pasien dewasa dengan Masalah Gangguan Mobilitas fisik di Ruang Krisan RSUD Bangil”.

### 1.2 Batasan Masalah

Asuhan Keperawatan pada klien stroke non hemoragik dengan masalah Gangguan mobilisasi fisik di Ruang Krisan RSUD Bangil Kabupaten pasuruhan

### 1.3 Rumusan masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan pada klien stroke non hemoragik dengan masalah Gangguan mobilisasi fisik di ruang Krisan RSUD Bangil kabupaten pasuruhan ?



## 1.4 Tujuan

### 1.4.1 Tujuan Umum

Melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada klien stroke non hemoragik dengan masalah gangguan mobilisasi fisik di Ruang Krisan RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan

### 1.4.2 Tujuan khusus

1. Melakukan Asuhan Keperawatan Pada klien stroke non hemoragik dengan masalah gangguan mobilisasi fisik di ruang Krisan RSUD Bangil kabupaten Pasuruan
2. Menetapkan Diagnosa Keperawatan Pada klien stroke non hemoragik dengan masalah gangguan mobilisasi fisik di ruang Krisan RSUD Bangil kabupaten Pasuruan
3. Menyusun Rencana Keperawatan Pada klien stroke non hemoragik dengan masalah gangguan mobilisasi fisik di ruang Krisan RSUD Bangil kabupaten Pasuruan
4. Melakukan Tindakan Keperawatan Pada klien stroke non hemoragik dengan masalah gangguan mobilisasi fisik di ruang Krisan RSUD Bangil kabupaten Pasuruan
5. Mengevaluasi Keperawatan Pada klien stroke non hemoragik dengan masalah gangguan mobilisasi fisik di ruang Krisan RSUD Bangil kabupaten Pasuruan

## 1.5 Manfaat Penelitian

### 1.5.1 Manfaat Teoritis

Menambah khasanah keilmuan khususnya bidang kesehatan pada medikal bedah khususnya dengan masalah berhubungan dengan gangguan mobilisasifisik pada klien stroke non hemoragik

### 1.5.2 Manfaat Praktis

#### 1. Bagi Perawat

Hasil penulisan ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pemikiran dan informasi di bidang Keperawatan Medikal Bedah tentang Asuhan Keperawatan pemenuhan kebutuhan mobilisasi pada klien dengan stroke non hemoragik.

#### 2. Bagi Rumah Sakit

Asuhan Keperawatan sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktek pelayanan keperawatan khususnya pada klien gangguan mobilisasi dengan stroke non hemoragik.

#### 3. Bagi institusi pendidikan STIKes ICME

Hasil dari studi kasus ini dapat digunakan sebagai tambahan ilmu dan referensi untuk meningkatkan kualitas pendidikan di bidang keperawatan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada orang dewasa dengan masalah keperawatan Pemenuhan Kebutuhan mobilisasi fisik pada klien stroke non hemoragik.

#### 4. Bagian klien dan keluarga

Meningkatkan pengetahuan, pemahaman, pencegahan, dan penatalaksanaan kepada orang dewasa yang mengalami masalah berhubungan dengan Pemenuhan Kebutuhan mobilisasifisik pada klien stroke non hemoragik.



## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Stroke

##### 2.1.1 Definisi

Stroke merupakan penyakit serobrovaskuler yang di tandai dengan kematian jaringan di dalam otak yang berlangsung selama 24 jam atau lebih, dapat memicuterjadinya pecah pembuluh darah sehingga suplai darah ke otak menjadi berkurang dan menyebabkan otak mengalami kelainan fungsi akibat kurangnya suplai oksigen (Wijaya dan Mariza, 2013).

WHO mendefinisikan stroke adalah terjadinya gangguan fungsional otak fokal maupun global secara mendadak dan akut yang berlangsung lebih dari 24 jam akibat gangguan aliran darah otak. Stroke sering menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berpikir, daya ingat dan bentuk-bentuk kecacatan yang lain sebagai akibat gangguan fungsi otak. Black dan Hawks (2005) mengatakan bahwa stroke adalah perubahan neurologis yang diakibatkan oleh interupsi aliran darah menuju kebagian – bagian otak tertentu. Stroke adalah gangguan aliran darah ke otak secara tiba-tiba atau mendadak (Stroke, center, 2017).

##### 2.1.2 Klasifikasi

Stroke diklasifikasikan menjadi 2 golongan sesuai dengan gejala klinisnya menurut (Wijaya dan Mariza, 2003)

1. Stroke pendarahan (Hemoragik)

Merupakan stroke yang terjadi akibat adanya pendarahan pada otak serebral atau subarknoid, sehingga terjadi pecah pembuluh darah pada otak. Biasanya terjadi pada saat melakukan aktivitas aktif ataupun saat sedang beristirahat. Pada umumnya stroke iskemik akan menyebabkan kesadaran pasien menurun.

## 2. Stroke non pendarahan (Non Hemoragik)

Merupakan stroke yang terjadi akibatnya adanya emboli atau trombosis serebral, pada stroke non hemoragik tidak terjadi pendarahan namun terjadi iskemia sehingga menimbulkan hipoksia yang dapat memicu edema sekunder tetapi kesadaran umum pasien tidak mengalami penurunan atau bisa dikatakan baik.

### 2.1.3 Etiologi

Penyebab stroke dapat dibagi dua, yaitu :

#### 1. Trombosis serebri

Aterosklerosis serebral dan perlambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama trombosis serebral yang penyebab paling umum dari stroke (Smeltzer, 2005).

#### 2. Emboli serebri

Emboli serebri termasuk urutan kedua dari berbagai penyebab utama stroke bekuan darah atau material yang lain yang di bawa ke otak dari bagian otak atau bagian tubuh lain (Price, 2006).

#### 3. Hemoragik cerebral

Hemoragik cerebral pecahnya pembuluh darah serebral dengan perlahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak

Faktor resiko terjadinya stroke terbagi atas dua yaitu faktor resiko yang dapat dimodifikasi dan tidak dapat dimodifikasi. Faktor resiko yang dapat dimodifikasi diantaranya adalah gaya hidup. Beberapa penyakit yang diakibatkan oleh perubahan gaya hidup dan dapat menyebabkan terjadinya stroke yaitu hipertensi, diabetes militus, gangguan jantung (miokardium infark) dan hiperlipidemia. Hipertensi merupakan faktor resiko tertinggi terjadinya stroke. Autoregulasi serebral tidak efektif bila tekanan darah sistemik dibawah 50 mmHg dan diatas 160 mmHg (LeMone & Burke, 2008). Pengontrolan tekanan darah yang adekuat dapat menurunkan serangan stroke sebesar 38% (Biller & Love, 2000, dalam Black & Hawks, 2005). Diabetes Militus (DM) merupakan faktor resiko yang dapat meningkatkan kejadian stroke dan kematian setelah serangan stroke (Ignatavius & Workman, 2010).

Faktor resiko stroke lainnya yang dapat dimodifikasi yaitu hiperlipidemia, merokok, pemakai alkohol, pemakai kokain dan kegemukan. Hasil penelitian menunjukan bahwa peminum alkohol berat dapat meningkatkan kejadian stroke, tetapi peminum alkohol ringan dan sedang dapat mencegah stroke berulang (Reynolds, 2003, dalam Black & Hawks, 2005)

Faktor resiko yang dapat dimodifikasi diantaranya: usia, jenis kelamin, ras (American Heart Association, 2000 dalam Smeltzer&Bare, 2008) lebih lanjut dikatakan bahwa resiko tertinggi terjadinya stroke pada kelompok usia 55 tahun laki-laki lebih tinggi resiko mendapat serangan stroke dari pada wanita.

#### **2.1.4 Faktor Resiko**

Menurut (Muttaqin, 2008) factor-faktorresiko stroke antara lain :

1. Hipertensi



Hipertensi dapat disebabkan arterosklerosis dan pendarahan

## 2. Penyakit kardiovaskuler.

Pada fibrinasi atrium menyebabkan penurunan CO, sehingga perfusi darah ke otak menurun, maka otak akan kekurangan oksigen yang akhirnya terjadi stroke.

## 3. Diabetes militus

Pada penyakit Diabetes militus mengalami penyakit vaskuler, sehingga terjadi mikrovaskularisasi dan terjadi aterosklerosis, terjadi arterosklerosis dapat menyebabkan emboli yang kemudian menyumbat dan terjadi iskemia, iskemia menyebabkan perfusi otak menurun dan pada akhirnya terjadi stroke.

## 4. Merokok.

Pada perokok akan terjadi plak pada pembuluh darah oleh nikotin sehingga memungkinkan penumpukan arterosklerosis dan kemudian berakibat pada stroke.

## 5. Alkohol .

Pada alkohol dapat menyebabkan hipertensi, penurunan aliran darah ke otak dan kardial aritmia serta kelainan mobilitas pembuluh darah sehingga terjadi emboli serebral.

## 6. Peningkatan kolesterol.

Peningkatan kolesterol tubuh dapat menyebabkan arterosklerosis dan terbentuknya emboli lemak sehingga aliran darah lambat masuk ke otak, maka perfusi otak menurun.

## 7. Obesitas.

Pada obesitas kadar kolesterol tinggi, selain itu dapat mengalami hipertensi terjadi gangguan pada pembuluh darah, keadaan ini berkontribusi pada stroke.

### 2.1.5 Klasifikasi

Menurut Lumbantobing, (2004) menyatakan bahwa secara umum stroke dapat terbagi atas dua bagian yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik. Stroke dapat diklasifikasikan dengan beberapa jenis dari kedua bagian besar stroke tersebut yaitu :

#### 1. Stroke Iskemik

Menurut Lumbantobing, (2004) stroke iskemik secara patofisiologis adalah kematian jaringan otak karena pasokan darah yang tidak mencukupi. Stroke iskemik disebabkan penggumpalan darah. Penyebab utamanya adalah aterosklerosis pembuluh darah di leher dan kepala. Stroke iskemik terdiri dari:

- a. Stroke Iskemik Trombotik: Stroke jenis ini terjadi karena adanya penggumpalan pada pembuluh darah ke otak. Ini terkait dengan hipertensi dan merupakan indikator penyakit aterosklerosis.
- b. Stroke Iskemik Embolik: terjadi tidak dipembuluh darah otak, melainkan ditempat lain, seperti jantung. Penggumpalan darah terjadi di jantung, sehingga darah tidak bisa mengalir oksigen dan nutrisi ke otak.
- c. TIA (Transient Ischemic Attack): serangan iskemik sementara. Gejalanya mirip stroke, tapi hanya terjadi dalam beberapa menit. Tidak sampai berjam- jam. Gejalanya antara lain: wajah pucat, tangan atau



kaki – kanan atau kiri- lumpuh. Vertigo (sakit kepala) juga menjadialah satu gejala, juga disfagia (sulit menelan), lemahnya kedua kaki, mual, dan ataksia (jalan sempoyongan).

## 2. Stroke Hemoragik

Ini jenis stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah diotak atau pembuluh darah otak bocor. Ini bisa terjadi karena tekanan darah ke otak tiba-tiba meninggi, sehingga menekan pembuluh darah. Stroke hemoragik terdiri dari :

- a. Stroke Hemoragik Intraserebral: Pada kasus ini, sebagian besar orang yang mengalaminya bisa menderita lumpuh dan susah diobati. Pada stroke jenis ini pendarahan terjadi didalam otak. Biasanya mengenai basal ganglia, otak kecil, batang otak, dan otak besar. Jika yang terkena di daerah talamus, sering penderitanya sulit dapat ditolong meskipun dilakukan tindakan operatif untuk mengevakuasi perdarahannya.
- b. Stroke Hemoragik Subaraknoid: Memiliki kesamaan dengan stroke hemoragik intraserebral. Yang membedakannya, stroke ini dipembuluh darah diluar otak, tapi masih di daerah kepala, seperti di selaput otak bagian bawah otak. Meski tidak didalam otak, perdarahan itu bisa menekan otak. Hal ini terjadi akibat adanya aneurisma yang pecah atau AVM (arteriovenous malformation). Peneliti memasukkan teori tentang klasifikasi stroke, dikarenakan hal ini memberikan informasi kepada peneliti tentang penyebab dari jenis jenis stroke yang dialami oleh penderita stroke.

Stroke dapat diklasifikasikan menurut etiologi dan perjalanan penyakitnya.

- a. Klasifikasi stroke menurut etiologinya
  1. Stroke non hemoragik adalah stroke yang menimbulkan jaringan otak mengalami iskemik dan berlanjut pada nekrosis. Terjadi karna adanya proses trombosis, emboli dan spasme pembuluh darah otak.
  2. Stroke hemoragik adalah stroke yang menimbulkan pendarahan pada intrakarnial seperti intraserebral hemoragik, epidural hematoma, subdural hematoma, subarachnoid hematoma yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak baik karena hipertensi yang berlebihan atau pecahnya aneurisma serebral.
- b. Klasifikasi stroke menurut perjalanan penyakitnya Stroke diklasifikasikan juga sesuai dengan perjalanan penyakitnya. Perjalanan tersebut juga dapat dilihat dari kronologis kejadian awal dan mulainya serangan stroke. Menurut perjalanan penyakitnya, maka stroke dapat diklasifikasikan menjadi :
  1. Transient ischemic attacks (TIA) TIA merupakan gangguan neurologis fokal yang timbul secara tiba-tiba dan pulih kembali dalam beberapa detik sampai beberapa jam, paling lama 24 jam. Tanda dan gejala dari kelompok ini adalah gangguan neurologis lokal, terjadi selama beberapa detik sampai beberapa jam dan gejala hilang sempurna kurang 24 jam
  2. Reversible ischemic neurologic deficit (RIND) RIND mirip dengan TIA's tetapi kejadiannya lebih lama dari pada TIA's dimana gejala hilang lebih dari 24 jam tetapi lebih dari satu minggu
  3. Stroke progresif (stroke in evolution) Stroke in evolution merupakan perkembangan stroke kearah yang lebih berat yang terjadi secara perlahan

yang dapat menyebabkan kelainan neurologis menetap (permanen) dengan karakteristik seperti: selain gejala TIA's diatas yang paling menonjol adalah muncul tanda dan gejala makin lama makin bertambah buruk yang dapat terjadi dalam beberapa jam sampai beberapa hari.

4. Stroke komplet (stroke complete) Stroke komplet atau stroke lengkap adalah stroke yang menunjukkan gangguan neurologis yang permanen sejak awal serangan dan sedikit sekali memperlihatkan perbaikan. Karakteristik utama yang menjadi kriteria kelompok ini adalah berawal dari serangan TIA's yang berulang diikuti oleh stroe in evalution. Kelainan neurologi yang terjadi bersifat menetap. Perbaikan gangguan neurologis terjadi sedikit dan akan banyak menimbulkan gejala sisa. Selanjutnya, mungkin akan menetap sampai beberapa bulan atau bahkan beberapa tahun.

#### 2.1.6. Patofisiologi

Otak sangat tergantung pada oksigen dan tidak mempunyai cadangan oksigen. Jika aliran darah ke setiap bagian otak terlambat karena trombus dan embolus, maka mulai terjadi kekurangan oksigen ke jaringan otak. Kekurangan selama 1 menit dapat mengarah pada gejala kehilangan kesadaran. Jika kekurangan oksigen waktu lama dapat menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron. Area nekrotik disebut infark. Kekurangan oksigen pada awalnya mungkin, akibat dari bekuan darah, udara, plaque, atheroma flakmen lemak. Pada stroke metabolik maka otak akan mengalami iskemia dan infark sulit di tentukan. Ada peluang dominan stroke akan meluas setelah serangan pertama sehingga

dapat terjadi edema cerebral dan meningkat tekanan intrakranial. Tergantung pada daerah otak yang terkena dan luasnya saat terkena

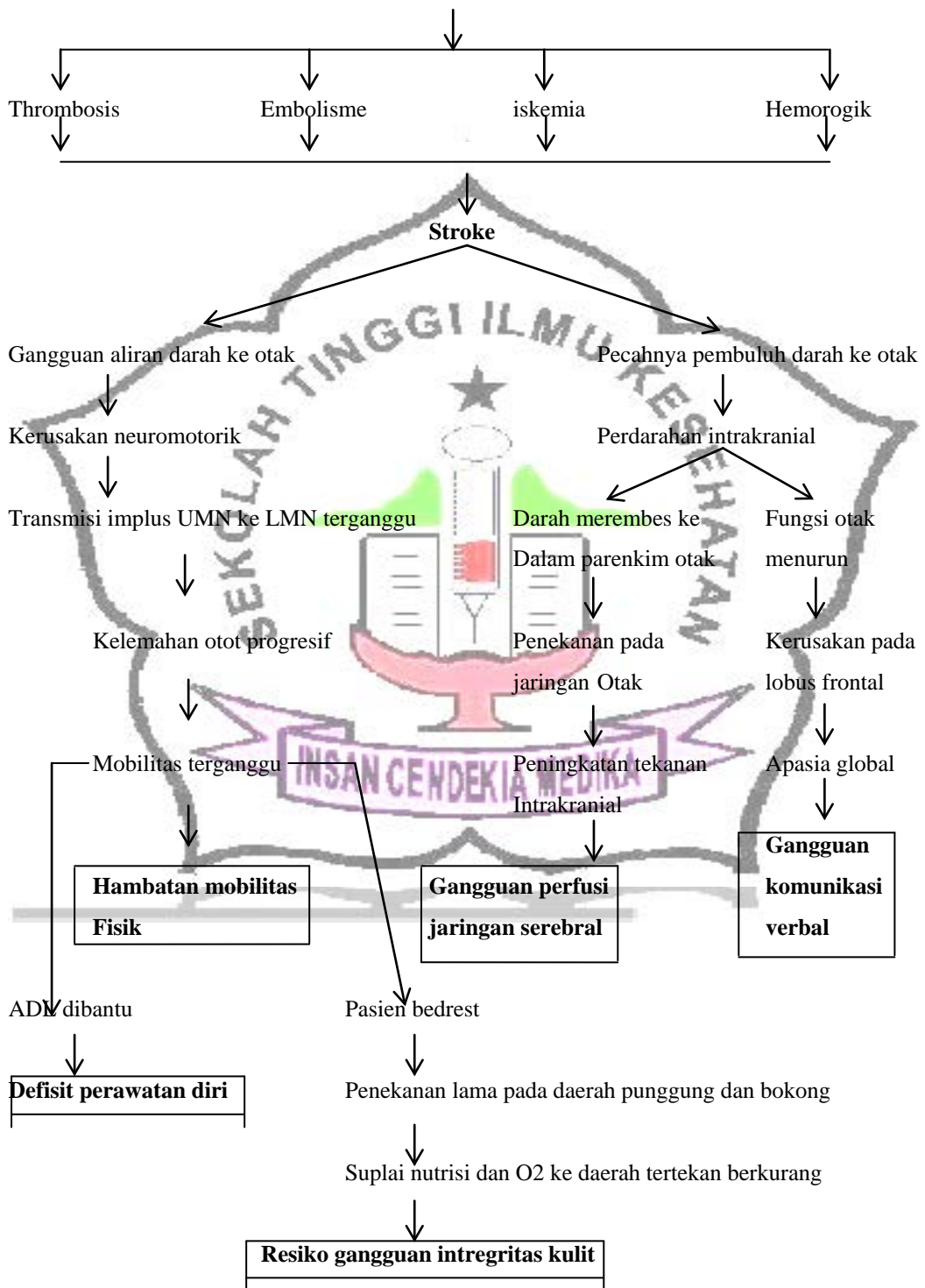
Gangguan pasokan aliran darah ke otak dapat terjadi dimana saja didalam arteri yang membentuk sirkulasi wilisi. Secara umum, apabila aliran darah ke jaringan otak terputus, selama 15 menit sampai 20 menit akan terjadi infark atau kematian jaringan. Perlu di lihat bahwa oklusi di suatu arteri tidak selalu menyebabkan infark di daerah otak yang di pendarahi arteri tersebut (Price 2005 didalam Wijaya, 2015)



### 2.1.7 Pathway

Web Of Caution CVA

Hipertensi, penyakit jantung, perdarahan serebral, DM, usia, rokok, alkohol, peningkatan kolesterol, obesitas



Gambar 2.1.7 WOC CVA (Padila, 2013)

### 2.1.8 Tanda dan gejala

Manifestasi stroke sangat beragam, tergantung dari arteri serebral yang terkena dan luasnya kerusakan jaringan serebral. Manifestasi klinik yang sering terkena dan luasnya kerusakan jaringan serebral. Manifestasi klinik yang sering terjadi diantaranya adalah kelemahan pada alat gerak, penurunan kesadaran, gangguan penglihatan, gangguan komunikasi, sakit kepala dan gangguan keseimbangan. Tanda dan gejala ini biasanya terjadi secara mendadak, fokal dan mengenai satu sisi (LeMeno & Burke, 2008)

Geoffery, et al (2008) menentukan bahwa sebagian besar pasien paksa serangan stroke memiliki keterbatasan gerak, gangguan penglihatan, gangguan bicara dan gangguan kognitif. Selain aspek fisik ditemukan pula bahwa pasien paksa serangan stroke mengalami gangguan psikologis seperti depresi, cemas, ketakutan dan menarik diri dari kehidupan sosial.

Menurut Hickey (1997) tanda dan gejala stroke iskemik dihubungkan dengan bagian arteri yang terkena sebagai berikut:

1. Arteri karotis interna Lokasi lesi yang paling biasanya pada bifurkasio arteri karotis komunis yang bercabang menjadi arteri karotis interna dan karotis eksterna. Dapat timbul berbagai sindroma dan polanya tergantung dari jumlah sirkulasi kolateral yang berbentuk. Gejalanya yang sering tampak adalah (1). Paralisis pada wajah, tangan dan kaki bagian yang berlawanan; (2). Gangguan sensori pada wajah, tangan dan kaki bagian yang berlawanan dan;



(3). Afasia jika yang terkena adalah daerah hemisfer dominan (hemisfer kiri) khususnya area Broca's atau Werhnic's atau kedua-duanya

2. Arteri serebri anterior

Arteri ini paling jarang terkena dan bila terkena akan menimbulkan gejala sebagai berikut: (1) paralisis pada kaki sisi yang berlawanan; (2). Gangguan keseimbangan; (3). Gangguan sensori pada kaki dan jari daerah berlawanan daerah terkena (4). Gangguan kognitif; dan (5) inkontinensia urin

3. Arteri serebri posterior

Gejala yang sering muncul pada kelompok ini khususnya dalam lobus otak tengah atau talamus adalah; (1). Gangguan kesadaran sampai koma; (2). Kerusakan memori; (3). Gangguan penglihatan

4. Arteri serebral media

Gejala dominan yang ditunjukkan bila terkena pada daerah ini adalah (1). Hemiplegia kontralateral pada kedua ekstremitas; (2). Kadangkadang hemianopia kontralateral (kebutaan) (3) afasia global (kalau hemisfer dominan yang terkena) yaitu gangguan semua fungsi yang ada hubungannya dengan percakapan dan komunikasi.

Menurut Geoffery, et al (2008), berdasarkan lokasinya gejala-gejala stroke terbagi menjadi berikut:

1. Bagian sistem saraf pusat: Kelemahan otot (hemiplegia), kaku, menurunnya fungsi sensorik Batang otak, dimana terdapat 12 saraf kranial: menurun kemampuan membau, mengecap, mendengar, dan melihat parsial

atau keseluruhan, refleks menurun, ekspresi wajah terganggu, pernafasan dan detak jantung terganggu, lidah lemah.

2. Cerebral cortex: aphasia (kehilangan kemampuan memakai atau memahami kata-kata), aproksia (tidak mampu melaksanakan instruksiinstruksi), daya ingat menurun, kebingungan. Jika tanda-tanda dan gejala tersebut hilang dalam waktu 24 jam, dinyatakan sebagai Transient Ischemic Attack(TIA), dimana merupakan serangan kecil atau serangan awal stroke

### 2.1.9 Faktor resiko stroke

Utami (2009) mengemukakan factor resiko stroke yang tidak dapat diubah adalah sebagai berikut:

#### 1. Keturunan

Para ahli kesehatan meyakini terdapat hubungan antar resiko stroke dengan faktor keturunan, walaupun secara tidak langsung. Risiko stroke meningkat pada seseorang dengan riwayat keluarga stroke. Seseorang dengan riwayat keluarga stroke lebih cenderung menderita diabetes dan hipertensi (Hertzberg, dkk, 2006). Hal ini mendukung hipotesa bahwa peningkatan kejadian stroke pada keluarga penyandang stroke adalah akibat diturunkannya factor risiko stroke

#### 2. Jenis kelamin

Menurut studi kasus yang sering ditemukan, laki-laki lebih berisiko terkena stroke tiga kali lipat dibanding dengan wanita. Namun, menurut laporan American Heart Association Statistics Subcommittee and Stroke Statistics Subcommittee (2007) menyebutkan bahwa kematian akibat stroke lebih banyak dijumpai pada wanita dari pada laki-laki. Hal ini diduga akibat pengaruh



hormone pasca menopause didukung oleh penelitian dari Women's Health Initiative (2004) yang mengemukakan bahwa pemakaian hormone estrogen dan progesterone pada wanita pasca menopause meningkatkan risiko terjadinya stroke tipe iskemik sebesar 44%.

### 3. Umur

Mayoritas stroke menyerang semua orang berusia di atas 50 tahun. Namun, dengan pola makan dan jenis makanan yang ada sekarang ini tidak menutup kemungkinan stroke bisa menyerang mereka yang berusia muda.

Faktor risiko yang dapat diubah adalah hipertensi, diabetes, merokok, dislipidemia dan obesitas:

#### 1. Hipertensi

Hipertensi didefinisikan tekanan darah persisten dimana tekanan darah sistolik di atas 140 mmHg dan tekanan diastolik di atas 90 mmHg.

Sedangkan pada lansia dikatakan mengalami hipertensi jika tekanan darahnya 160/90 mmHg. Hipertensi dapat mengakibatkan stroke khususnya stroke hemoragik (perdarahan) akibat tekanan yang kuat ke pembuluh darah. Tekanan darah yang tinggi bisa diakibatkan oleh diameter pembuluh darah yang kurang elastis atau adanya sumbatan berupa thrombus dan emboli (Brunner & Suddarth 2002).

Tabel 2.1 Klasifikasi hipertensi menurut Badadero, dkk (2008):

	<b>Tingkat tekanan darah sistolik</b>	<b>tekan darah diastolik</b>
I	140-159	90-99
II	160-179	100-109

III	180-209	110-119
IV	>210	>120

## 2. Diabetes

Diabetes merupakan salah satu factor resiko stroke iskemik. Diabetes akan meningkatkan resiko stroke karena mengakibatkan peningkatan fiksitas darah sehingga mempermudah terbentuknya emboli. Peningkatan kadar gula darah berbanding lurus dengan resiko stroke artinya semakin tinggi kadar gula darah seseorang maka semakin mudah terkena stroke.

Tabel 2.2 Klasifikasi Kadar Glukosa Darah (mg/dl) menurut (ACE, 2003)

Jenis Pemeriksaan Gula	Normal	GTT	DM
Gula darah puasa	80-109	110-125	≥126
2 jam setelah beban glukosa	80-144	145-179	≥180

GTT : Gangguan toleransi glukosa

DM : Diabetes mellitus

## 3. Merokok

Berbagai penelitian menghubungkan kebiasaan merokok dengan peningkatan resiko penyakit pembuluh darah (termasuk stroke). Merokok memacu peningkatan kekentalan darah, pengerasan dinding pembuluh darah, dan penimbunan plak di dinding pembuluh darah.

## 4. Dislipidemia

Banyak penelitian secara konsisten menunjukkan bahwa kolestrol darah yang tinggi dapat meningkatkan resiko stroke. Penelitian Amerenco, dkk (2006) pada 492 pasien stroke iskemik (sumbatan) menunjukkan bahwa kadar kolestrol LDL (kolestrol jahat) dan kolestrol total yang tinggi meningkatkan resiko stroke sampai dua kali lipat.

## 5. Obesitas

Seseorang dengan berat badan berlebih memiliki resiko yang tinggi untuk menderita stroke. Kurukulasuriya, atal (2006) mengatakan bahwa seseorang disebut mengalami obesitas jika indeks massa tubuh (IMT) lebih dari 30 kg/m<sup>2</sup>. Hasil penelitiannya menyimpulkan bahwa seseorang dengan indeks massa tubuh  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> memiliki resiko stroke 2,4 kali dibanding yang memiliki indeks massa tubuh  $< 30$  kg/m<sup>2</sup>. Seseorang yang mengalami obesitas akan memicu terjadinya thrombosis, penyakit arteri koroner, dan meningkatkan resiko stroke.

### 2.1.10 Dampak stroke

Gejala stroke yang muncul sangat tergantung pada bagian otak yang terganggu. Otak manusia terdiri dari otak besar (cerebrum), otak kecil (cerebellum), dan batang otak. Otak besar terdiri atas bagian besar yang disebut hemisfer, yaitu hemisfer kanan dan hemisfer kiri. Fungsi bagian tubuh sebelah kanan dikendalikan oleh hemisfer kiri dan fungsi bagian tubuh bagian kiri dikendalikan oleh hemisfer kanan.

Tabel 2.3 klasifikasi otak berdasarkan fungsinya (Sherwood, 2001):

No	Bagian otak	Fungsi	Dampak stroke
1	Lobus frontal	Gerakan, pengambilan keputusan, pembauan	Kelumpuhan, kelemahan anggota gerak (hemiplegia), disartria
2	Lobus temporal	Pendengaran, memori, emosi	Gangguan pendengaran, dimensia, marah
3	Lobus parietal	Rasa kulit, pemahaman bahasa	Gangguan sensori, aphasia
4	Lobus occipitas	Penglihatan	Gangguan pada bola mata

5	Cerebellum(otak kecil)	Keseimbangan dan koordinasi	Gangguan keseimbangan, inkontinensia
6	Batang otak	Menelan, pernapasan, dan fungsi vital	Kematian, kelumpuhan, disfagia

## 1. Kecacatan akibat stroke

Kecacatan pasca-stroke pada umumnya dinilai dengan kemampuan pasien untuk melanjutkan fungsinya kembali sebelum sakit dan kemampuan pasien untuk mandiri. Salah satu skala ukur yang paling sering dipakai untuk pasien menggambarkan kecacatan akibat stroke adalah skala Rankin.

Tabel 2.4 Klasifikasi cacat stroke menurut Skala Rankin

No	Klasifikasi	Kriteria
1	Tidak ada disabilitas yang signifikan	Dapat melakukan tugas harian seperti biasa
2	Disabilitas ringan	Tidak dapat melakukan beberapa aktivitas seperti sebelum sakit, namun dapat memenuhi kebutuhannya sendiri tanpa bantuan
3	Disabilitas sedang	Memerlukan sedikit bantuan tetapi dapat berjalan tanpa bantuan
4	Disabilitas sedang-berat	Tidak dapat berjalan tanpa bantuan dan tidak dapat memenuhi kebutuhannya sendiri tanpa bantuan
5	Disabilitas berat	Ditempat tidur bedrest, inkontinensia, memerlukan perawatan dan perhatian

## 2. Letak Kelumpuhan Akibat Serangan Stroke

### a. Kelumpuhan sebelah kiri (Hemiparesis sinistra)

Kerusakan pada sisi sebelah kanan otak yang menyebabkan kelemahan tubuh bagian kiri. Pasien dengan kelumpuhan sebelah kiri sering memperlihatkan ketidakmampuan persepsi visiomotorkehilangan memori visual dan mengabaikan sisi kiri. Penderita memberikan perhatian hanya kepada sesuatu yang berada dalam lapang pandang yang dapat dilihat (Harsono, 2006).

b. Kelumpuhan sebelah kanan (Hemiparesis Dextra)

Kerusakan pada sisi sebelah kiri otak yang menyebabkan kelemahan atau kelumpuhan tubuh bagian kanan. Penderita ini biasanya mempunyai kekurangan dalam kemampuan komunikasi verbal. Namun persepsi dan memori visuomotornya sangat baik, sehingga dalam melatih perilaku tertentu harus dengan cermat diperhatikan tahap demi tahap secara visual. Dalam komunikasi kita harus lebih banyak menggunakan body language (bahasa tubuh) (Harsono, 2006).

c. Kelumpuhan kedua sisi (Paraparesis)

Karena adanya sclerosis pada banyak tempat, penyumbatan dapat terjadi pada dua sisi yang mengakibatkan kelumpuhan satu sisi dan diikuti satu sisi lain. Timbul gangguan pseudobulber (biasanya hanya pada vaskuler) dengan tanda-tanda hemiplegic dupleks, sukar menelan, sukar berbicara dan juga mengakibatkan kedua kaki sulit untuk digerakkan dan mengalami hiperaduksi (Markam, 2002).

Setelah stroke, sel otak mati dan hematoma yang terbentuk akan diserap kembali secara bertahap. Proses alami ini selesai dalam waktu 3 bulan.



Pada saat itu, 1/3 orang yang selamat menjadi tergantung dan mungkin mengalami komplikasi yang dapat menyebabkan kematian atau cacat

Hanya 10-15 % penderita stroke bisa kembali hidup normal seperti sedia kala, sisanya mengalami cacat, sehingga banyak penderita Stroke menderita stress akibat kecacatan yang ditimbulkan setelah diserang stroke (Pinzon,2006).

Penurunan parsial total gerakan lengan dan tungkai, 90% bermasalah dalam berpikir dan mengingat, 70% menderita depresi,30% mengalami kesulitan bicara, menelan, membedakan kanan dan kiri. Stroke tak lagi hanya menyerang kelompok lansia, namun kini cenderung menyerang generasi muda yang masih produktif. Stroke juga tidak lagi menjadi milik warga kota yang berkecukupan, namun juga dialami oleh warga pedesaan yang hidup dengan serba keterbatasan.

Hal ini akan berdampak terhadap menurunnya tingkat produktifitas serta dapat mengakibatkan terganggunya sosial ekonomi keluarga. Selain karena besarnya biaya pengobatan paska stroke,(Pinzon, 2009)

### **2.1.11 Manifestasi klinis**

Menurut Smelzer dan Bere, (2002) Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologik, gejala muncul akibat daerah otak tertentu tidak berfungsi akibat terganggunya aliran darah ke tempat tersebut, tergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori).

Gejala tersebut antara lain :

- a. Umumnya terjadi mendadak, ada nyeri kepala.
- b. Parasthesia, paresis, Plegia sebagai badan.



c. Stroke adalah penyakit motor neuron atas dan mengakibatkan kehilangan control volunter terhadap gerakan motorik. Di awal tahapan stroke, gambaran klinis yang muncul biasanya adalah paralysis dan hilang atau menurunnya refleks tendon dalam.

- a. Dysphagia
- b. Kehilangan komunikasi
- c. Gangguan persepsi
- d. Perubahan kemampuan kognitif dan efek psikologis
- e. Disfungsi Kandung Kemih

#### **2.1.12 Komplikasi stroke**

1. Berhubungan dengan immobilisasi pada stroke
  - a. infeksi pernafasan
  - b. Nyeri yang berhubungan dengan daerah yang tertekan
  - c. Konstipasi
  - d. Tromboflebitis
2. Berhubungan dengan mobilisasi
  - a. Nyeri pada daerah punggung
  - b. Dislokasi sendi
  - c. Berhubungan dengan Kerusakan otak
  - d. Epilepsi
  - e. Sakit kepala
- f. Kraniotomi
- g. Hidrosifalus

### 2.1.13 Penatalaksanaan

Tujuan intervensi adalah berusaha menstabilkan tanda-tanda vital dengan melakukan tindakan sebagai berikut:

- a. Mempertahankan saluran nafas yang paten yaitu lakukan pengisapan lendir yang sering, oksigenasi, kalau perlu lakukan trakeostomi, membantu pernafasan.
- b. Mengendalikan tekanan darah berdasarkan kondisi pasien, termasuk usaha memperbaiki hipotensi dan hipertensi.
- c. Berusaha menentukan dan memperbaiki irama jantung.
- d. Menempatkan pasien dalam posisi yang tepat, harus dilakukan secepat mungkin pasien harus dirubah posisi tiap 2 jam dan dilakukan latihan-latihan gerakan pasif.
- e. Mengendalikan hipertensi dan menurunkan TIK

#### Pengobatan Konservatif

- a. Vasodilator meningkatkan aliran darah serebral (ADS) secara percobaan, tetapi maknanya: pada tubuh manusia belum dapat dibuktikan.
- b. Dapat diberikan histamin, amonophilin, asetazolamid, papaverin intra arterial.
- c. Anti agregasi thrombosis seperti aspirin digunakan untuk menghambat reaksi pelepasan agregasi trombosis yang terjadi sesudah ulserasi alteroma
- d. Anti keogulan dapat diresepkan untuk mencegah terjadinya/ memberatnya trombosis atau emboli di tempat lain di sistem kardiovaskuler

#### Pengobatan Pembedahan

Tujuan utama adalah memperbaiki aliran darah serebral

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



## 2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Stroke

### 2.2.1. Pengkajian

#### 1. Biodata

- a. Inisial :
- b. Umur :
- c. Jenis Kelamin :
- d. Suku / bangsa :

#### 2. Keluhan utama dan riwayat penyakit sekarang

Kepala terasa pusing, tidak bisa tidur, lemah, ekstermitas tidak bisa digerakkan.

#### 3. Riwayat penyakit masa lalu

Biasanya penyakit stroke ini adalah penyakit yang sudah lama di alami oleh pasien, dan biasanya pasien mengkonsumsi obat rutin

#### 4. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya penyakit stroke ini adalah penyakit tidak ada turunan dari keluarga pasien.

#### 5. Riwayat psikososial

Hubungan pasien dengan keluarga, kerabat, teman

#### 6. Pola kebiasaan sehari-hari

##### a. Nutrisi

Kebiasaan makan, menu makanan, porsi makan, porsi minum.

## b. Istirahat (tidur)

Kebiasaan tidur pasien, gangguan tidur pasien.

## c. Eliminasi

BAK (kebiasaan BAK, warna, bau)

BAB (kebiasaan BAB, warna, bau)

## d. Personal hygiene

Mandi (kebiasaan mandi, memakai sabun)

Gosok gigi (kebiasaan gosok gigi)

## 7. Pemeriksaan fisik

## a.

ulit, rambut dan kuku

Inspeksi : warna kulit, jaringan parut, lesi, dan vaskularisasi. Amati adanya pruritus, dan abnormalitas lainnya.

Palpasi : palpasi kulit untuk mengetahui suhu, turgor, tekstur, edema, dan massa.

## b. Kepala

Inspeksi : kesimetrisan muka, tengkorak, kulit kepala (lesi, massa).

Palpasi: dengan cara merotasi dengan lembut ujung jari ke bawah dari tengah tengah garis kepala ke samping. Untuk mengetahui adanya bentuk kepala pembengkakan, massa, dan nyeri tekan, kekuatan akar rambut.

## c. Mata

Inspeksi : kelopak mata, perhatikan bentuk dan kesimetrisannya. Amati daerah orbital ada tidaknya edema, kemerahan atau jaringan lunak dibawah bidang orbital, amati konjungtiva dan sklera (untuk mengetahui adanya anemis atau tidak) dengan menarik/membuka kelopak mata. Perhatikan warna, edema, dan lesi. Inspeksi kornea (kejernihan dan tekstur kornea) dengan berdiri disamping klien dengan menggunkan sinar cahaya tidak langsung. Inspeksi pupil, iris.

Palpasi : ada tidaknya pembengkakan pada orbital dan kelenjar lakrimal.

#### d. Hidung

Inspeksi : kesimetrisan bentuk, adanya deformitas atau lesi dan cairan yang keluar.

Palpasi : batang dan jaringan lunak hidung adanya nyeri, massa, penyimpangan bentuk.

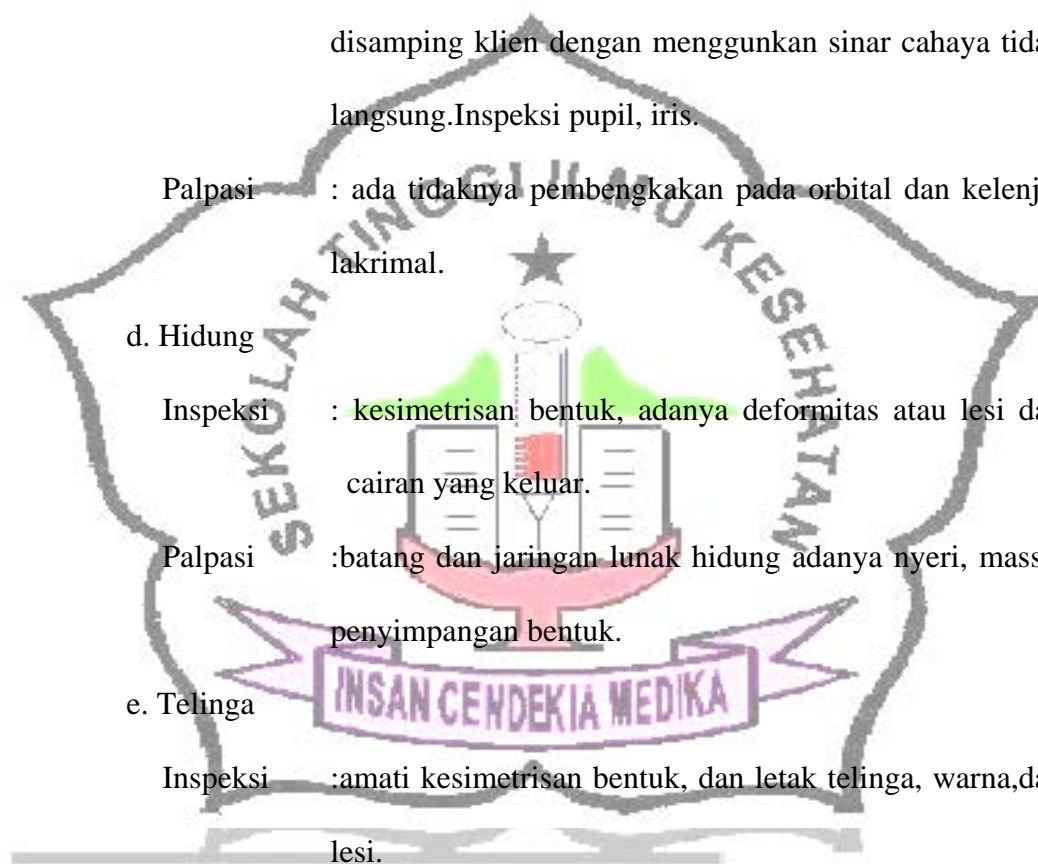
#### e. Telinga

Inspeksi : amati kesimetrisan bentuk, dan letak telinga, warna, dan lesi.

Palpasi : kartilago telinga untuk mengetahui jaringan lunak, tulang telinga ada nyeri atau tidak.

#### f. Mulut dan faring

Inspeksi : warna dan mukosa bibir, lesi, dan kelainan kongenital, kebersihan mulut, faring.





## g. Leher

Inspeksi : bentuk leher, kesimetrisan, warna kulit, adanya pembengkakan, jaringan parut atau massa.

Palpasi : kelenjar limfa/kelenjar getah bening, kelenjar tiroid.

## h. Thorak dan tulang belakang

Inspeksi : kelainan bentuk thorak, kelainan bentuk tulang belakang, pada wanita (inspeksi payudara: bentuk dan ukuran).

Palpasi : ada tidaknya krepitus pada kusta, pada wanita (palpasi payudara: massa).

## i. Paru posterior, lateral, interior

Inspeksi : kesimetrisan paru, ada tidaknya lesi.

Palpasi : dengan meminta pasien menyebutkan angka misal 7777. Bandingkan paru kanan dan kiri. Pengembangan paru dengan meletakkan kedua ibu jari tangan ke prosesus xifoideus dan minta pasien bernapas panjang.

Perkusi : dari puncak paru kebawah (supraskapularis/3-4 jari dari pundak sampai dengan torakal 10). Catat suara perkusi: sonor/hipersonor/redup.

Auskultasi : bunyi paru saat inspirasi dan akspirasi (vesikular, bronchovesikular, bronchial, tracheal: suara abnormal : wheezing, ronchi, krekels.

## j. Jantung dan pembuluh darah

Inspeksi : titik impuls maksimal, denyutan apical

Palpasi : area aorta pada interkosta ke-2 kiri, dan pindah jari-jari ke intercostae 3, dan 4 kiri daerah trikuspidalis, dan mitral pada interkosta 5 kiri. Kemudian pindah jari dari mitral 5-7 cm ke garis midklavikula kiri.

Perkusi : untuk mengetahui batas jantung (atas-bawah, kanan-kiri).

Auskultasi : bunyi jantung I dan II untuk mengetahui adanya bunyi jantung tambahan.

#### k. Abdomen

Inspeksi : ada tidaknya pembesaran, datar, cekung, kebersihan umbilikus.

Palpasi : epigastrium, lien, hepar, ginjal.

Perkusi : 4 kuadran (timpani, hipertimpani, pekak).

Auskultasi : 4 kuadran (peristaltik usus diukur dalam 1 menit, bising usus).

#### l. Genetalia

Inspeksi : inspeksi anus (kebersihan, lesi, massa, perdarahan) dan lakukan tindakan rectal touch (khusus laki-laki untuk mengetahui pembesaran prostat), perdarahan, cairan, dan bau.

Palpasi : skrotum dan testis sudah turun atau belum.

#### m. Ekstremitas

Inspeksi : inspeksi kesimetrisan, lesi, massa.

Palpasi : tonus otot, kekuatan otot.



Kaji sirkulasi : akral hangat/dingin, warna, *Capillary Refill Time* (CRT).

Kaji kemampuan pergerakan sendi.

Kaji reflek fisiologis : bisep, trisep, patela, arcilles.

Kaji reflek patologis : reflek plantar.

#### 8. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang pada penderita cva atau stroke yaitu CT scan, elektro ensefalography, foto thorax, pemeriksaan laboratorium.

### 2.2.2 Diagnosa Keperawatan

1. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

### 2.2.3 Rencana Asuhan Keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & kriteria hasil (NOC)	Intervensi (NIC)
1.	<p>Hambatan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot</p> <p>Batasan Karakteristik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dispnea setelah beraktivitas</li> <li>2. Gangguan sikap berjalan</li> <li>3. Gerakan lambat</li> <li>4. Keterbatasan rentang gerak (ROM)</li> <li>5. Ketidaknyamanan</li> <li>6. Melakukan aktivitas lain sebagai pengganti pergerakan</li> <li>7. Tremor akibat bergerak</li> </ol> <p>Factor yang berhubungan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gangguan muskulosketal</li> <li>2. Gangguan neuromuscular</li> <li>3. Gangguan sensrik perseptual</li> <li>4. Intoleransi aktivitas</li> <li>5. Kerusakan integritas struktur tulang</li> <li>6. Nyeri</li> <li>7. Penurunan kekuatan otot</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menunjukkan tingkat mobilitas.</li> <li>2. Rentang gerak optimal.</li> </ol> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam hambatan mobilitas fisik teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien meningkat dalam aktivitas fisik</li> <li>2. Mengerti tujuan dan peningkatan mobilitas</li> <li>3. Menunjukkan tindakan untuk meningkatkan mobilitas</li> <li>4. Kekuatan otot meningkat</li> </ol>	<p>Exercise therapy</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitoring vital sign sebelum atau sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan</li> <li>2. Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan</li> <li>3. Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera</li> <li>4. Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik ambulasi</li> <li>5. Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi</li> <li>6. Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan</li> <li>7. Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLs pasien</li> <li>8. Berikan alat bantu jika klien memerlukan</li> <li>9. Ajarkan pasien bagaimana</li> </ol>

#### 2.2.4 Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah suatu tindakan keperawatan terhadap klien didasarkan pada rencana keperawatan yang telah disusun untuk mencapai tujuan yang diinginkan meliputi peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping.

Implementasi keperawatan akan dapat dilaksanakan dengan baik apabila klien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Selama tahap implementasi keperawatan, perawat terus melakukan pengumpulan data dan memilih asuhan keperawatan yang paling sesuai dengan kebutuhan klien.

#### 2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah suatu tahap yang akhir menentukan apakah tujuan yang telah disusun tercapai atau tidak. Menurut Friedman (dalam Harmoko, 2012) evaluasi didasarkan pada bagaimana efektifnya intervensi – intervensi yang dilakukan oleh keluarga, perawat dan yang lainnya.

## BAB 3

### METODE PENELITIAN

#### 3.1 Desain Penelitian

Rancangan yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode penelitian deskriptif studi kasus. Penelitian studi kasus adalah suatu penelitian yang dilakukan secara intensif terinci dan mendalam terhadap suatu organisasi, lembaga atau gejala tertentu (Arikunto, 2006). Studi kasus dilakukan dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui suatu kasus yang terdiri dari unit tunggal (Notoatmodjo, 2010). Jenis penelitian studi kasus deskriptif ini dengan menggunakan metode observasi partisipatif. Metode observasi partisipatif yaitu pengalaman terhadap subyek untuk mendapatkan informasi secara mendalam, dan peneliti ikut terlibat dalam kegiatan tersebut (Lapau, 2013). Dalam studi kasus ini peneliti menggunakan dua klien yang akan dikaji sesuai keluhan dan diberi asuhan keperawatan.

Studi kasus yang menjadi pokok bahasan penelitian ini adalah digunakan untuk mengeksplorasi masalah asuhan Keperawatan Pada Klien Yang Mengalami Stroke Dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik di ruang krissan RSUD Bangil Pasuruan

### 3.2 Batasan Istilah

Untuk menghindari kesalahan<sup>36</sup> dalam memahami judul penelitian, maka peneliti sangat perlu memberikan batasan istilah yang digunakan dalam penelitian ini sebagai berikut :

1. Asuhan keperawatan adalah proses atau rangkaian kegiatan praktik keperawatan langsung kepada klien diberbagai tatanan pelayanan kesehatan yang pelaksanaannya berdasarkan kaidah profesi keperawatan dan merupakan inti praktik keperawatan (Ali, 2009).
2. Stroke merupakan penyakit serobrovaskuler yang di tandai dengan kematian jaringan di dalam otak yang berlangsung selama 24 jam atau lebih, (Wijaya dan Mariza, 2013).
3. Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik atau satu atau lebih ekstermitas secara mandiri dan terarah (Keliat, B,A, 2015)

### 3.3 Partisipan

Kasus yang digunakan peneliti dalam keperawatan umumnya adalah dua klien dan dua keluarga dengan masalah keperawatan stroke non hemoragik berhubungan dengan gangguan mobilitas fisik. Pengkajian klien dilakukan saat klien hari pertama dirawat sampai tiga hari.



### 3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

#### 1. Lokasi penelitian

Jl. Raya Raci Bangil Pasuruan adalah tempat lokasi penelitian yang dilakukan di ruang Krisan Rumah Sakit Umum Daerah Bangil

#### 2. Waktu penelitian

Penelitian klien satu di lakukan tanggal 20 April 2019 – 22 April 2019, dan klien dua di lakukan pada tanggal 21 April 2019 - 23 April 2019

### 3.5 Pengumpulan data

Agar dapat diperoleh data yang sesuai dengan permasalahan dalam penelitian ini, sangatlah diperlukan teknik mengumpulkan data. Adapun teknik tersebut adalah :

1. Wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang – dahulu – keluarga, sumber data dari klien, perawat lainnya).
2. Observasi dan Pemeriksaan fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi) pada sistem tubuh klien.
3. Studi dokumentasi (hasil dari pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan).

### 3.6 Uji keabsahan data

Untuk mengetahui kualitas data atau informasi dengan validitas tinggi uji keabsahan dengan cara sebagai berikut:

1. Memperpanjang waktu selama tiga hari dalam studi kasus, akan tetapi belum tercapai validitas untuk mendapatkan studi kasus menambah waktu selama 4-5 hari
2. Metode triangulasi pengumpulan dari semua data dan sumber yang ada yaitu klien, perawat, dan keluarga klien yang berkaitan masalah yang di teliti

### 3.7 Analisis data

Analisa data suatu penelitian dilakukan mulai awal sampai akhir penelitian, dilakukan melalui proses pelacakan, wawancara, fakta lapangan, serta bahan-bahan lainnya sehingga peneliti menyajikan hasil karya studi tulisnya. Teknik wawancara digunakan untuk membantu jawaban-jawaban rumusan peneliti. Data selanjutnya bagi peneliti dibandingkan teori yang ada. Urutan analisis data yaitu:

1. Pengumpulan data

Pengumpulan data dari hasil WOD(Wawancara, Observasi, Dokumentasi). Hasil berbentuk catatan kemudian dijadikan asuhan keperawatan

2. Mereduksi data

Dalam laporan asuhan keperawatan data yang terkumpul kemudian dipilah sesuai yang diharapkan oleh peneliti. Data obyektif dianalisis berdasarkan pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan nilai normal

### 3. Penyajian data

Penyajian data dapat dibuat dengan table, gambar, bagan atau teks naratif identitas dari responden dapat menggambarkan kerahasiaan

### 4. Kesimpulan

Membuat kesimpulan dengan cara metode induksi data yang di bahas kemudian di bandingkan secara teoritis dengan perilaku kesehatan.

## 3.8 Etik Penelitian

Beberapa prinsip etik yang perlu diperhatikan dalam penelitian antara lain:

### 1. Prinsip manfaat

- a. Bebas dari penderitaan : penelitian dilaksanakan tanpa mengakibatkan penderitaan kepada subjek
- b. Bebas dari eksploitasi: objek penelitian harus dihindari dari keadaan yang tidak menguntungkan. Subjek harus diyakinkan bahwa partisipan, informasi yang telah diberikan tidak akan digunakan dalam hal-hal yang bisa merugikan subjek
- c. Resiko (*benefits ratio*) : peneliti perlu hati-hati dalam mempertimbangkan resiko dan keuntungan yang akan berakibat pada subjek oleh tindakan yang diberikan.

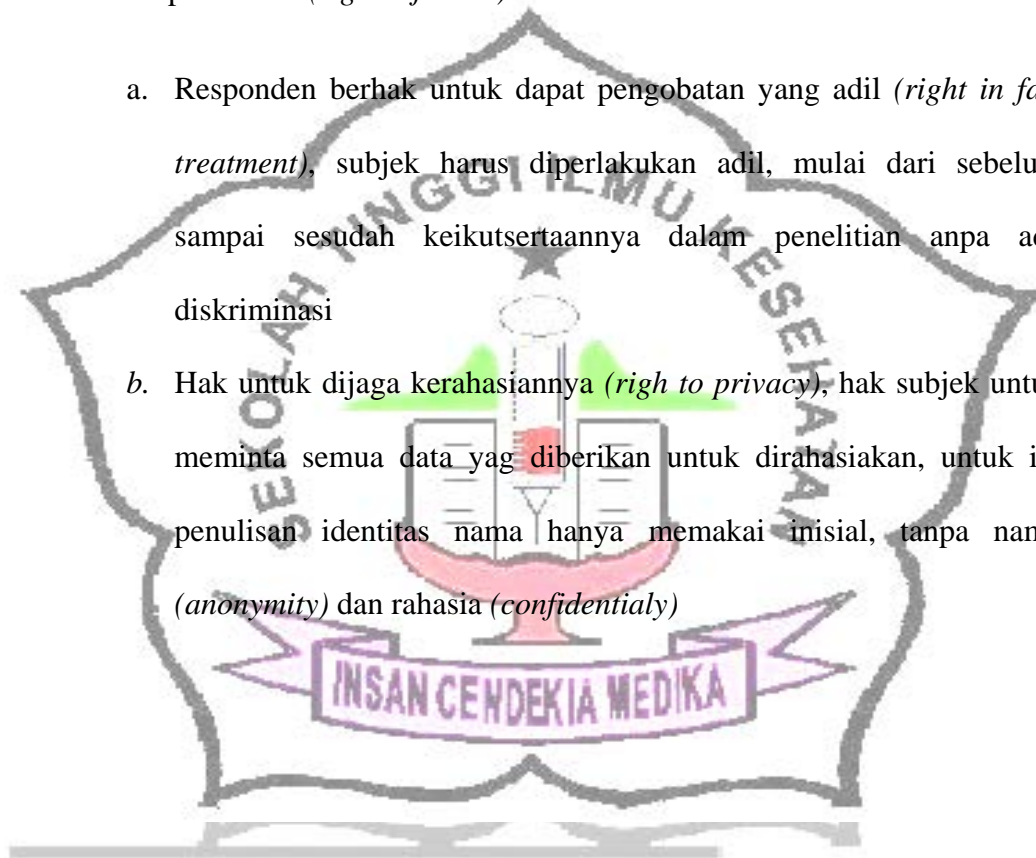
### 2. Prinsip menghargai hak asasi manusia

- a. Hak untuk setuju atau tidak setuju menjadi responden (*right to self determination*)

- b. Hak mendapatkan jaminan dari tindakan yang peneliti berikan (*right to full disclosure*)
- c. *Informed consent*, subjek mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden, dalam *informed consent* dicantumkan bahwa data yang diperoleh hanya digunakan untuk pengembangan ilmu

### 3. Prinsip keadilan (*right to justive*)

- a. Responden berhak untuk dapat pengobatan yang adil (*right in fair treatment*), subjek harus diperlakukan adil, mulai dari sebelum sampai sesudah keikutsertaannya dalam penelitian anpa ada diskriminasi
- b. Hak untuk dijaga kerahasiannya (*right to privacy*), hak subjek untuk meminta semua data yang diberikan untuk dirahasiakan, untuk itu penulisan identitas nama hanya memakai inisial, tanpa nama (*anonymity*) dan rahasia (*confidentially*)



## BAB 4

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 4.1 Hasil Penelitian

##### 4.1.1 Gambaran lokasi pengambilan data

Pengkajian dilakukan oleh peneliti bertempat Jl. Raya Raci, Bangil, Rumah sakit Umum Daerah Bangil Pasuruan di Ruang Krissan berjumlah 22 tempat tidur dan satu klien yang akan dilakukan pengkajian dengan kasus Stroke Non Hemoragik Dengan Masalah Gangguan Mobilitas fisik

##### 4.1.2 Pengkajian

###### 1. Identitas klien

Tabel 4.1 Identitas klien

Identitas klien	Klien 1	Klien 2
Nama	Ny. K	Tn.B
Umur	61 tahun	65 tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SMP	SMP
Pekerjaan	Ibu rumah tangga	Karyawan swasta
Status perkawinan	Sudah menikah	Sudah menikah
Alamat	Bugul kidul, Bangil	Gempol, Bangil
Suku/bangsa	Jawa/ Indonesia	Jawa/Indonesia
Tanggal MRS	18 April 2019	20 April 2019
Tanggal Pengkajian	20 April 2019	21 April 2019
Jam Pengkajian	06:35 WIB	16:00 WIB
No. RM	0039***	0035***
Diagnosa Masuk	Stroke Non Hemoragik	Sroke Non Hemoragik

## 2. Riwayat penyakit

Tabel 4.2 riwayat penyakit

<b>Riwayat penyakit</b>	<b>Klien 1</b>	<b>Klien 2</b>
Keluhan Utama	Klien mengatakan ½ badanya terasa lemah bagian kiri,	Klien mengatakan tangan dan kaki klien sebelah kanan terasa lemah untuk digerakkan
Riwayat penyakit sekarang	Klien datang ke IGD RSUD bangil pasuruan, diantar istrinya pada tgl 18-04-2019 pada jam 06:35 dengan keluhan ½ badanya terasa lemahtangan dan kaki klien sebelah kiri terasa lemah untuk digerakkan, di sertai pusing, bicara sedikit pelo, kemudian klien di pindah ke ruang rawat inap krissan pada jam 07:30 untuk mendapatkan tindakan perawatan lebih lanjut	Klien datang ke IGD RSUD bangil pasuruan, diantar istrinya pada tgl 20-04-2019 pada jam 07.00 dengan keluhan, pusing, mual muntah, tangan dan kaki bagian kanan terasa lemah untuk di gerakan, kemudian klien di pindah ke ruang rawat inap jam 08:00 untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut
riwayat penyakit dahulu	Klien mengatakan bahwa klien mempunyai riwayat penyakit hipertensi.	Keluarga klien mengatakan klien memiliki riwayat penyakit hipertensi kurang lebih 2 thn lalu
Riwayat penyakit keluarga	klien mengatakan bahwa ibunya mempunyai riwayat hipertensi	Klien mengatakan ayahnya mempunyai riwayat penyakit stroke
Riwayat psikosial	Klien mengatakan menerima keadaan sekarang dengan ikhlas, tabah, dan sabar	Klien mengatakan tabah dengan mengiknyahadapi peny

## 3. Perubahan pola kesehatan (pendekatan Gordon/pendekatan system)

Table 4.3 Perubahan pola kesehatan

<b>Pola Kesehatan</b>	<b>Klien 1</b>	<b>Klien 2</b>
Pola nutrisi dan cairan	Di rumah : klien makan 3x sehari dengan nasi, lauk,sayur, 1 porsi habis. Minum air putih 7-8gelas/hari  Di rumah sakit :klien mengtakan tidak nafsu mkan saat di rumah sakit, makan	Di rumah : Klien makan 3x sehari meliputi nasi, lauk, sayur 1 porsi habis dan klien minum air putih 6-7gelas/hari, klien suka makan yang berlemak  Di rumah sakit :tetap makan 3x/hari (lauk, sayur, bubur), diit



tetap 3x sehari (lauk, sayur, bubur)diit rendah garam, 1 porsi tidak habis. klien.Minum air mineral 1-2 gelas/hari	rendah garam, 1 porsi habis klien.Minum air 1-2 gelas/hari
--	--

<b>Pola Kesehatan</b>	<b>Klien 1</b>	<b>Klien 2</b>
Pola eliminasi	Di rumah : klien mengatakan buang air kecil sehari kurang lebih 4-5 kali warna kuning, bau kas urin. Buang air besar 1x sehari  Di rumah sakit : klien buang air kecil terpasang alat bantu kateter dengan jumlah 700 cc/jam	Di rumah : klien mengataka buang air kecil 5-6 dalam sehari warna kuning jernih, bau kas urin. Buang air besar 1x sehari  Di rumah sakit : klien buang air kecil terpasang alat bantu kateter dengan jumlah urin 600 cc/jam
Pola istirahat dan tidur	Di Rumah : klien tidur siang 2 jam, tidur malam 7 jam  Di Rumah Sakit :klien tidur lebih dari 10 jam	Di rumah : klien jarang tidur karena bekerja pada siang hari. Tidur Malam lebih 8 jam  Di rumah sakit :klien tidur lebih 9 jam
Pola personal hygiene	Di rumah : klien mengatkan mandi 3x/hari dengan menggunakan sabun, gosok gigi dan keramas  Di Rumah Sakit : klien mandi di seka di atas bed bantu oleh suaminya setiap pagi , menggunakan cairan bersih	Di rumah : klien mengatkan mandi 3x sehari dengan menggunakan sabun, gosok gigi, dan keramas  Di Rumah Sakit : klien mandi di seka di atas bed bantu oleh istrinya setiap pagi, menggunakan cairan bersih
Pola aktivitas	Di Rumah : klien berperan sebagai ibu rumah tangga melakukan aktivitas dengan sendiri tanpa ada bantuan orang lain  Di Rumah Sakit : klien hanya bisa berbaring di atas tempat tidur, semua aktivitas sehari-hari di bantu oleh suaminya	Di Rumah : klien melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri. Yaitu sebagai peran pekerja pabrik  Dirumah sakit: klien hanya bisa berbaring diatas tempat tidur

#### 4. Pemeriksaan Fisik (Pendekatan head to toe/pendekatan system) Table 4.4 Pemeriksaan fisik

Observasi	Klien 1	Klien 2
Kedadaan umum	Penampilan :k/u klien tampak lemah ½ badanya bagian kiri terasa lemah. Kesadaran : composmentis GCS : 4-5-1 TD : 170/90 mmHg N : 80 x/m S : 36,5 <sup>0</sup> C RR : 20 x/ menit	Penampilan :k/u lemah,hanya terbaring di tempat tidur ½ badanya terasa lemah untuk di gerakan bagian kanan. Kesadaran :composmentis GCS : 4-5-1 TD : 180/100 mmHg N : 96 x/m S : 37,7 <sup>0</sup> C RR : 22 x/ menit

Observasi	Klien 1	Klien 2
Kepala	Inspeksi : bentuk kepala simetris, oval, kulit kepala bersih, rambut panjang, warna putih, tidak ada benjolan Palpasi : tidak ada nyeri tekan	Inspeksi : bentuk kepala simetris, rambut tipis,pendek, warna rambutputih,kulit kepala bersih, tidak ada benjolan dan lesi Palpasi : tidak ada nyeri tekan
Mata	Inspeksi : mata kanan da kir simetris, sclera normal, konjungtiva merah muda ,tidak mnggunakan alat bantu penglihatan	Inspeksi : mata kanan dan kiri simetris, sklera normal, konjungtiva merah muda , alis tebal
Hidung	Inspeksi : lubang hidung simetris, tidak ada pholip, tidak ada sekret, pernafasan cuping hidung, terpasang kanul,	Inspeksi : lubang hidung simetris, tidak ada pholip, tidak ada sekret, pernafasan cuping hidung , terpasang kanul
Mulut dan tenggorokan	Inspeksi : mukosa bibir kering, gusi tidak berdarah, lidah bersih, gigi agak kurang bersih	Inspeksi : mukosa bibir kering, gusi tidak berdarah, caries gigi, lidah tampak kotor, gigi bersih
Thorax paru dan jantung	Inspeksi : bentuk dada simetris Perkusi : sonor Auskultasi : suara pernafasan vesikuler Jantung normal s1 dan s2 tunggal.	simetris Perkusi : sonor Auskultasi : suara nafas vasikuler Jantung normal s1 dan s2 tunggal.
Abdomen	Inspeksi :bentuk perut klien simetris,buncit, tidak ada lesi tidak nampak keloid Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran liver, tidak ada benjolan Perkusi : timpani	Inspeksi : bentuk perut simetris, datar,tidak ada keloid Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran liver Perkusi : timpani (kembung) Auskultasi : Bising usus 20x/menit

	(kembung) Auskultasi : Bising usus 15x/menit	
Ekstremitas dan persendian	Ekstremitas Atas : Inspeksi : tidak ada odema pada tangan kanan dan kiri, terpasang infus asering 16 tpm di tangan kanan Palpasi : tidak ada odem	Atas : Inspeksi : tidak ada fraktur, terpasang infus asering 14 tpm di tangan kiri, Palpasi : tidak ada odem

Observasi	Klien 1	Klien 2								
	Ekstremitas Bawah : Inspeksi : tidak ada fraktur Palpasi : tidak ada odem Kekuatan otot : <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">3</td><td style="padding: 0 5px;">5</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">3</td><td style="padding: 0 5px;">5</td></tr> </table>	3	5	3	5	Ekstremitas Bawah : Inspeksi : tidak ada fraktur Palpasi : tidak ada odem Kekuatan otot : <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td><td style="padding: 0 5px;">3</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td><td style="padding: 0 5px;">3</td></tr> </table>	5	3	5	3
3	5									
3	5									
5	3									
5	3									
Genitalia	Inspeksi : terpasang kateter Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih	Inspeksi : terpasang kateter Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih								

## 5. pemeriksaan diagnostik

Tabel 4.5 Hasil pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan	Hasil		Nilai normal
	Klien 1	Klien 2	
<b>Tanggal pemeriksaan</b>			
Laboratorium			
Darah lengkap			
Leukosit (WBC)	9,664	12,20	3,70-10,1
Neutrofil	6,2	10,8	
Limfosit	2,5	0,8	
Monosit	0,6	0,5	

Eosinofil	0,3	0,0	
Basofil	0,1	0,1	
Neutrofil %	63,7	88,6	39,3-73,7
Limfosit %	25,7	6,8	18,0-48,3
Monosit %	6,4	3,9	4,40-12,7
Eosinofil %	3,2	0,0	0,600-7,30
Basofil %	1,0	0,7	0,00-1,70
Eritrosit (RBC)	5,079	5,410	4,6-6,2
Hemoglobin	14,46	16,36	13,5-18,0

Hematokrit	44,37	49,21	40-54
MCV	87,05	90,95	81,1-96,0
MCH	28,37	30,23	27,0-31,2
MCHC	32,59	33,24	31,8-35,4
RDW	12,91	12,49	11,5-14,5
PLT	217	229	155-366
MPV	7,593	7,969	6,90-10,6

**KIMIA****FAAL GINJAL**

BUN	22	36	7,8-20,23
Kreatinin	170,46	1,304	0,8-1,3

**ELEKTROLIT**

Natrium	143,70	145,00	135-147
Kalium	2,87	4,10	3,5-5
Klorida	98,50	101,0	95-105
Kalsium ion	1,320	1,350	1,16-1,32

GULA DARAH			
Gula darah sewaktu	129	111	< 200

6. Terapi klien

Tabel 4.6 terapi klien

Klien 1	Klien 2
Infus Asering 500cc/24 jam	Infus Asering 1000cc/24 jam
Injeksi Antrain 3x1 gr	Injeksi Antrain 3x1 gr
Injeksi ceftriaxon 3x1gr	Injeksi Pantoprazol 3x40 mg
Injeksi Omeprazol 1x40 mg	Injeksi ceftriaxon 2x1gr
Injeksi Citicoline 2x500 mg	Injeksi Kalmeco 1x500 mg
P.O Neurosanbe 3x1 tab	Injeksi ranitidine 1x1mg

4.1.3 Analisa Data

Tabel 4.7 Analisa data

Analisa data	Etiologi	Masalah keperawatan
<b>Klien 1</b>		
<p>Ds : Klien mengatakan tangan dan kaki kiri terasa lemas untuk digerakkan, bicara sedikit pelo, pusing</p> <p>DO: k/u lemah, hanya terbaring ditempat tidur tanpa melakukan aktivitas apapun</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>beraktifitas tampak di keluarganya</li> <li>hygiene dibantu sepenuhnya dan perawat</li> <li>Tanda-tanda vital TD : 170/90 mmHg</li> <li>N : 80x/menit</li> <li>S : 36,5°C</li> <li>RR : 20x/menit</li> </ol>	<p>Perdarahan serebral</p> <p>↓</p> <p>stroke</p> <p>↓</p> <p>gangguan aliran darah ke otak</p> <p>↓</p> <p>kelemahan otot progresif</p> <p>↓</p> <p>gangguan</p>	<p>Mobilitas fisik</p>

5.	infus asering 500cc/24jam kanan klien	Terpasang pada tangan	mobilitas fisik
6.	diberikan untuk Injeksi Antrain 3x1 gr Injeksi ceftriaxon 3x1gr Injeksi Omeprazol 1x40 mg Injeksi Citicoline 2x500 mg	Terapi yang	
7.	tonus otot	3 5 3 5	Kekuatan



Klien 2 Etiologi

Masalah

Keperawatan



Ds : Keluarga klien mengatakan tangan dan kaki kanan terasa lemah untuk digerakkan, di sertai pusing, mual, muntah	Perdarahan serebral	Mobilitas fisik
Do: k/u lemah, hanya terbaring ditempat tidur tanpa melakukan aktivitas apapun	↓ stroke	
1. beraktifitas tampak di keluarganya	Klien dalam bantu oleh keluarga	↓ gangguan aliran darah ke otak
2. hygiene dibantu sepenuhnya dan perawat	Personal oleh keluarga	↓ kelemahan otot progresif
3. Tanda-tanda vital TD : 170/90 mmHg	GCS: 4-5-6 Observasi	↓ gangguan mobilitas fisik
N : 80x/menit		
S : 36,5°C		
RR : 20x/menit		
5. infus asering 500cc/24jam kanan klien	Terpasang pada tangan	
6. diberikan untuk Injeksi Pantoprazol 3x40 mg Injeksi ceftriaxson 2x1gr Injeksi Kalmeco 1x500 mg Injeksi ranitidine 1x1mg	Terapi yang	
7. tonus otot	Kekuatan	
5 3 5 3		

4.1.4 Diagnosa keperawatan

Tabel 4.8 Diagnosa keperawatan

Klien	Diagnosa keperawatan
Klien 1	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan otot
Klien 2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan kelemahan otot

## 4.1.5 Intervensi keperawatan

Tabel 4.9 Intervensi keperawatan

Diagnosa keperawatan	NOC	NIC
Klien 1	Tujuan	Intervensi
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan otot	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x/24 jam diharapkan klien menunjukkan peningkatan dalam mobilitas fisik dengan kriteria hasil NOC : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien meningkat dalam aktivitas fisik</li> <li>2. Klien dapat adls sendiri</li> <li>3. Observasi tanda-tanda vital normal</li> <li>4. Mengalami peningkatan kekuatan otot</li> <li>5. Keluarga pasien mampu memahami tentang tehnik mobilisasi</li> </ol>	Terapi Latihan <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan latihan miring kana dan kiri</li> <li>2. Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana latihan sesuai dengan kebutuhan klien</li> <li>3. Kalaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi obat</li> <li>4. Ajarkan klien atau keluarga klien tentang teknik pelatihan gerak pasif</li> <li>5. Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi</li> <li>6. Latih pasien dalam pemenuhan adls secara mandiri</li> <li>7. Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi</li> <li>8. Monitor tanda-tanda vital</li> <li>9. Lakukan tirah baring setiap 2 jam sekali</li> <li>10. Berikan penkes kepada keluarga klien tentang mobilitas</li> <li>11.</li> </ol>

## Intervensi keperawatan klien 2

Klien 2	Tujuan	Intervensi
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan otot	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan klien menunjukkan peningkatan dalam mobilitas fisik dengan kriteria hasil NOC :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien meningkat dalam aktivitas fisik</li> <li>2. Klien dapat adls sendiri</li> <li>3. Observasi tanda-tanda vital normal</li> <li>4. Mengalami peningkatan kekuatan otot</li> <li>5. keluarga klien mampu memahami tentang teknik mobilisasi</li> </ol>	<p>Terapi Latihan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan latihan miring kana dan kiri</li> <li>2. Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana latihan sesuai dengan kebutuhan klien</li> <li>3. Kalaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi obat</li> <li>4. Ajarkan klien atau keluarga klien tentang teknik pelatihan gerak pasif</li> <li>5. Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi</li> <li>6. Latih pasien dalam pemenuhan adls secara mandiri</li> <li>7. Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi</li> <li>8. Monitor tanda-tanda vital</li> <li>9. Lakukan tirah baring setiap 2 jam sekali</li> <li>10. Berikan penkes kepada keluarga klien tentang mobilitas</li> <li>11. Mengkaji frekuensi mual, tingkat muntah</li> <li>12. Mengevaluasi efek mual terhadap nafsu makan pasien</li> <li>13. Memenuhi kebutuhan nutrisi klien dan mencegah mual</li> <li>14. Menghindari efek mual dan mencegah muntah</li> <li>15. Kalaborasi pemberian obat IV ondansetron jika mual</li> <li>16. Berikan istirahat dan tidur yang adekuat untuk mengurangi mual</li> </ol>

#### 4.1.5 Implementasi keperawatan

##### 1. Implementasi keperawatan pada klien 1

Tabel 4.10 Implementasi keperawatan pada klien 1

Hari/ tanggal Sabtu 20-04-2019		Hari/tanggal Minggu 21-04-2019		Hari/tanggal : Senin 18-22-2019		Paraf
waktu	Implemetasi	waktu	Implemetasi	waktu	Implemetasi	
08.00	Ajarkan tehnik posisi mika-miki dan berikan bantuan jika diperlukan	08.00	Ajarkan tehnik posisi mika-miki dan berikan bantuan jika diperlukan	08.00	Ajarkan tehnik posisi mika-miki dan berikan bantuan jika diperlukan	
08.15	Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana latihan sesuai dengan kebutuhan klien	08.15	Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana latihan sesuai dengan kebutuhan klien	08.15	Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana latihan sesuai dengan kebutuhan klien	
09.00	Kalaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi obat Infus Asering 500cc/24 jam Injeksi Antrain 3x1 gr Injeksi ceftriaxson 3x1gr Injeksi Omeprazol 1x40 mg Injeksi Citicoline 2x500 mg P.O Neurosanbe 3x1 tab	09.00	Kalaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi obat Infus Asering 500cc/24 jam Injeksi Antrain 3x1 gr Injeksi ceftriaxson 3x1gr Injeksi Omeprazol 1x40 mg Injeksi Citicoline 2x500 mg Injeksi ranitidine 1x1mg	09.00	Kalaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi obat Infus Asering 500cc/24 jam Injeksi Antrain 3x1 gr Injeksi ceftriaxson 3x1gr Injeksi Omeprazol 1x40 mg Injeksi Citicoline 2x500 mg P.O Neurosanbe 3x1 tab	

Hari/ tanggal	Hari/ tanggal	Hari/ tanggal	paraf
Sabtu 20-04-2019	minggu 21-04-2019	senin 22-04-2019	
waktu	implementasi	waktu	implementasi
09.30	Ajarkan klien atau keluarga klien tentang teknik pelatihan gerak pasif	09.30	Ajarkan klien atau keluarga klien tentang teknik pelatihan gerak pasif
10.00	Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi	10.00	Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi
10.30	Latih pasien dalam pemenuhan adls secara mandiri	10.30	Latih pasien dalam pemenuhan adls secara mandiri
11.00	Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi	11.00	Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi
11.30	Monitor tanda-tanda vital TD : 170/90 mmHg N : 101x/menit S : 36,2°C RR : 20x/menit GCS: 4-5-6	11.30	Monitor tanda-tanda vital TD : 160/90 mmHg N : 90x/menit S : 36,0°C RR : 21x/menit GCS:4-5-6
		11.30	Monitor tanda-tanda vital TD : 130/90 mmHg N : 98x/menit S : 36,2°C RR : 22x/menit GCS:4-5-6

## 1. Implementasi keperawatan pada klien 2

Tabel 4.11 Implementasi keperawatan pada klien 2

Hari/ tanggal	Hari/tanggal	Hari/tanggal : Selasa	Para
Minggu 21-04-2019	Senin 22-04-2019	23-04-2019	f
waktu	Implemetasi	Waktu	Implemetasi
08.00	Mengkaji frekuensi mual, tingkat muntah	08.00	Mengevaluasi efek mual terhadap nafsu makan pasien
08.30	Kalaborasi pemberian obat IV ondansentron jika mual	08.30	Memenuhi kebutuhan nutrisi klien dan mencegah mual
09.00	Kalaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi obat Infus Asering 1000cc/24 jam Injeksi Antrain 3x1 gr Injeksi Pantoprazol 3x40 mg Injeksi ceftriaxson 2x1gr Injeksi Kalmeco 1x500 mg P.O Neurosanbe 3x1 tab	09.00	Kalaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi obat Infus Asering 1000cc/24 jam Injeksi Antrain 3x1 gr Injeksi Pantoprazol 3x40 mg Injeksi ceftriaxson 2x1gr Injeksi Kalmeco 1x500 mg P.O Neurosanbe 3x1 tab



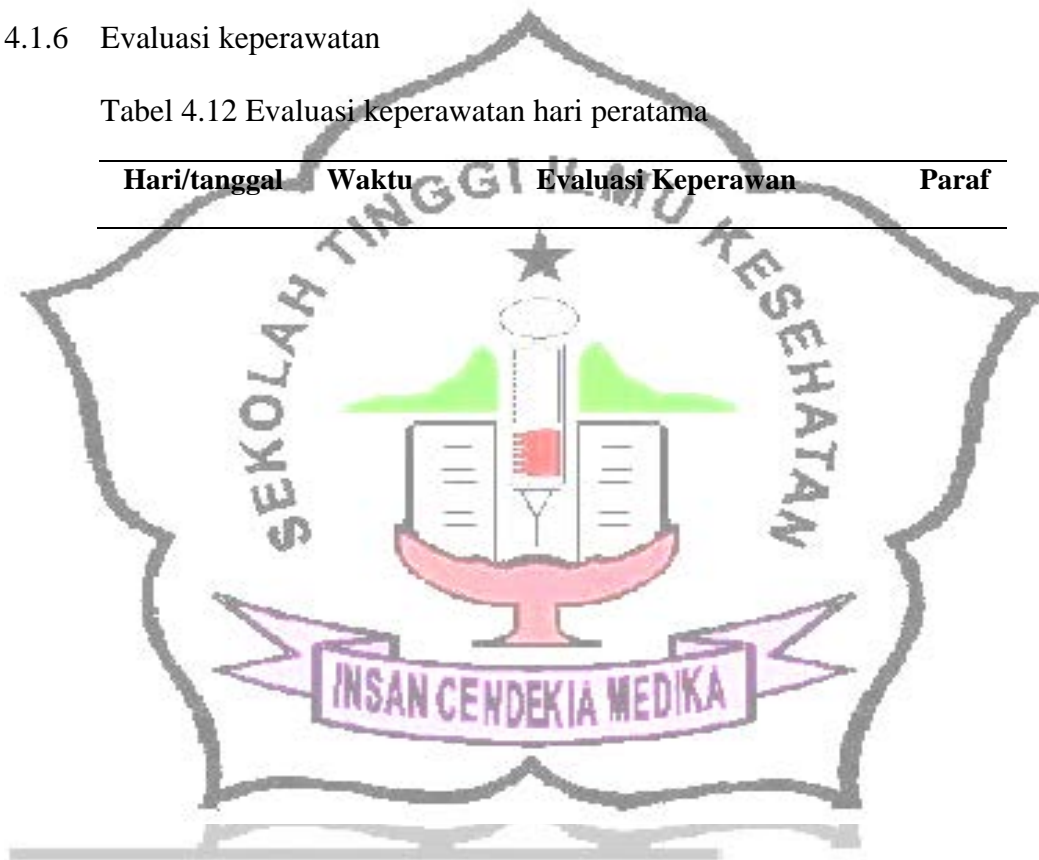
09.30	Ajarkan klien atau keluarga klien tentang teknik pelatihan gerak pasif	08.30	Berikan istirahat dan tidur yang adekuat untuk mengurangi mual	08.30	Ajarkan klien atau keluarga klien tentang teknik pelatihan gerak pasif
-------	--	-------	--	-------	--

waktu	implementasi	Waktu	implementasi	Waktu	implementasi	Paraf
10.00	Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi	10.00	Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi	10.00	Kaji kemampuan pasien dalam Mobilisasi	
10.30	Latih pasien dalam pemenuhan adls secara mandiri	10.30	Latih pasien dalam pemenuhan adls secara mandiri	10.30	Latih pasien dalam pemenuhan adls secara mandiri	
11.00	Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi	11.00	Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi	11.00	Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi	
11.30	Monitor tanda-tanda vital TD : 170/90 mmHg N : 101x/menit S : 36,2°C RR :20x/menit GCS: 4-5-6	11.30	Monitor tanda-tanda vital TD : 160/90 mmHg N : 90x/menit S : 36,0°C RR :21x/menit GCS:4-5-6	11.30	Monitor tanda-tanda vital TD : 130/90 mmHg N : 98x/menit S : 36,2°C RR :22x/menit GCS:4-5-6	

#### 4.1.6 Evaluasi keperawatan

Tabel 4.12 Evaluasi keperawatan hari pertama

Hari/tanggal	Waktu	Evaluasi Keperawatan	Paraf
--------------	-------	----------------------	-------



<b>Klien 1</b>  Minggu 20 april 2019	08.00	S : pasien mengatakan ½ badanya terasalemah tangan dan kaki kiri tidak bisa digerakan, bicara pelo, di sertai kepala pusing				
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan otot		<p>O: keadaan umum cukup lemah, mukosa bibir kering, kesadaran composmentis</p> <p>GCS: 4-5-1</p> <p>TTV</p> <p>TD : 170/90mmHg</p> <p>Nadi : 80x/menit</p> <p>suhu : 36,5°C</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>Terpasang infus asering 500cc/24jam</p> <p>Kekuatan otot</p> <table border="1" data-bbox="1029 896 1165 974"> <tr> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </table>	3	5	3	5
3	5					
3	5					
		<p>A : malash belum teratasi sebagian ,</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajarkan – klien posisi miring kanan dankiri</li> <li>- Observasi tanda-tanda vital</li> <li>- Kalaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat</li> <li>- Infus Asering 500cc/24 jam</li> <li>- Injeksi Antrain 3x1 gr</li> <li>- Injeksi ceftriaxon 3x1gr</li> <li>- Injeksi Omeprazol 1x40 mg</li> <li>- Injeksi Citicoline 2x500 mg</li> <li>- P.O Neurosanbe 3x1 tab</li> <li>- Berikan alat bantu klie jika membutuhkan</li> <li>- Kaji kemampuan saat mobilisasi klien</li> <li>- Bantu klien dalam pemenuhan adls</li> </ul>				

Evaluasi klien 2 hari pertama

Klien 2	Waktu	Evaluasi Keperawatan				
16 April 2019	14.00	<p>S: klien mengatakan ½ badanya terasa lemah, kepala terasa pusing, mual, muntah</p> <p>O: keadaan umum cukup lemah, mukosa bibir kering, kesadaran composmentis</p> <p>GCS: 4-5-1</p> <p>hasil ttv :</p> <p>TD : 180/90 mmHg,</p> <p>N : 82x/menit,</p> <p>S : 36°C,</p> <p>RR : 18x/menit,</p> <p>Terpasang infus asering 500cc/24jam tangan sebelah kiri</p>				
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan otot		<p>Kekuatan otot</p> <table border="1"> <tr> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </table> <p>A : masalah belum teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi di lanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajarkan klien posisi miring kanan dan kiri</li> <li>- Observasi tanda-tanda vital</li> <li>- Kalaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat</li> <li>- 1000cc/24 jam</li> <li>- Injeksi Antrain 3x1 gr</li> <li>- Injeksi Pantoprazol 3x40 mg</li> <li>- Injeksi ceftriaxson 2x1gr</li> <li>- Injeksi Kalmeco 1x500 mg</li> <li>- P.O Neurosanbe 3x1 tab</li> <li>- Kaji kemampuan mobilisasi klien</li> <li>- Monitoring kekuatan klien saat melakukan mobilitas</li> <li>- Bantu klien dalam pemenuhan adls</li> <li>- Ajarkan klien tirah baring setiap 2 jam sekali di atas tepat tidur</li> <li>- Mengkaji frekuensi mual, tingkat muntah</li> <li>- Mengevaluasi efek mual terhadap nafsu makan pasien</li> <li>- Menghindari efek mual dan mencegah muntah</li> <li>- Memenuhi kebutuhan nutrisi klien dan mencegah mual</li> </ul>	5	3	5	3
5	3					
5	3					

Tabel 4.13 Evaluasi keperawatan hari kedua

Hari/tanggal	Waktu	Evaluasi Keperawatan	Paraf				
Klien 1  Selasa 17 April 2019  Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan otot	14.00	<p>S : klien mengatakan ½ badanya bagian kiri, lemah dan tangan dan kaki sedikit bisa di gerakan, kepala tidak terasa pusing, bicara pelo</p> <p>O : keadaan umum cukup lemah, mukosa bibir kering, kesadaran composmentis</p> <p>GCS: 4-5-1</p> <p>TTV :</p> <p>TD : 150/90mmHg,</p> <p>N : 94x/menit,</p> <p>S: 36,2°C,</p> <p>R: 20x/menit, pasien tampak lebih kuat, kekuatan otot</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajarkan klien posisi miring kanan dan kiri</li> <li>- Kalaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi obat</li> </ul> <p>Infus Asering 500cc/24 jam            Injeksi Antrain 3x1 gr            Injeksi ceftriaxon 3x1 gr            Injeksi Omeprazol 1x40 mg            Injeksi Citicoline 2x500 mg            P.O Neurosanbe 3x1 tab</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoring kekuatan dalam melakukan mobilitas</li> <li>- Menganjurkan klien tirah baring di atas bed 2 jam sekali</li> <li>- Berikan alat bantu klien jika membutuhkan</li> <li>- Bantu klien dalam pemenuhan adls</li> </ul>	4	5	4	5	
4	5						
4	5						

Tabel 4.13 Evaluasi keperawatan hari kedua

Hari/tanggal	Waktu	Evaluasi Keperawatan	Paraf
Klien 1 Selasa 17 April 2019	14.00	<p>S: klien mengatakan ½ badanya bagian kiri terasalemah di gerakan, tangan sedikit bisa di gerakan, kepala tidak terasa pusing, bicara pelo</p> <p>O : keadaan umum cukup lemah, mukosa bibir kering, kesadaran composmentis</p> <p>GCS: 4-5-1</p> <p>TTV :</p> <p>TD : 150/90mmHg,</p> <p>N : 94x/menit,</p> <p>S: 36,2°C,</p> <p>R: 20x/menit, pasien tampak lebih kuat, kekuatan otot</p>	
		<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan otot</p>	
		<p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajarkan klien posisi miring kanan dan kiri</li> <li>- Kalaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi obat</li> <li>Infus Asering 500cc/24 jam</li> <li>Injeksi Antrain 3x1 gr</li> <li>Injeksi ceftriaxon 3x1gr</li> <li>Injeksi Omeprazol 1x40 mg</li> <li>Injeksi Citicoline 2x500 mg</li> <li>P.O Neurosanbe 3x1 tab</li> <li>- Monitoring kekuatan dalam melakukan mobilitas</li> <li>- Menganjurkan klien tirah baring di atas bed 2 jam sekali</li> <li>- Berikan alat bantu klien jika membutuhkan</li> <li>- Bantu klien dalam pemenuhan adls Ajarkan klien tirah baring setiap 2 jam sekali di atas tepat tidur</li> <li>- Mengkaji frekuensi mual, tingkat</li> </ul>	



- 
- muntah
  - Mengevaluasi efek mual terhadap nafsu makan pasien
  - Menghindari efek mual dan mencegah muntah
  - Memenuhi kebutuhan nutrisi klien dan mencegah mual
- 

Evaluasi keperawatan klien 2 hari kedua

Klien 2	Waktu	Evaluasi keperawatan	Paraf				
Selasa 17 April 2019  Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan otot	14.00	<p>S: klien mengatakan ½ badanya bagian kiri masih lemah dan tangan dan kaki sedikit bisa di gerakan, pusing, mual, muntah sudah berkurang</p> <p>O : keadaan umum cukup lemah, mukosa bibir kering, kesadaran composmentis GCS: 4-5-1 hasil ttv : TD : 130/90 mmHg, Nadi : 82x/menit, Suhu : 36°C, RR : 18x/menit, pasien tampak lebih kuat dari sebelumnya, kekuatan otot</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </table> <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajarkan klien miring kanan dan kiri</li> <li>- Monitoring kekuatan dalam mobilisasi</li> <li>- Kalaborasi dalam pemberian terapi 1000cc/24 jam Injeksi Antrain 3x1 gr Injeksi Pantoprazol 3x40 mg Injeksi ceftriaxon 2x1gr Injeksi Kalmeco 1x500 mg P.O Neurosanbe 3x1 tab3.</li> <li>- Berikan alat bantu klien jika membutuhkan</li> <li>- Bantu klien dalam pemenuhan adls</li> <li>- Monitoring kekuatan dalam melakukan mobilitas</li> <li>- Mengajarkan klien tirah baring di atas bed 2 jam sekali</li> <li>- Mengkaji frekuensi mual, tingkat muntah</li> </ul>	5	5	5	4	
5	5						
5	4						

- Mengevaluasi efek mual terhadap nafsu makan pasien
- Menghindari efek mual dan mencegah muntah
- Memenuhi kebutuhan nutrisi klien dan mencegah muntah

Tabel 4.14 Evaluasi keperawatan hari ketiga

Hari/tanggal	Waktu	Evaluasi Keperatan	Paraf				
<b>Klien 1</b> Rabu 18 April 2019	14.00	<p>S : klien mengatakan masih mengalami kelemahan gerak, bicara masih pelo</p> <p>O : keadaan umum cukup lemah, mukosa bibir kering, kesadaran composmentis            GCS: 4-5-1            TTV :            TD : 130/90mmHg,            N : 97x/menit,            S: 36,0°C            RR : 20x/menit            kekuatan otot</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table> <p>A : Tujuan tercapai, masalah teratasi,            P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajarkan klien posisi miring kanan dan kiri</li> <li>- Kalaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi obat</li> <li>Infus Asering 500cc/24 jam</li> <li>Injeksi Antrain 3x1 gr</li> <li>Injeksi ceftriaxon 3x1gr</li> <li>Injeksi Omeprazol 1x40 mg</li> <li>Injeksi Citicoline 2x500 mg</li> <li>P.O Neurosanbe 3x1 tab</li> <li>- Monitoring kekuatan dalam melakukan mobilitas</li> <li>- Berikan alat bantu klien membutuhkan</li> <li>- Menganjurkan klien tirah baring di atas bed 2 jam sekali</li> <li>- Bantu klien pemenuhan adls</li> <li>- Mengkaji frekuensi mual, tingkat muntah</li> <li>- Mengevaluasi efek mual terhadap nafsu makan pasien</li> </ul>	5	5	5	5	
5	5						
5	5						

## Evaluasi keperawatan hari ketiga

Klien 2	Waktu	Evaluasi Keperawatan	Paraf				
<p>Senin 17 April 2019</p> <p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan otot</p>	14.00	<p>S: klien mengatakan kelemahan anggota gerak bagian kanan tidak kambuh, pusing, mual, muntah tidak kambuh</p> <p>O :keadaan umum cukup lemah, mukosa bibir kering, kesadaran composmentis GCS: 4-5-1 TTV TD : 130/90 mmHg, N : 82x/menit S : 36°C, RR : 18x/menit, pasien tampak lebih kuat dari sebelumnya, kekuatan otot</p> <table border="1"> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </table> <p>A :Masalah belum teratasi sepenuhnya P :intervensi lanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajarkan klien posisi miring kanan dan kiri</li> <li>- Kalaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi obat Infus Asering 500cc/24 jam Injeksi Antrain 3x1 gr Injeksi ceftriaxon 3x1gr Injeksi Omeprazol 1x40 mg Injeksi Citicoline 2x500 mg P.O Neurosanbe 3x1 tab</li> <li>- Monitoring kekuatan dalam melakukan mobilitas</li> <li>- Berikan alat bantu klien membutuhkan</li> <li>- Menganjurkan klien tirah baring di atas bed 2 jam sekali</li> <li>- Bantu klien pemenuhan adls</li> <li>- Ajarkan klien tirah baring setiap 2 jam sekali di atas tepat tidur</li> <li>- Mengkaji frekuensi mual, tingkat muntah</li> <li>- Mengevaluasi efek mual terhadap nafsu makan pasien</li> </ul>	5	5	5	4	
5	5						
5	4						

- 
- Menghindari efek mual dan mencegah muntah
  - Memenuhi kebutuhan nutrisi klien dan mencegah mual



#### 4.2 Pembahasan

Bab ini disajikan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan yang disajikan untuk menjawab tujuan khusus. Semua temuan perbedaan diuraikan dengan konsep pembahasan disusun dengan tujuan khusus. Pembahasan berisi tentang mengapa (*why*), dan bagaimana (*who*), urutan penelitian adalah F-T-O (Fakta- Teori- Opini).

#### 4.2.1 Pengkajian

##### 1. Data subjektif

Dari pengkajian dua klien, di temukan data subyektif peneliti menemukan dua klien. klien 1 Ny. K usia 61 tahun dan klien 2Tn.B usia 62 tahun yang mengalami Stroke Non Hemoragik.

Menurut hasil yang di dapat peneliti menggunakan klien 1 lebih parah di bandingkan klien 2 karena klien 1 ½ badanya sebelah kiri terasa lemah di gerakan di seratai pusng, mual, bicara pelo dan klien 2 tidak bicara pelo tapi disertai mual, muntah, pusing

Pada penelitian kasus ini peneliti menyimpulkan klien 1 lebih parah di bandingkan klien 2. Di temukan klien 1 bicara pelo dengan GCS:4-5-1 dan klien 2 bicara tidak pelo disertai mual, muntah GCS:4-5-1

##### 2. Data objektif

Menurut peneliti klien 1: keadaan umum lemah, pusing, bicara pelo, ½ badanya bagian kiri terasalemah, GCS: 4-5-1, observasi ttv klien TD : 170/90 mmHg, N: 80 x/m , S:36,5<sup>0</sup>C, RR:20 x/menit, SPO2 :98%, akral hangat, kesadaran composmentis. Sedangkan klien: keadaan umum lemah, pusing, mual muntah, ½ badanya sebelah kanan terasa lemah sulit untuk di gerakan, GCS:4-5-1 dengan observasi ttv klien TD:180/100 mmHg, N:96 x/menit, S:37,7<sup>0</sup>C, RR:22 x/menit, SPO2: 81%, akral hangat, kesadaran composmentis.

Menurut peneliti, berdasarkan fakta saat penelitian dan teori memiliki kesamaan yaitu klien 1 Ny. K dan klien 2 Tn. B mengalami ½ anggota badanya terasa lemah tidak bisa digerakakan klien 1 bicarapelo sedangkan klien 2 tidak bicara pelo tapi muntah.

#### 2.1.6 pemeriksaan diagnostik.

Hasil dari pemeriksaan laboratorium cek darah lengkap dari hasil klien 1 Ny. K leukosit(WBC) 9,664 dan klien 2 Tn. B leukosit(WBC) 12,23. Sedangkan nilai leukosit normalnya 3,70-10,1. Jadi klien 2 mengalami kenaikan leukositnya.

#### 4.2.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan diambil dari hasil pengkajian analisa data, yang didapatkan dari kedua klien 1 Ny. K dan klien 2 Tn. B yang menunjukkan Diagnosa keperawatan yang dialami kedua klien adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan otot. Klien 1 Ny. K mengalami ½ badanya tidak bisadi gerakan bagian kiri di sertai pelo, tapi klien 2 Tn. B mengalami ½ badanya tidak bisa di gerakan sebelah kanan tapi tidak pelo.

Menurut (Harsono, 2006).Umunya stroke mempengaruhi salah satu sisi otak, jika stroke menyerang sisi kiri otak akan mengalami masalah dengang sisi kanan tubuh begitu dengan sebaliknya. Stroke juga menyerang kedua sisi otak. Hilangnya fungsi normal pada klien merupakan penyebab dari efek stroke pada otak. Efek yang di serang berbeda-beda sesuai daerah otak yang di serang apakah terjadi pada serebrum otak kanan dan kiri, serebelum otak atas dan depan, dan brainstem (batang otak).

Menurut peneliti, klien 1 dan klien 2 terjadi gangguan mobilitas fisik karena adanya kelemahan kekuatan otot

#### 4.3.2 Intervensi keperawatan



Intervensi keperawatan yang diberikan pada Ny. K dan Tn.B dengan diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan otot, intervensi yang digunakan yaitu NIC terapi latihan ajarkan klien miring kanan dan kiri, beri alat bantu jika diperlukan oleh klien, Kalaborasi dalam pemberian terapi obat, observasi kemampuan klien dalam mobilisasi, melatih pasien dalam pemenuhan adls secara mandiri, mendampingi dan membantu pasien saat mobilisasi, Monitor tanda-tanda vital, Lakukan tirah baring setiap 2 jam sekali dan Berikan penkes kepada keluarga klien tentang mobilitas

Gordon, (1994) dalam Potter & Perry, (1997). menjelaskan bahwa intervensi keperawatan diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien-keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari.

menurut peneliti intervensi keperawatan pada klien Ny. K dan Tn B, tindakan yang diberikan sesuai intervensi keperawatan yang diberikan sesuai dengan masalah gangguan mobilitas fisik dengan diagnosa medis Stroke Non Hemorgaik.

#### 4.2.3 Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan yang di berikan klien dengan pemberian terapi megalami perbedaan. Klien 1 Ny. K mendapat terapi obat, Infus Asering 500cc/24 jam, Injeksi Antrain 3x1 gr, Injeksi ceftriaxon 3x1gr, Injeksi Omeprazol 1x40 mg, Injeksi Citicoline 2x500

mg, P.O Neurosanbe 3x1 tab, hal ini menunjukkan ketidaksamaan dalam pemberian terapi pada kedua klien.

Gordon, (1994) dalam Potter & Perry, (1997). menjelaskan implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat untuk memenuhi kebutuhan klien dari masalah kesehatan yang dihadapi yang lebih baik, menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan

Bagi peneliti, tindakan Implementasi yang di berikan pada klien 1 dan 2 sesuai standart intervensi keperawatan terjabarkan dalam buku NIC. Serta adadambahan implementasi belum tercantum dalam intervensi yang direncanakan. Tetapi harus di laksanakan bersifat wajib, yaitu mebina hubungan saling percaya terhadap klien dan keluarga. Kalaborasi dalam pemeberian terapi

#### 4.2.3 Evaluasi Keperawatan

Dari evaluasi keperawatan dilakukan selama 3 hari oleh peneliti pada klien 1 Ny.. K, menunjukan belum sembuh total  $\frac{1}{2}$  badanya masih terasa lemah, bicara masih pelo, pusing hilang. Berbeda dengan klien 2 Tn. B keadaan cukup, bisa menggerakan tubuhnya dengan sendiri, sudah tidak ada keluhan pusing, mual, muntah.

Menurut Padil, (2012) evaluasi Evaluasi merupakan bentuk hasil akhir dari studi kasus ini yang berupa jawaban dari hasil dari implementasi. bertujuan untuk menilai apakah tujuan itu sudah tercapai atau tidak, jika belum tercapai lakukan pengkajian ulang. Menurut peneliti, dan hasil evaluasi dari hari pertama sampai hari ketiga keluhan utama dan data obyektif yang terdapat kedua klien

belum teratasi, karena masih tahap pemulihan



## BAB 5

### PENUTUP

#### 5.1 Kesimpulan

Seusai diberikan tindakan asuhan keperawatan pada klien Ny. K dan Tn. B di Ruang Krissan Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Pasuruan, peneliti membuat kesimpulan dan saran, serta laporan berdasarkan studi kasus Karya Tulis Ilmiah sebagai berikut:

1. Hasil pengkajian pada klien stroke non hemoragik pada Ny. K dan Tn. B, pada data subyektif dihasilkan sama yang dapatkan keadaanya cukup membaik, klien 1 dan klien 2 sama mengalami  $\frac{1}{2}$  badanya terasa lemah namun sedikit demi sedikit klien bisa di melakukan mobilitas, meskipun masih bantuan keluarga, bicara masih pelo,
2. Hasil diagnose keperawatan Pada klien Ny.K dan Tn. B menunjukkan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan otot yang ditandai  $\frac{1}{2}$  badanya terasa lemah, pusing, mual, muntah dan bicara pelo, GCS: 4-5-6
3. Pada intervensi keperawatan pada Ny. K dan Tn. B dengan masalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan otot meliputi:
4. Implementasi klien dengan masalah stroke non hemoragik pada Ny. K dan Tn, B dengan masalah gangguan mobilitas fisik tindakan keperawatan

dilakukan sesuai perencanaan kebutuhan klien, pada implementasi ini terdiri dari tindakan mandiri dan kolaborasi dalam pemberian terapi.



5. Implementasi yang dapat dilakukan oleh peneliti selama 3 hari berturut-turut, dengan hasil kondisi klien umumnya menjadi pulih membaik.
6. Evaluasi keperawatan pada klien dengan masalah gangguan mobilitas fisik, klien 2 Tn. B menunjukkan kondisi semakin membaik. Klien sangat komperhensif dalam membina hubungan saling percaya untuk proses penyembuhan.

## 5.2 SARAN

### (1) Bagi pasien

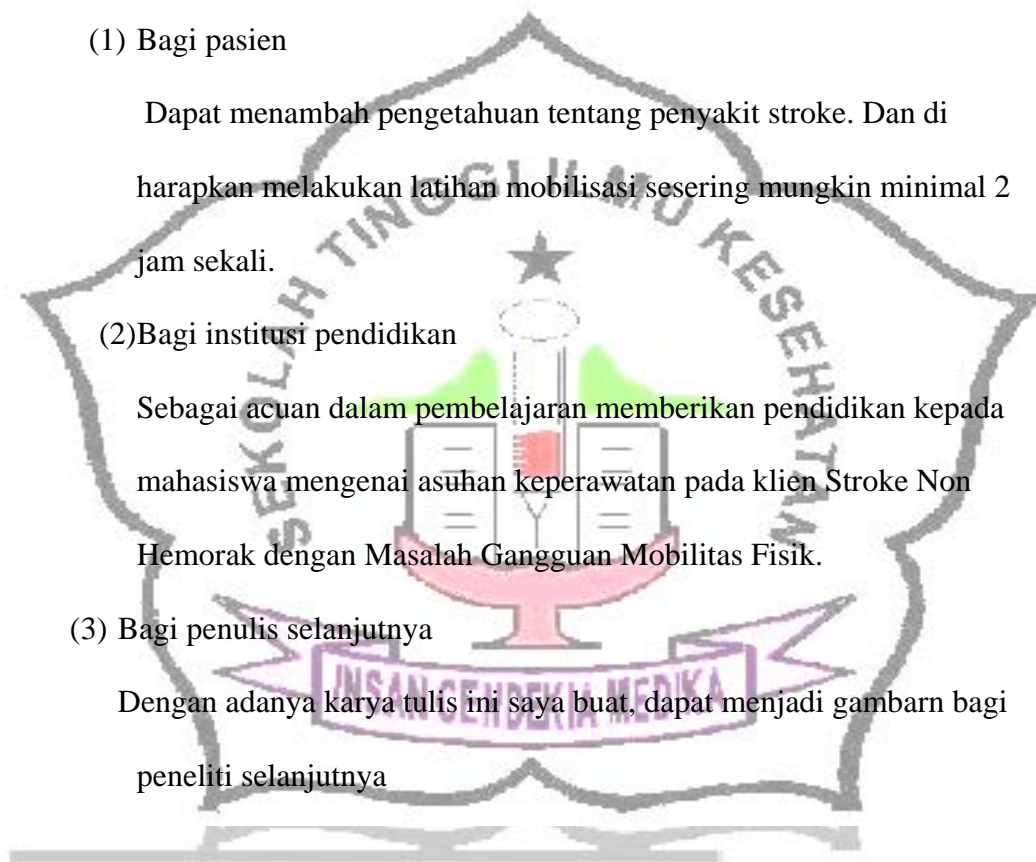
Dapat menambah pengetahuan tentang penyakit stroke. Dan di harapkan melakukan latihan mobilisasi sesering mungkin minimal 2 jam sekali.

### (2) Bagi institusi pendidikan

Sebagai acuan dalam pembelajaran memberikan pendidikan kepada mahasiswa mengenai asuhan keperawatan pada klien Stroke Non Hemorak dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik.

### (3) Bagi penulis selanjutnya

Dengan adanya karya tulis ini saya buat, dapat menjadi gambaran bagi peneliti selanjutnya





## DAFTAR PUSTAKA

- Alimul Hidayat A.A., 2010. Metode Penelitian Kesehatan Paradigma Kuantitatif, Jakarta: Heath Books
- Amidei C. 2012. An exploratory study of physiologic responses to a passive exercise intervention in mechanically ventilated critically ill adults. *Journal of Intensive and Critical Care Nursing*, 2012;28,58-72.
- Andra saferi wijaya & Yessie Mariza Putri. 2013. keperawatan medikal bedah 1 (keperawatan dewasa).
- Black, Joice. M., & Hawk, Jane. H. 2005. *Medical Surgical Nursing; clinical management for positive outcomes*. 7th Edition. St. Louis : Elsevier. Inc
- Clevo, R., & Margareth. (2012). *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Dan Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Delaune dan Ladner. 2011. *Fundamental of Nursing Standard and Practice*. fourth Edition. Cengage Learning. Delmar
- Lumbantobing, SM. 2004. *Neurogeriatri*. Jakarta : Balai Penerbit FKUI
- Muttaqin, Arif. 2008. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan. Sistem Imunologi*. Jakarta: Salemba Medika
- Lewis, Sharon L et al. 2011. *Medical Surgical Nursing Volume 1*. United States America : Elsevier Mosby.
- LeMone, P, & Burke. 2008. *Medical surgical nursing : Critical thinking in client care.*( 4th ed). Pearson Prentice Hall : New Jersey
- Riskesdas. (2018). Hasil Utama Riskesdas 2018.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. (Vol. 2). Jakarta: EGC.
- Setiawan, & Saryono. (2011). *Metodelogi dan Aplikasi*. Yogyakarta: Mitra Cendikia Press.
- Setyoadi, & Kushariyadi. (2011). *Terapi Modalitas pada Klien Psikogeriatrik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sugiyono. 2017. *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta





PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Nama : Winda Setyawati  
NIM : 161210044  
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke Non Hemoragik Dengan  
Masalah Gangguan Mobilitas Fisik Di Ruang Krisan RSUD Bangil  
Pasuruan.

Bahwa saya meminta Bapak/Ibu/Saudara/i untuk berperan serta dalam pembuatan laporan kasus sebagai partisipan dengan mengisi lembar pengkajian. Sebelumnya saya akan memberikan penjelasan tentang tujuan laporan kasus ini dan saya akan merahasiakan identitas, data atau informasi yang klien berikan. Apabila ada pertanyaan yang akan diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi klien, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan klien berhak mengundurkan diri. Demikian surat permohonan ini saya buat dan apabila klien mempunyai pertanyaan, klien dapat menanyakan langsung kepada peneliti yang bersangkutan.

Pasuruan, 20 April 2019

Peneliti



( Winda Setyawati )

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ny. K  
Umur : 61 tahun  
Alamat : Bugul, Pasuruan

Bahwa saya diminta untuk berperan serta dalam proposal penelitian sebagai partisipan dengan lembar pengkajian. Sebelumnya saya telah diberi penjelasan tentang tujuan proposal penelitian ini dan saya telah mengerti bahwa peneliti akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang saya berikan. Apabila ada pertanyaan yang akan diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi saya, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan saya berhak mengundurkan diri. Demikian persetujuan ini saya buat secara sadar dan sukarela tanpa adanya paksaan dari siapapun, saya menyatakan :

Bersedia

Menjadi responden dalam penelitian

Pasuruan, 26 April 2019

Peneliti



( Winda Setyawati )

Partisipan



( Komariyah )

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Tr - B  
Umur : 65 tahun  
Alamat : Cempok, Bangil

Bahwa saya diminta untuk berperan serta dalam proposal penelitian sebagai partisipan dengan lembar pengkajian. Sebelumnya saya telah diberi penjelasan tentang tujuan proposal penelitian ini dan saya telah mengerti bahwa peneliti akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang saya berikan. Apabila ada pertanyaan yang akan diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi saya, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan saya berhak mengundurkan diri.

Demikian persetujuan ini saya buat secara sadar dan sukarela tanpa adanya paksaan dari siapapun, saya menyatakan :

Bersedia

Menjadi responden dalam penelitian

Pasuruan, 21 April 2019

Peneliti



( Winda Setyawati )

Partisipan



( Boveria )





**PRAKTIK KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH  
PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN**

**STIKES ICME JOMBANG**

**2019**

---

---

**PENGAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

Pengkajian tgl. : Jam :

MRS tanggal : No. RM :

Diagnosa Masuk :

**A. IDENTITAS PASIEN**

Nama : Penanggung jawab biaya :

Usia : Nama :

Jenis kelamin: Alamat :

Suku : Hub. Keluarga :

Agama : Telepon :

Pendidikan :

Alamat :

**B. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG**

1. Keluhan Utama :

2. Riwayat Penyakit Sekarang :

**C. RIWAYAT PENYAKIT DAHULU**

1. Riwayat Penyakit Kronik dan Menular  ya, jenis : .....  tidak

2. Riwayat Penyakit Alergi  ya, jenis : .....  tidak

3. Riwayat Operasi  ya, jenis : .....  tidak

**D. RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA**

Ya : .....  Tidak

Jelaskan :

### E. POLA KEGIATAN SEHARI – HARI

POLA KEGIATAN	DI RUMAH	DI RUMAH SAKIT
<p>Makanan</p> <p>Frekuensi .....x/hr</p> <p>Jenis.....</p> <p>Diit .....</p> <p>Pantangan .....</p> <p>Alergi .....</p> <p>makanan yang disukai</p> <p>Minum</p> <p>Frekuensi..... x/hari</p> <p>Jenis.....</p> <p>Alergi .....</p>		
<p>Eliminasi</p> <p>BAB</p> <p>Frekuensi .....x/hari</p> <p>warna .....</p> <p>konsistensi</p> <p>BAK</p> <p>Frekuensi .....X/Hari</p> <p>Warna .....</p> <p>Alat bantu</p>		
<p>Kebersihan Diri</p> <p>Mandi.....X/hari</p> <p>Keramas .....x/hari</p> <p>Sikat Gigi .....X/Hari</p>		

Memotong Kuku..... Ganti Pakaian ..... Toileting		
Istirahat/Tidur Tidur siang.....jam Tidur Malam .....jam Kebiasaan Merokok/Jamu		

## F. OBSERVASI DAN PEMERIKSAAN FISIK

### 1. Tanda-tanda vital

S : °C                      N : x/mnt

RR : x/mnt                TD : mmHg

### 2. PEMERIKSAAN FISIK HEAD TO TOE

#### KEPALA

Inspeksi :

Bentuk wajah : simetris/ tidak,

Bentuk kepala : simetris/ tidak,

Ketombe : ada/ tidak,

Kotoran pada kulit kepala: ada/ tidak,

Pertumbuhan rambut: merata/ tidak

Lesi : ada/ tidak,

Palpasi :

Nyeri tekan : ada/ tidak

Kedadaan rambut : mudah dicabut/ tidak

Benjolan : ada/ tidak

## **MATA**

Inspeksi :

Pergerakan bola mata : simetris/tidak,

Kelopak mata : simetris/ tidak

Reflek pupil : normal/ tidak,

Kornea : bening/ tidak,

Konjungtiva : anemis/ tidak,

Sclera : ikterik/ tidak,

Palpasi

Tumor : ada/ tidak,

nyeri tekan: ya/ tidak

## **HIDUNG**

Inspeksi :

Bentuk : simetris/ tidak,

fungsi penciuman :baik/ tidak,

Peradangan : ada/ tidak,

polip : ada/ tidak

Mukosa : kering/ lembab,

lubang hidung : simetris/tidak

Septum : ada/ tidak,



Palpasi :

Nyeri tekan : ya/ tidak

Tumor : ada/ tidak.

## **TELINGA**

Inspeksi dan palpasi :

Bentuk daun telinga : simetris/ tidak,

Letak : simetris/ tidak,

Peradangan : ada/ tidak,

Fungsi pendengaran : normal/ tidak,

Serumen : ada/ tidak,

Cairan : ada/ tidak

## **MULUT DAN FARING**

Inspeksi :

Bibir : cyanosis/ merah,

Mukosa : lembab/ kering,

Bibir pecah : ya/ tidak,

Gigi : bersih/ tidak,

Gusi : berdarah/ tidak,

Tonsil : radang/ tidak,

Lidah : kotor/ tidak,

Fungsi pengecap : baik/ tidak,

Stomatitis : ya/ tidak.

Karies : ada/ tidak

Abses : ada/ tidak.

Pembesaran tonsil : ya/ tidak,

## **LEHER**

Inspeksi :

Bentuk : simetris/ tidak

Palpasi :

Benjolan/massa : ada/ tidak,

Pembesaran vena jugularis : ya/ tidak,

Nyeri tekan : ya/ tidak,

## **THORAK**

Inspeksi :

Bentuk : normal, funnel, barrel, pigeon,

Pergerakan nafas : simetris/ tidak,

Retraksi interkosta & supra sternal : ya/ tidak

Bentuk tulang belakang :

Palpasi :

Nyeri tekan : ya/ tidak,

Traktil vremitus : ya/ tidak,

Inspeksi : paru

Kesimetrisan insirasi & ekspirasi : ya/ tidak,

Irama pernapasan : vesikuler/ tidak,

Palpasi : paru

Adakah suara abnormal : hipertimpani, hipersonor, pekak

Auskultasi : paru

Suara nafas : vesikuler, ronki, whzing, rales.

Inspeksi : jantung

Bentuk perikordium :

Denyut pada apeks :

Denyut nadi pada dada :

Denyut vena :

Palpasi : jantung

Pembesaran jantung : ya/ tidak



Auskultasi : jantung

Suara normal jantung satu ( S1) dan dua ( S2) :

### **ABDOMEN**

Inspeksi :

Bentuk : simetris/ tidak,

Ascites : ya/ tidak

Palpasi :

Nyeri tekan : ada/ tidak,

Pembesaran hati/ lien : ada/ tidak

Perkusi :

Suara : Timpani/ redup/ hipertimpani

Auskultasi :

Bising usus : x/ menit

### **KULIT**

Inspeksi

Warna kulit (                    ),                    Lesi : ada /tidak,

Peradangan : ada/ tidak.                    Bentuk & warna kuku :

Palpasi :

Turgor kulit : baik/ buruk

Nyeri tekan: ya/ tidak.

### **EKSTREMITAS**

Inspeksi & palpasi :

Otot :

Hipertropi/ atropi

Lesi : ada/ tidak

Tonus otot :

Kelainan lainnya :

Tulang:

Fraktur : ada/ tidak

Sendi palsu : ada/ tidak

Edema : ya/ tidak

Nyeri tekan : ya/ tidak

Krepitasi : ya/ tidak

Persendian

Nyeri tekan : ya/ tidak

lainnya :

### **GENETALIA**

Inspeksi :

Rambut pubis :

Lesi : ada/ tidak

Cairan pus: ada/tidak

Skrotum :

Palpasi :

Nyeri tekan : ya/ tidak

### **G. PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL**

1. Persepsi klien terhadap penyakitnya

cobaan Tuhan hukuman lainnya

2. Ekspresi klien terhadap penyakitnya

murung gelisah tegang marah/menangis

3. Reaksi saat interaksi kooperatif tak kooperatif curiga

4. Gangguan konsep diri ya tidak

Lain-lain :

### **H. PENGKAJIAN SPIRITUAL**

Kebiasaan beribadah sering kadang-kadang tidak pernah

Lain-lain :

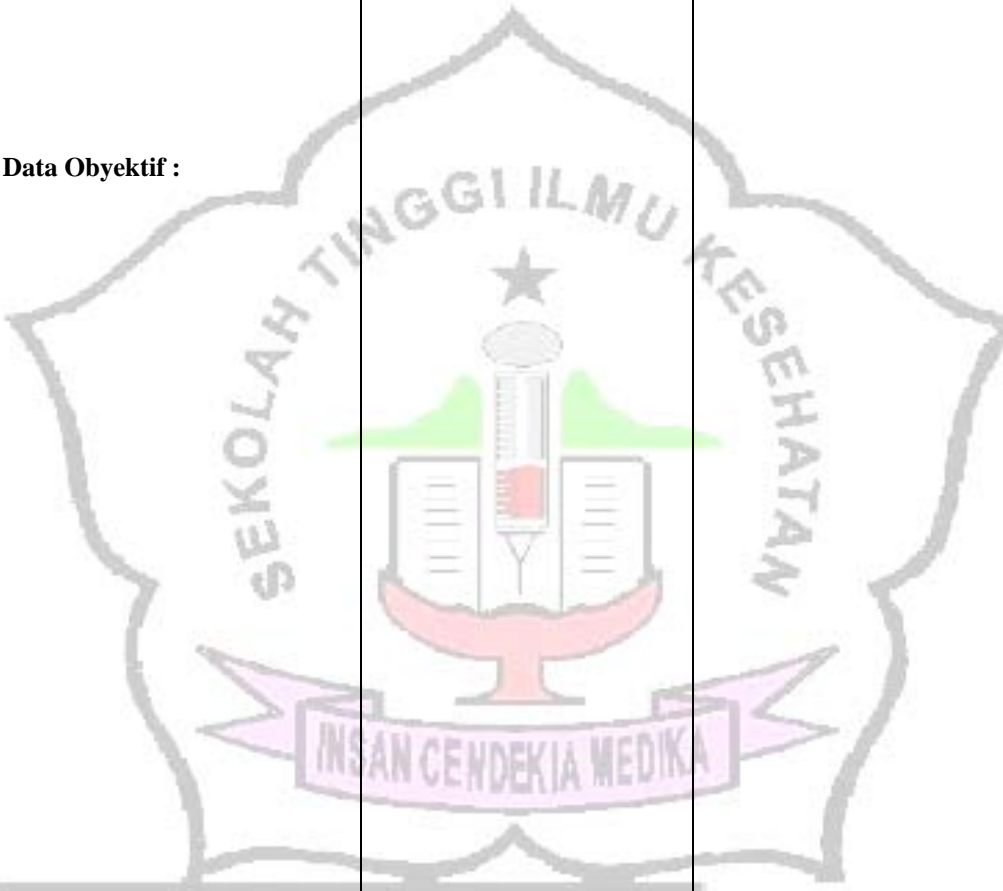
### **I. PEMERIKSAAN PENUNJANG (Laboratorium, radiologi, EKG, USG)**

### **J. TERAPI**

## ANALISA DATA

Nama :.....

No.RM:.....

Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
<p>Data subyektif :</p>  <p>Data Obyektif :</p>		

**Diagnosa Keperawatan yang muncul :**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....


**Intervensi Keperawatan**

<b>Hari Tang gal</b>	<b>No. Diagnosa</b>	<b>Tujuan &amp; Kriteria hasil</b>	<b>Waktu</b>	<b>Rencana Tindakan Dan Rasional</b>
				

## Implementasi Keperawatan

Nama :.....

No.RM : .....

Hari Tangg al	No. Diagnosa	Waktu	Implementasi Keperawatan	Paraf
				

## Evaluasi Keperawatan

Nama : .....

No.RM : .....

Hari Tanggal 1	No. Diagnosa	Waktu	Perkembangan	Paraf
			S :  O :  A :	
			P :	



YAYASAN SAMODRA ILMU CENDEKIA  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
"INSAN CENDEKIA MEDIKA"



Website : [www.stikesicms-jbb.asia.id](http://www.stikesicms-jbb.asia.id)

SK. MENDIKNAS NO.141/D/O/2006

No. : 066/KTI/BAAK/K31/073127/III/2019  
Lamp. : -  
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :  
Yth. Direktur RSUD Bangil  
di  
Tempat

Dengan hormat,

Dalam rangka kegiatan penyusunan Skripsi/Karya Tulis Ilmiah yang menjadi prasyarat wajib mahasiswa kami untuk menyelesaikan Studi di Program Studi **D-III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang**, maka sehubungan dengan hal tersebut kami mohon dengan hormat bantuan Bapak/Ibu untuk memberikan Ijin Penelitian kepada mahasiswa kami atas nama :

Nama Lengkap : Winda Setyawati

NIM : 16 121 0044

Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan pada Klien Stroke Non Hemoragik dengan Masalah Gangguan Mobilisasi Fisik di Ruang Krisan RSUD Bangil Pasuruan

Untuk mendapatkan data guna melengkapi penyusunan Skripsi/Karya Tulis Ilmiah sebagaimana tersebut di atas.

Demikian atas perhatian, bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Jombang, 21 Maret 2019  
Ketua  
  
H. Imam Fatoni, SKM., MM  
NIK: 03.04.022



**PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL**

Jl. Raya Raci - Bangil, Pasuruan Kode Pos 67153  
Telp. (0343) 744900, 747789 Faks. (0343) 747789



**KETERANGAN KELAIKAN ETIK  
PELAKSANAAN PENELITIAN**

**ETHICAL CLEARANCE**

NO : 445.1/1085.29/424.202/2019

TIM ETIK PENELITIAN KESEHATAN RSUD BANGIL KAB. PASURUAN, SETELAH MEMPELAJARI DENGAN SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG DIUSULKAN, DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN DENGAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN STROKE NON HEMORAGIC DENGAN MASALAH GANGGUAN MOBILISASI FISIK DI RUANG KRISAN RSUD BANGIL PASURUAN

PENELITI UTAMA : WINDA SETYAWATI

TEMPAT PENELITIAN : RSUD BANGIL KAB. PASURUAN

**DINYATAKAN LAIK ETIK**

PASURUAN, 28 MARET 2019

A.n KETUA TIM ETIK PENELITIAN

SEKRETARIS

SHAFaat PRANATA, S.Kep.Ns.



**PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL**

Jl. Raya Raci - Bangil, Pasuruan Kode Pos 67153  
Telp. (0343) 744900, 747789 Faks. (0343) 747789



Bangil, 1 April 2019

Nomor : 445.1/1124.29/424.202/2019 Kepada  
Lampiran : - Yth. Ketua Stikes Insan Cendekia Medika  
Hal : Persetujuan Penelitian Jl. Kemuning 57  
JOMBANG

Menindaklanjuti surat Saudara Nomor :  
066/KTI/BAAK/K31/073127/III/2019 tanggal 21 Maret 2019 perihal  
Permohonan Ijin Penelitian atas nama :

Nama : WINDA SETYAWATI  
NIM : 161210044  
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan pada Klien Stroke Non  
Hemoragic dengan Masalah Gangguan Mobilisasi  
Fisik di Ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan

maka pada prinsipnya kami MENYETUJUI yang bersangkutan untuk  
melakukan Penelitian di RSUD Bangil selama 1 (satu) bulan terhitung  
mulai tanggal 1 – 30 April 2019,

Dengan ketentuan :

1. Menaati ketentuan-ketentuan yang berlaku di RSUD Bangil.
2. Setelah berakhirnya penelitian wajib menyerahkan laporan hasil penelitian kepada Seksi Diklat RSUD Bangil.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerja sama Saudara  
diucapkan terima kasih.

A.n DIREKTUR RSUD BANGIL  
KABUPATEN PASURUAN  
PK Kepala Bidang Penunjang



Drg. DYAH RETNO LESTARI, M.Kes  
Pembina  
NIP. 19710404 200604 2 019




Tembusan disampaikan kepada:

1. Kepala Ruangan Krissan RSUD Bangil
2. Yang bersangkutan



### LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama mahasiswa : Winda Setyawati  
 NIM : 161210044  
 Program Studi : D3 - keperawatan  
 Judul KTI : ~~CVA infark non Hemoragik~~ dengan masalah gangguan pemenuhan ~~mobilitas~~ kebutuhan mobilitasi  
 Pembimbing I :



Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
8 Feb 2019.	- Batasan masalah harus ada.	
11- Feb 2019.	- masih belum ada mks dan harus di tambahkan	
14- Feb -2019.	- ditambahkan penanganan kep.  srdang proposal	

Pembimbing I

(.....)

LEMBAR KONSULTASI MAHASISWA

Nama Mahasiswa : WINDA SETYANATI  
 NIM : 161210044  
 Program Studi : 03 - KEPERAWATAN  
 Judul KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN STROKE NON HEMORAGIK DENGAN MASALAH GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI RUMAH KRISTEN RSUD BANJAL  
 Pembimbing I :

Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
08/07	Konsul Bab 4 Revisi bab 5	
17/07	Revisi bab 4 Sebelumnya plepree stok uje	


Pembimbing I



( )

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama mahasiswa : Winda Setyanah  
NIM : 161210044  
Program Studi : D3-kep  
Judul KTI : Asuhan keperawatan ~~ada~~ infark non Hemoragik d/d Gangguan  
Pemeriksaan mobilitasi fisik pada pasien dewasa.  
Pembimbing II :

Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
14 Feb 2019	- Revisi bab 1-3 Penulisan  - Revisi bab 2 All Bab 1 Lanjut Bab 2 dan 3	


Pembimbing II

(.....)



LEMBAR KONSULTASI MAHASISWA

Nama Mahasiswa : WINDA SETYAWATI  
NIM : 161210044  
Program Studi : D3 Keperawatan  
Judul KTI : Asuhan keperawatan stroke nonhemoragik dengan masalah gangguan mobilitas fisik  
Pembimbing II :

Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
16-07-2019	Cek penulisan bab 1-5 Basis abstrak	

Pembimbing II

( )