

KARYA TULIS ILMIAH
PENERAPAN PROSEDUR *RANGE OF MOTION* (ROM) PADA
PASIEN LANSIA PASCA STROKE DI DESA PAKIS PUTIH &
ROWOCACING KECAMATAN KEDUNGWUNI
KABUPATEN PEKALONGAN



Eling Primagiasih
NIM : 16.1888.P

PROGRAM STUDI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN PEKALONGAN
2019

**PENERAPAN PROSEDUR *RANGE OF MOTION* (ROM) PADA
PASIEN LANSIA PASCA STROKE DI DESA PAKIS PUTIH &
ROWOCACING KECAMATAN KEDUNGWUNI
KABUPATEN PEKALONGAN**



Karya Tulis Ilmiah ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Menyelesaikan
Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Universitas Muhammadiyah
Pekajangan Pekalongan

Eling Primagiasih

NIM: 16.1888.P

**PROGRAM STUDI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN PEKALONGAN
2019**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Eling Primagiasih

NIM : 16.1888.P

Program Studi Fakultas : Ilmu Kesehatan Diploma Tiga Keperawatan

Institusi : Universitas Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan

Menyatakan dengan sebenar-benarnya Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan karya sendiri dan bukan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Pekalongan, 18 Juni 2019
Yang membuat pernyataan,



Eling Primagiasih
NIM 16.1888.P

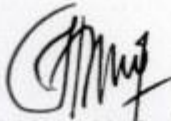
LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Eling Primagiasih dengan judul “Penerapan Prosedur *Range of Motion* (Rom) Pada Pasien Lansia Pasca Stroke” telah dipertahankan di depan penguji pada tanggal 20 Juni 2019 dan telah dilakukan perbaikan serta disetujui.

Pekalongan, 20 Juni 2019

Dewan Penguji

Penguji I



Herni Rejeki, M.Kep.,Ns.Sp.Kom
NIK: 96.001.016

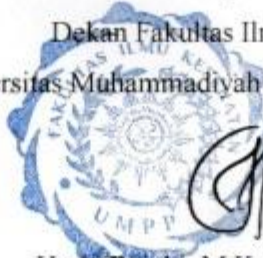
Penguji II



Sugiharto, Ph.D
NIK: 99.001.022

Mengetahui

Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan



Herni Rejeki, M.Kep., Ns.Sp.Kom
NIK: 96.001.016

Penerapan *Range of Motion* pada Lansia Pasca Stroke dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik di Desa Pakis Putih & Rowocacing Kecamatan Kedungwuni Kabupaten Pekalongan

Eling Primagiasih, Sugiharto

Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Universitas Muhammadiyah
Pekajangan Pekalongan

Stroke merupakan cedera pada otak berhubungan dengan sumbatan atau obstruksi aliran darah di otak. Stroke dapat menyebabkan kelemahan (hemiparesis) pada sebagian tubuh atau bahkan dapat lumpuh total jika tidak segera ditangani. Tujuan studi kasus ini untuk menggambarkan asuhan keperawatan pada lansia pasca stroke dengan masalah gangguan mobilitas fisik. Studi kasus dilakukan selama 7 kali pertemuan dengan intervensi perawatan penerapan *Range of Motion* (ROM). Hasil studi kasus menunjukkan masalah gangguan mobilitas fisik pada kedua pasien mengalami perkembangan setelah diberikan tindakan ROM. Kesimpulan *Range of motion* dapat meningkatkan kekuatan otot dan rentang gerak pada pasien stroke. Saran bagi keluarga diharapkan dapat memberikan dukungan pada pasien dengan ikut berpartisipasi pada saat pasien diberikan latihan *Range of Motion* (ROM) sehingga keluarga dapat merawat anggota keluarganya yang mengalami stroke dengan baik.

Kata kunci: gangguan mobilitas fisik, lansia, pasca stroke, *Range of Motion* (ROM)

Abstract

Application of Range of Motion in Post-Stroke Elderly Problems with Problems with Physical Mobility in Pakis Putih & Rowocacing Village, Kedungwuni District, Pekalongan Regency

Eling Primagiasih, Sugiharto

Diploma Three Nursing Study Program Universitas Muhammadiyah
Pekajangan Pekalongan

Stroke is a injury that brain associated with blockage or obstruction of blood flow in the brain. Stroke causes weakness (hemiparesis) in some parts of the body or can even be totally paralyzed if not treated immediately. The purpose of this case study is to describe nursing care for post-stroke elderly people with impaired physical mobility. The Case studies were carried out for 7 with treatment interventions for applying problems the Range of Motion (ROM). The results of the case study showed that the problem of impaired physical mobility in both patients had developed after being given ROM action. Conclusion Range of motion can increase muscle strength and range of motion in stroke patients. Suggestions for families are expected to be able to provide support to patients by participating when patients are given Range of Motion (ROM) training so that families can care for their family members who have had a good stroke.

Keywords: elderly, impaired physical mobility, post-stroke, Range of Motion (ROM)

PRAKATA

Assalamualaikum wr. wb.

Segala puji bagi Allah Yang Maha Pengasih dan Penyayang, yang memberi ilmu, inspirasi, dan kemuliaan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Penerapan Prosedur *Range of Motion* (Rom) Pada Pasien Lansia Pasca Stroke” dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Sholawat dan salam senantiasa tercurahkan kepada junjungan kita Rosululloh Muhammad SAW.

Karya Tulis Ilmiah ini disusun guna memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan program studi Diploma Tiga Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan. Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis tidak terlepas dari bantuan, bimbingan dan dorongan berbagai pihak. Penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dr. Nur Izzah, M.Kes, selaku Rektor Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.
2. Herni Rejeki, M.Kep., Ns.Sp.Kep.Kom, selaku pelaksana tugas Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.
3. Siti Rofiqoh, S.Kep.,M.Kep., Ns., Sp.Kep.An, selaku Kepala Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.
4. Sugiharto. Ph.D, selaku dosen pembimbing yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikirannya untuk memberikan bimbingan dan pengarahan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
5. Kedua orang tua dan kakakku tersayang yang selalu memberikan semangat motivasi dan dukungan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.

.

Penulis menyadari atas kekurangan, keterbatasan pengetahuan, kemampuan dan pengalaman yang dimiliki sehingga penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari sempurna. Untuk itu kritik dan saran sangat penulis harapkan demi sempurnanya Karya Tulis Ilmiah.

Wassalamualaium wr. wb.

Pekalongan, 18 Juni 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT.....	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	ix
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	3
1.3. Tujuan.....	3
1.4. Manfaat Penulisan	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Konsep Lansia	5
2.1.1 Definisi Lansia	5
2.1.2 Klasifikasi Lansia	5
2.1.3 Karakteristik Lansia	5
2.2 Konsep Medis	6
2.2.1 Pengertian Stoke.....	6
2.2.2 Klasifikasi stroke	6
2.2.3 Penyebab Stroke (Predisposisi dan Presipitasi).....	6
2.2.4 Tanda dan Gejala Stroke	7
2.2.5 Patofisiologi.....	8
2.2.6 Komplikasi Stroke	11
2.2.7 Pencegahan Stroke	12
2.2.8 Penatalaksanaan Medik	12
2.2.9 Penatalaksanaan.....	13
2.3 Konsep Keperawatan.....	14
2.3.1 Pengkajian	14

2.3.2	Diagnosa Keperawatan.....	16
2.3.3	Intervensi	17
2.4	<i>Range of Motion</i> (ROM)	26
2.4.1	Pengertian	26
2.4.2	Tujuan dari <i>Range of Motion</i> (ROM).....	27
2.4.3	Manfaat <i>Range of Motion</i> (ROM).....	27
2.4.4	Indikasi dan Kontraindikasi.....	27
2.4.5	Efek terapi range of motion (ROM)	28
2.4.6	Prosedur terapi Range of Motion (ROM).....	28
2.4.7	Gerakan-gerakan pada terapi ROM.....	30
2.4.8	Latihan ADL (Activity of Daily Living).....	33
2.4.9	Patofisiologi ROM	34
BAB 3 METODOLOGI PENULISAN.....		34
3.1	Rancangan Studi Kasus	34
3.2	Subyek Studi Kasus	34
3.3	Fokus Studi	34
3.4	Definisi Operasional	35
3.5	Tempat dan Waktu Pengambilan Studi Kasus	35
3.6	Pengumpulan Data.....	36
3.7	Pengolahan dan Penyajian Data	37
3.8	Etika Penelitian.....	37
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN		39
4.1	Hasil dan Studi Kasus.....	39
4.2	Pembahasan	51
4.3	Keterbatasan Studi Kasus	55
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN		56
5.1	Kesimpulan.....	56
5.2	Saran	57
DAFTAR PUSTAKA		58
LAMPIRAN		

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: *Inform Consent* klien 1

Lampiran 2: *Inform Consent* klien 2

Lampiran 3: Matric Hasil Tindakan *Range of Motion* (ROM) klien 1

Lampiran 4: Matric Hasil Tindakan *Range of Motion* (ROM) klien 2

Lampiran 5: Lembar Pengkajian Indeks Barthel klien 1

Lampiran 6: Lembar Pengkajian Indeks Barthel klien 2

Lampiran 7: Standar Operasional Prosedur (SOP) *Range of Motion* (ROM)

Lampiran 8: Laporan Asuhan Keperawatan klien 1

Lampiran 9: Laporan Asuhan Keperawatan klien 2

BAB 1

PENDAHULUAN

1.2. Latar Belakang

Proses menua adalah proses yang sedikit demi sedikit menyebabkan perubahan pada penurunan daya tahan tubuh terhadap rangsangan (Rhosma, 2014). Sedangkan lanjut usia (lansia) yaitu seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun keatas seperti yang terkandung dalam undang-undang RI Nomor 13 Tahun 1998 mengenai Kesejahteraan Lansia (Badan Pusat Statistik [BPS], 2017). Keadaan tersebut menyebabkan menurunnya kemampuan untuk beradaptasi agar dapat bertahan hidup (Rhosma, 2014).

Menurut United Nation, Department of Economic and Social Affairs pada tahun 2015 prosentase penduduk lansia di dunia tercatat ada sekitar 12.3%, untuk Asia tercatat 11.6%, dan Indonesia sebanyak 8.1% (Kementrian Kesehatan RI, 2017). Sedangkan pada tahun (2017), lansia di Indonesia tercatat sekitar 23.4 juta dimana lima provinsi berpenduduk lansia terbanyak diantaranya: Yogyakarta (13,90 %), Jawa Tengah (12,46%), Jawa Timur (12,16%), Bali (10,79%) dan Sulawesi Barat (10,37%) (BPS, 2017). Lansia, karena proses degeneratif yang dialaminya menjadikan lansia termasuk dalam kelompok yang rentan terhadap berbagai penyakit. Salah satu penyakit yang sering menyerang lansia adalah stroke. Stroke atau serangan otak merupakan penyakit serebrovaskular (pembuluh darah otak) yang ditandai dengan gangguan fungsi otak karena adanya kerusakan atau kematian jaringan otak akibat berkurang atau tersumbatnya aliran darah dan oksigen ke otak (Sari et al, 2008).

Menurut American Heart Association (2016) di Amerika Serikat dari 800,000 orang kurang lebih 795,000 terkena stroke setiap tahunnya. Di Indonesia, tercatat 1.86% penduduk mengalami stroke pada tahun 2016 (Buku Saku Kesehatan Jawa Tengah, 2016), dan 1.77% pada tahun 2017 (Profil Kesehatan di Jawa Tengah,

2017). Kejadian stroke ini terus meningkat dari tahun ke tahun. Peningkatan yang terjadi yaitu dari 7% pada tahun 2013 menjadi 10.9% pada tahun 2018 (Badan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), 2018). Stroke merupakan penyebab kematian terbesar kedua di seluruh dunia dan dapat menyebabkan kecacatan (State of The National, 2018). Kecacatan yang muncul merupakan gejala sisa seperti kelemahan otot atau kelumpuhan. Untuk meminimalisir kecacatan tersebut diperlukan intervensi yang tepat, salah satunya yaitu *Range of Motion* (ROM).

ROM adalah serangkaian gerakan yang terjadi pada persendian dari awal sampai akhir gerakan (Widiarti, 2016). Pengertian lain dari ROM merupakan istilah baku untuk menyatakan batas atau besarnya gerakan sendi baik dan normal serta menyatakan batas gerakan sendi yang abnormal (Noor, 2016). ROM bertujuan untuk mencegah kontraktur, memenuhi kebutuhan aktivitas dan latihan serta mengurangi risiko dari dampak imobilisasi agar dapat meningkatkan kekuatan otot pasien sehingga pasien dapat melakukan aktivitas sehari-hari (Ratna et al, 2014). Lebih lanjut, manfaat dari ROM adalah mempertahankan mobilitas sendi dan jaringan lunak guna mencegah hilangnya fleksibilitas jaringan dan pembentukan kontraktur (Kisner & Allen, 2017). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Dennis et al, (2018) terapi cermin dapat mengurangi rasa nyeri pada ekstremitas atas dan pemulihan motorik setelah pasca stroke. Menurut penelitian lain yang dilakukan oleh Donghwan Park, dkk (2018), efek setelah dilakukannya mobilisasi dikombinasikan dengan gerakan ROM pasif selama 4 minggu yaitu dapat meningkatkan fungsi motorik pada pasien stroke kronis. Kombinasi tersebut merupakan modalitas terbaik untuk penanganan dini bagi penderita stroke yang mudah dipraktikkan. Berdasarkan hal tersebut penulis tertarik membuat karya tulis ilmiah dengan judul “Penerapan Prosedur *Range of Motion* (ROM) pada Pasien Lansia Pasca Stroke”.

1.5. Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam karya tulis ilmiah ini adalah “Apakah tindakan keperawatan dengan pemberian terapi *Range of Motion* (ROM) pada lansia dengan pasca stroke dapat membantu meningkatkan kekuatan otot?”.

1.6. Tujuan

Tujuan dari penulisan karya tulis ilmiah ini antara lain:

1.3.1 Tujuan umum

Penulis dapat memahami dan menerapkan asuhan keperawatan gerontik pada pasien pasca stroke sesuai dengan kewenangan perawat dan standar asuhan keperawatan yang berlaku.

1.3.2 Tujuan Khusus

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada lansia dengan pasca stroke, penulis mampu:

1.3.2.1 Mampu melakukan pengkajian pada lansia Paska Stroke.

1.3.2.2 Mampu menetapkan diagnosis keperawatan yang sesuai dengan hasil pengkajian yang didapat pada lansia Paska Stroke.

1.3.2.3 Mampu menetapkan rencana keperawatan dengan lansia Paska Stroke sesuai dengan diagnosa yang muncul.

1.3.2.4 Mampu melakukan tindakan keperawatan kepada lansia dengan Paska Stroke sesuai dengan diagnosa yang muncul.

1.3.2.5 Mampu melakukan evaluasi terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada lansia Paska Stroke.

1.3.2.6 Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada lansia Paska Stroke.

1.7. Manfaat Penulisan

1.7.1. Pasien dan keluarga

Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam pelaksanaan terapi Range of Motion (ROM), sehingga diharapkan pasien dan keluarga dapat melakukan secara mandiri.

1.7.2. Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan

Mengembangkan ilmu keperawatan dengan penerapan *evidence-based* terkait dengan pemberian terapi Range of Motion (ROM) pada lansia yang mengalami stroke.

1.7.3. Penulis

Menerapkan asuhan keperawatan secara komprehensif pada lansia pasca stroke, dan meningkatkan keterampilan dalam pemberian terapi Range of Motion (ROM).

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.5 Konsep Lansia

2.5.1 Definisi lansia

Lanjut usia merupakan tahap akhir perkembangan pada siklus kehidupan manusia. Menurut UU No.13 tahun 1998 lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia lebih dari 60 tahun (Rhosma, 2014).

2.5.2 Klasifikasi lansia

2.5.2.1 Pralansia seseorang berusia antara 45-59 tahun

2.5.2.2 Lansia seseorang berusia 60 tahun atau lebih

2.5.2.3 Lansia resiko tinggi yaitu seseorang yang berusia 60 tahun/lebih dengan masalah kesehatan

2.5.2.4 Lansia potensial, lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan

2.5.2.5 Lansia tidak potensial, lansia yang tidak dapat mencari nafkah untuk memenuhi kebutuhan hidupnya.

Sedangkan klasifikasi lansia menurut WHO yaitu sebagai berikut:

1. Elderly: 60-74 tahun
2. Old: 75-89 tahun
3. Very old: > 90 tahun (Rhosma, 2014).

2.5.3 Karakteristik Lansia

Tiga karakteristik lansia menurut Rhosma (2014) yaitu:

2.5.3.1 Usia lebih dari 60 tahun.

2.5.3.2 Kebutuhan dan masalah yang bervariasi dari kondisi sehat sampai sakit, kebutuhan biopsikososial hingga spiritual, serta kondisi adaptif hingga maladaptif.

2.5.3.3 Lingkungan tempat tinggal yang bervariasi.

2.6 Konsep Medis

2.6.1 Pengertian Stoke

Stroke yaitu sindrom dengan karakter serangan mendadak nonkonvulsif disebabkan oleh gangguan peredaran darah pada otak non traumatik (tarwoto, 2013). Sedangkan pengertian lain menurut Clevo dan Margareth, (2015) stroke merupakan cedera pada otak berhubungan dengan sumbatan atau obstruksi aliran darah di otak.

2.6.2 Klasifikasi stroke

Menurut Tarwoto (2013) patologi stroke dibagi menjadi dua yaitu:

2.6.2.1 Stroke Iskemik

Terjadinya stroke iskemik karena kurangnya suplay darah ke jaringan otak yang disebabkan oleh adanya sumbatan secara total atau sebagian pembuluh darah.

2.6.2.2 Stroke Haemoragik

Stroke haemoragik terjadi karena perdarahan atau pecahnya pembuluh darah di otak, dapat terjadi di intrasebral, subarachnoid atau karena pembesaran pembuluh darah otak akibat dinding pembuluh darah yang lemah atau disebut aneurisma.

2.6.3 Penyebab Stroke (Predisposisi dan Presipitasi)

2.6.3.1 Faktor predisposisi

1. Usia diatas 65 tahun
2. Pernah terserang stroke sebelumnya
3. Keturunan (keluarga ada yang menderita stroke)
4. Peningkatan tekanan karotis (indikasi terjadinya artherosklerosis yang meningkatkan resiko serangan stroke)
5. DM (Terjadinya hiperglikemia menyebabkan kerusakan dinding pembuluh darah besar maupun pembuluh darah perifer disamping itu

juga akan meningkatkan agregat platelet dimana kedua proses tersebut dapat menyebabkan aterosklerosis).

2.6.3.2 Faktor presipitasi

1. Perokok aktif
2. Penyakit jantung (fibrilasi jantung)
3. Hipertensi
4. Transient Ischemic Attack (TIA) atau serangan iskemik yang dikenal sebagai mini stroke yaitu saat darah berhenti mengalir ke otak dalam waktu singkat (Padila, 2018).

2.6.4 Tanda dan Gejala Stroke

2.6.4.1 Terjadi peningkatan TIK dengan tanda gejala sebagai berikut:

1. Mengeluh kepala pusing
2. Muntah tanpa adanya rangsangan
3. Tingkat kesadaran menurun akibat dari perdarahan (letargi, konfusi, delirium, stupor atau koma): penurunan terhadap stimulus dan penurunan orientasi
4. Perubahan ukuran pupil: bilateral atau unilateral dilatasi merupakan tanda dari perdarahan cerebral.
5. Adanya perubahan TTV: suhu tubuh meningkat, bradikardi, pernafasan ireguler
6. Penurunan kemampuan gerak ekstremitas: mengalami kelemahan sampai paralysis.

2.6.4.2 Kelumpuhan anggota gerak atau kelumpuhan wajah atau hemiplegia (paralisis) yang timbul secara mendadak.

Kelumpuhan terjadi karena adanya kerusakan di area motorik di korteks bagian frontal.

2.6.4.3 Afasia atau kesulitan dalam bicara

Afasia terjadi karena adanya kerusakan dipusat area bicara primer yang berada di hemisfer kiri dan terjadi gangguan di middle sebral kiri.

2.6.4.4 Penurunan penglihatan

Dapat terjadi karena adanya kerusakan di lobus parietal atau temporal yang dapat menghambat serat saraf optik pada korteks oksipital

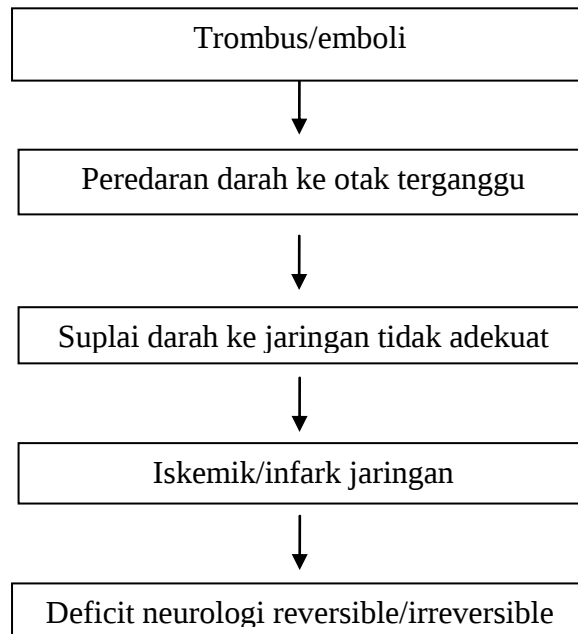
2.6.4.5 Disatria atau pelo terjadi karena adanya kerusakan di nervus kranial

2.6.4.6 Inkontinensia terjadi karena terganggunya saraf bladder dan bowel (Tarwoto, 2013).

2.6.5 Patofisiologi

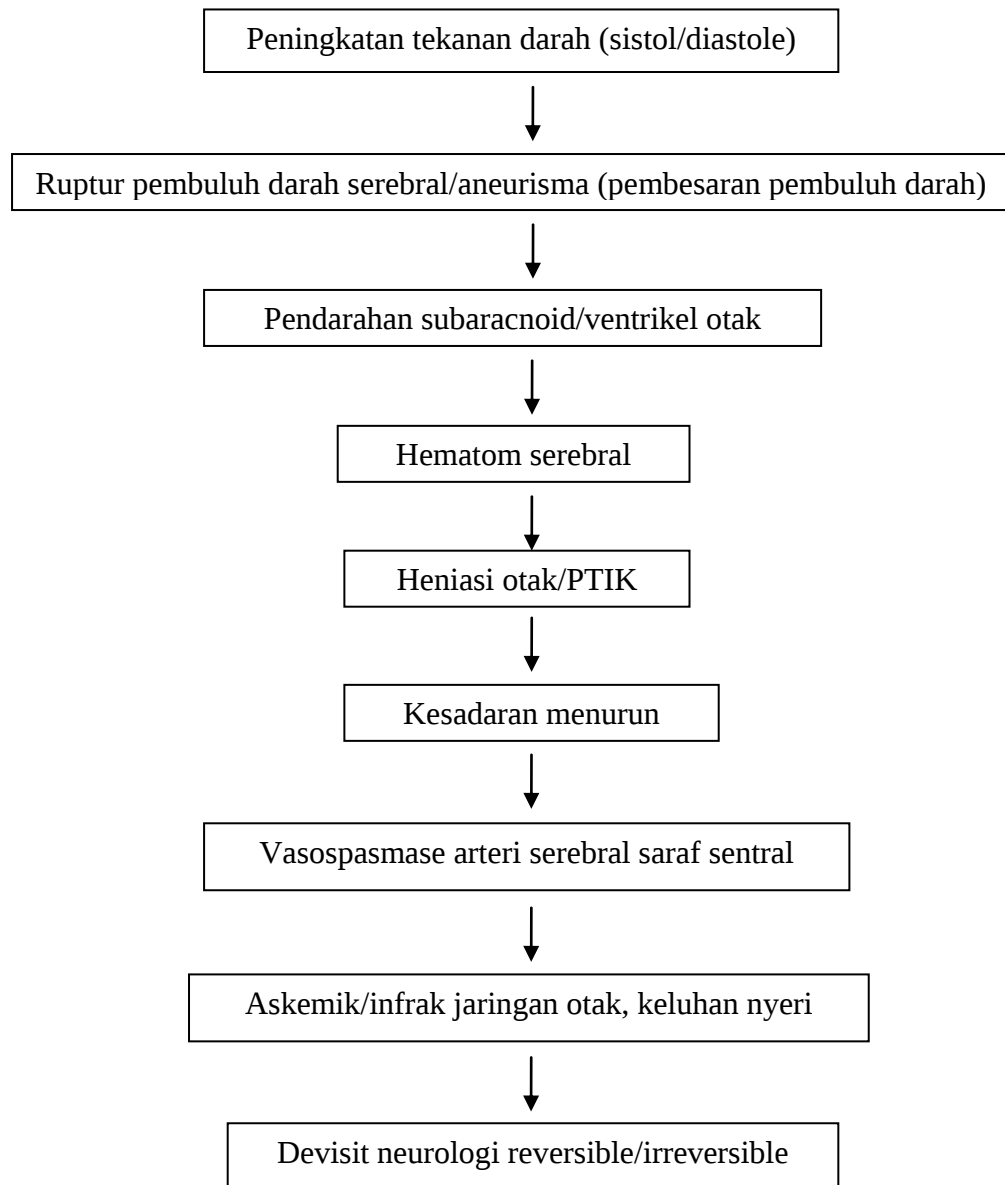
Otak adalah bagian tubuh yang sangat peka terhadap O_2 dan glukosa karena jaringan pada otak tidak dapat menyimpan O_2 dan glukosa yang berlebih. Bila terhambatnya aliran darah ke otak akan menyebabkan iskemia serta terjadinya gangguan metabolisme otak kemudian terganggunya perfusi serebral. Apabila otak tidak mendapat pasokan darah selama 30 detik dapat menyebabkan pasien tidak sadar dan dapat menyebabkan kerusakan jaringan otak yang permanen bila aliran darah ke otak tersendat selama lebih dari 4 menit. Agar dapat mempertahankan aliran darah ke otak maka tubuh akan melakukan dua mekanisme yaitu *anastomosis* adalah mekanisme tubuh untuk menyuplai darah ke otak serta memenuhi O_2 dan glukosa, sedangkan mekanisme autoregulasi yaitu mekanisme/usaha otak untuk mempertahankan keseimbangan (Tarwoto, 2013).

2.6.5.1 Pathway stroke iskemik



Clevo & Margareth (2015).

2.6.5.2 Pathway stroke Hemoragik



Clevo & Margareth (2015).

2.6.6 Komplikasi Stroke

2.6.6.1 Fase akut

1. Menurunnya aliran darah dan hipoksia

Di daerah area otak yang terjadi kerusakan akibat perdarahan mengakibatkan terganggunya perfusi jaringan akibat dari terhambatnya aliran darah ke otak. Hipoksia terjadi karena tidak adekuatnya aliran darah dan O₂ ke otak.

2. Edema serebri

Edema serebri adalah respon tubuh akibat adanya trauma jaringan. Edema terjadi bila ada area yang mengalami iskemik atau hipoksia maka tubuh segera meningkatkan aliran darah ke area tersebut dengan vasodilatasi pembuluh darah dan meningkatkan tekanan maka cairan interstisial akan berpindah ke ekstraseluler yang mengakibatkan edema jaringan otak.

3. Peningkatan tekanan intracranial (TIK)

Meningkatnya massa pada otak karena adanya edema otak atau perdarahan dapat meningkatkan tekanan intracranial ditandai dengan nyeri kepala, gangguan kesadaran dan gangguan motorik, sensorik.

4. Aspirasi

Pada pasien stroke dengan penurunan kesadaran atau koma berpotensi tinggi terjadinya aspirasi karena tidak adanya reflek menelan dan batuk.

2.6.6.2 Komplikasi pada masa pemulihan

1. komplikasi yang dapat terjadi pada masa pemulihan seperti kontraktur, dekubitus, atropi dan inkontinensia urin dan bowel.
2. Malnutrisi, karena intake yang adekuat
3. Nyeri kepala kronis seperti migraine (Tarwoto, 2013).

2.6.7 Pencegahan Stroke

Stroke dapat dicegah dengan mengidentifikasi faktor penyebab diantaranya:

- 2.6.7.1 Mengontrol tekanan darah
- 2.6.7.2 Menurunkan konsumsi kolesterol dan rutin mengontrol kolesterol
- 2.6.7.3 Mengurangi atau berhenti merokok
- 2.6.7.4 Mempertahankan kadar gula normal
- 2.6.7.5 Tidak mengonsumsi minuman yang beralkohol
- 2.6.7.6 Mencegah obesitas dengan olah raga teratur

2.6.8 Penatalaksanaan Medik

Pemeriksaan penunjang

2.6.8.1 Laboratorium

1. Pemeriksaan darah lengkap seperti Leukosit, Eritrosit, Hb, Trombosit, LED.
2. Kolesterol, Lipid
3. Elektrolit
4. Pemeriksaan gula darah sewaktu
5. Masa pembekuan dan masa perdarahan

2.6.8.2 Radiologi

1. *Computerized Tomografi Scanning (CT Scan)*: mengetahui area edema, infark, hematoma, struktur dan system ventrikel otak
2. *Elektro Encephalografi (EEG)*: mengidentifikasi masalah berdasarkan gelombang otak serta kemungkinan memperlihatkan daerah lesi yang spesifik
3. *Magnetik Resonance Imaging (MRI)*: menunjukan daerah yang mengalami infark
4. *Sinar X tengkorak*: mengetahui adanya klasifikasi karotis interna pada thrombosis cerebral
5. *Elektro Kardiogram*: mengetahui adanya kelainan jantung (Tarwoto, 2013).

2.6.9 Penatalaksanaan

2.6.9.1 Penatalaksanaan umum

1. Fase akut

a. Terapi cairan

Pada pasien yang terkena stroke akut beresiko mengalami dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Tujuan diberikanya terapi cairan yaitu untuk mempertahankan sirkulasi dan tekanan darah.

b. Terapi O₂ (Oksigen)

Tujuannya diberikan terapi oksigen yaitu untuk mempertahankan metabolisme otak dan mengurangi hipoksia

c. Memonitor jantung, TTV, dan EKG

d. Monitor fungsi pernafasan: Analisa gas darah

e. Evaluasi cairan dan elektrolit

f. Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi lambung dan pemberian makanan

g. Cegah tromboflebitis dan emboli paru dengan memberikan antikoagulan

h. Control kejang bila ada dengan antikonvulsan dan cegah resiko injuri

i. Monitor tingkat kesadaran, fungsi sensorik dan motorik, keadaan pupil, reflek dan saraf cranial.

2. Fase rehabilitasi

a. Penuhi kebutuhan nutrisi

b. Mempertahankan rentang gerak sendi (ROM) dan keseimbangan tubuh

c. Pertahankan komunikasi yang efektif

d. Program manajemen bladder dan bowel

e. Pertahankan integritas kulit

f. Pemenuhan kebutuhan sehari-hari.

2.6.9.2 Pembedahan

Dilakukan pembedahan bila perdarahan pada serebrum berdiameter lebih dari 3 cm atau volume lebih dari 50 ml untuk dekompresi atau pemasangan pintasan ventrikulo-peritoneal jika ada hidrosefalus obstruktif akut.

2.6.9.3 Terapi obat-obatan

Terapi pengobatan tergantung dari jenis stroke.

1. Stroke iskemik

- a. Pemberian obat-obatan jantung seperti kaptopril, dioksin atau alfa beta pada aritmia jantung, antagonis kalsium pada pasien hipertensi
- b. Pembedahan trombolisis dengan rr-PA (recombinant tissueplasminogen)

2. Stroke hemoragik

- a. Antihipertensi: antagonis kalsium, kaptopril
- b. Antikonvulsan: fenitoin
- c. Diuretik: furosemid, manitol 20% (Tarwoto, 2013).

2.7 Konsep Keperawatan

2.7.1 Pengkajian

2.7.1.1 Identitas klien

Meliputi nama, umur (dominan di usia tua), jenis kelamin, agama, pendidikan, alamat, pekerjaan, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, diagnose medis.

2.7.1.2 Keluhan utama

Keluhan yang didapatkan berupa gangguan motorik kelemahan anggota gerak pada salah satu sisi badan, tidak dapat berkomunikasi,

bicara pelo, nyeri kepala, kejang, gangguan sensorik dan gangguan kesadaran.

2.7.1.3 Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke iskemik biasanya didahului dengan serangan awal yang pasien tidak menyadarinya dengan gejala awal sering kesemutan, rasa lemah pada sisi anggota gerak. Sedangkan pada serangan stroke hemoragik seringkali terjadi serangannya secara mendadak seperti pada saat melakukan aktivitas. Gejala yang timbul berupa mual, muntah, nyeri kepala, kejang sampai tidak sadar, dan gangguan fungsi otak lain serta kelumpuhan pada salah satu sisi badan.

2.7.1.4 Riwayat penyakit dahulu

Mempunyai riwayat hipertensi, penyakit jantung, diabetes militus (DM), riwayat trauma kepala, obesitas atau kegemukan, penggunaan obat anti koagulan, vasodilator, aspirin, dan obat-obat adiktif.

2.7.1.5 Riwayat penyakit keluarga

Terdapat anggota keluarga yang mempunyai riwayat DM maupun hipertensi.

2.7.1.6 Pemeriksaan fisik

1. Paralisis/paresis motorik: kelemahan otot tangan, otot wajah, hemiparesis/hemiplegia.
2. Gangguan visual: lapang pandang menyempit, pandangan ganda.
3. Gangguan sensorik: kehilangan sensasi pada wajah, lengan, dan ekstremitas.
4. Disphagia: kesulitan mengunyah, menelan, paralisis lidah dan laring.

5. Disatria: pelo/kesulitan mengucapkan artikulasi, cadel, kelemahan otot wajah, lagit-lagit atas, lidah, pharing dan bibir.
6. Kesulitan komunikasi: adanya aphasia sensorik (kerusakan pada area wernick), kesulitan menulis, aphasia montorik/ekspresive (kerusakan pada area broca), aphasia global, dan kesulitan membaca (alexia).
7. Memori: pengenalan terhadap orang, lingkungan, tempat dan waktu.
8. Kemampuan emosi: ekspresi wajah, perasaan, dan penerimaan terhadap kondisi dirinya.
9. Tingkat kesadaran
10. Fungsi bladder dan fungsi bowel.

2.7.1.7 Test diagnostic

1. Hasil rontgen kepala dan medulla spinalis
2. CT Scan
3. MRI
4. EEG
5. Pemeriksaan darah
6. Lumbal fungsi (Tarwoto, 2013).

2.7.2 Diagnosa keperawatan

- 2.7.2.1 Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan gangguan aliran darah, perdarahan, oklusi, vasospasmase serebral, peningkatan tekanan intracranial (TIK), edema serebral.
- 2.7.2.2 Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan, paralisis, gangguan neuromuskuler, parestesia.
- 2.7.2.3 Gangguan perawatan diri: ADL berhubungan dengan menurunnya kekuatan otot dan dayatahan, kehilangan kontrol otot, defisit neuromuskuler, gangguan kognitif

- 2.7.2.4 Resiko gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kelemahan otot mengunyah dan menelan
- 2.7.2.5 Gangguan komunikasi verbal/non verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, kelemahan umum, gangguan sirkulasi.
- 2.7.2.6 Gangguan persepsi berhubungan dengan gangguan penerimaan sensori, transisi, stress psikologik, integrasi.
- 2.7.2.7 Gangguan eliminasi urine: inkontinensia fungsional berhubungan dengan menurunnya sensasi, kerusakan komunikasi, disfungsi kognitif.
- 2.7.2.8 Gangguan eliminasi bowel: konstipasi berhubungan dengan menurunnya kontrol volunteer, imobilisasi, perubahan peristaltik, kerusakan komunikasi (Tarwoto, 2013).
- 2.7.2.9 Resiko tinggi terhadap ketidakefektifan koping individual berhubungan dengan metode koping tidak adekuat.

2.7.3 Intervensi

- 2.7.3.1 Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan gangguan aliran darah, perdarahan, oklusi, vasospasmase serebral, peningkatan tekanan intracranial (TIK), edema serebral.

1. Kriteria hasil

- a. Tanda-tanda vital stabil, tidak ada peningkatan TIK
- b. Pasien dapat mempertahankan tingkat kesadaran, fungsi sensorik dan motorik, serta fungsi kognitif
- c. Tidak terjadi gangguan lebih lanjut.

2. Rencana tindakan

- a. Kaji tingkat kesadaran dengan GCS
Rasional: tingkat kesadaran merupakan indikator dari adanya perubahan neurologik
- b. Monitor TTV setiap satu jam
Rasional: adanya perubahan pada tanda vital seperti respirasi menunjukkan kerusakan di batang otak.

- c. Monitor kejang dan berikan obat anti kejang
Rasional: kejang dapat terjadi akibat dari iritasi serebral serta dalam kondisi kejang memerlukan banyak oksigen.
- d. Monitor AGD, PaCO₂ antara 35-45 mmHg dan PaO₂ > 80 mmHg
Rasional: karbon dioksida menyebabkan vasodilatasi, oksigen yang cukup sangat penting dalam mempertahankan metabolisme otak.
- e. Kaji pupil, respon terhadap cahaya, ukuran, gerakan mata
Rasional: mengetahui fungsi N.II dan N.III
- f. Pertahankan pasien bedrest, beri lingkungan yang tenang, atur waktu istirahat dan aktivitas, batasi pengunjung
Rasional: lingkungan yang tenang dan istirahat yang cukup mencegah perdarahan kembali.
- g. Atur ketinggian tempat tidur di kepala dengan 30-45⁰ dengan posisi leher tidak fleksi/menekuk
Rasional: memfasilitasi drainasi vena dari otak.
- h. Anjurkan pasien tidak menekuk lututnya, tidak mengejan, bersin dengan keras, dan batuk
Rasional: dapat meningkatkan TIK
- i. Bantu pasien untuk pemeriksaan diagnostik
Rasional: pasien stroke memerlukan pemeriksaan lanjutan untuk menentukan tindakan lebih lanjut.
- j. Evaluasi keadaan motorik dan sensorik pasien
Rasional: gangguan sensorik motorik terjadi akibat adanya edema otak.
- k. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian dan berikan obat sesuai program serta monitor efek samping
Rasional: untuk mempercepat proses penyembuhan dan segera ditangani bila terjadi hal-hal yang tidak diinginkan.

2.7.3.2 Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan, paralisis, gangguan neuromuskuler, parestesia.

1. Kriteria hasil

- a. Mempertahankan fungsi/kekuatan tubuh secara optimal
- b. Mempertahankan keutuhan tubuh seperti tidak adanya kontraktur, footdrop.
- c. Mempertahankan integritas kulit
- d. Mempertahankan teknik/ perilaku melakukan aktivitas
- e. Kebutuhan ADL terpenuhi.

2. Rencana tindakan

- a. Kaji kemampuan motorik
Rasional: mengidentifikasi kelemahan motorik dan kekuatan otot
- b. Observasi daerah yang tertekan termasuk warna, edema atau tanda lain gangguan sirkulasi
Rasional: daerah yang tertekan mudah terjadi trauma.
- c. Ajarkan pasien untuk melakukan ROM minimal 4 kali perhari bila memungkinkan
Rasional: latihan ROM dapat meningkatkan kekuatan otot, massa tonus otot perbaikan fungsi jantung dan pernapasan.
- d. Jika pasien ditempat tidur, atur posisi untuk meluruskan postur tubuh.
 - 1) Ubah posisi sendi bahu tiap 2-4 jam sekali
Rasional: mencegah kontraktur fleksi bahu
 - 2) Sanggah tangan dan pergelangan pada kelursan alamiah
Rasional: mencegah kontraktur pergelangan tangan
 - 3) Gunakan panan kaki
Rasional: mencegah footdrop
- e. Lakukan masage pada daerah tertekan
Rasional: membantu memperlancar aliran darah
- f. Berikan bantalan lunak pada daerah yang tertekan

Rasional: membantu mencegah kerusakan kulit

- g. Kolaborasi dalam penggunaan tempat tidur antidekubitus

Rasional: menurunkan tekanan pada tulang

- h. Konsultasikan dengan ahli fisioterapi

Rasional: mengembangkan program khusus.

2.7.3.3 Gangguan perawatan diri: ADL berhubungan dengan menurunnya kekuatan otot dan daya tahan, kehilangan kontrol otot, defisit neuromuskuler, gangguan kognitif.

1. Kriteria hasil

- a. Menampilkan aktivitas perawatan secara mandiri
- b. Mendemonstrasikan perubahan dalam merawat diri: mandi, berpakaian, makan dan minum serta BAB, BAK.

2. Rencana keperawatan

- a. Kaji kemampuan ADL pasien
Rasional: membantu merencanakan intervensi
- b. Bantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL bila pasien tidak mampu
Rasional: memenuhi kebutuhan ADL pasien
- c. Anjurkan pasien melakukan sendiri perawatan dirinya bila mampu
Rasional: membantu kemandirian dalam perawatan
- d. Berikan reinforcement positif atas usaha pasien
Rasional: meningkatkan harga diri pasien
- e. Libatkan keluarga dalam pemenuhan perawatan diri pasien
Rasional: untuk meningkatkan keharmonisan keluarga.

2.7.3.4 Resiko gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kelemahan otot mengunyah dan menelan

1. Kriteria hasil

- a. Bertambahnya berat badan atau berat badan dapat dipertahankan

- b. Albumin dan HB dalam batas normal

2. Rencana tindakan

- a. Kaji kemampuan pasien dalam mengunyah, menelan dan reflek batuk

Rasional: untuk menentukan makanan yang akan diberikan

- b. Atur posisi pasien semifowler selama dan sesudah makan

Rasional: untuk memudahkan pasien dalam menelan

- c. Ajari pasien untuk menutup dan membuka mulut secara manual dengan menekan ringan diatas bibir/diatas dagu jika dibutuhkan

Rasional: meningkatkan kontrol muskuler dan membantu dalam melatih kembali sensori

- d. Berikan makanan peroral setengah cair, makanan lunak ketika klien dapat menelan air

Rasional: makanan cairan kental/lunak mudah untuk dikendalikan didalam mulut dan menurunkan terjadinya aspirasi

- e. Anjurkan pasien menggunakan sedotan ketika minum

Rasional: dapat menguatkan otot fasial dan otot menelan serta meminimalisir terjadinya tersedak

- f. Kolaborasi dengan dokter untuk memberikan cairan melalui IV atau makanan melalui selang

Rasioanal: mungkin diperlukan untuk memberikan cairan pengganti dan memberikan makanan bila pasien tidak mampu untuk menelan/memesukan segala sesuatu melalui mulut.

2.7.3.5 Gangguan komunikasi verbal/non verbalberhubungan dengan gangguan neuromuskuler, kelemahan umum, gangguan sirkulasi.

1. Kriteria hasil

- a. Mampu menggunakan metode komunikasi yang efektif baik verbal maupun non verbal
- b. Mampu mengekspresikan diri dan memahami orang lain

- c. Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dasar
 - d. Terhindar dari tanda-tanda frustrasi
2. Rencana tindakan
- a. Kaji kemampuan komunikasi adanya gangguan bicara dan bahasa
Rasional: mengidentifikasi masalah komunikasi karena gangguan bahasa atau bicara
 - b. Pertahankan kontak mata saat berkomunikasi bersama pasien
Rasional: memudahkan pasien untuk menginterpretasi (menafsirkan) pembicaraan serta dapat melihat ekspresi wajah
 - c. Jaga privasi dan ciptakan lingkungan penerimaan dengan kurangi bising lingkungan, berbicara tidak terburu-buru, bicara dengan intonasi normal dan secara perlahan, jangan paksa pasien untuk bicara
Rasional: membantu untuk menciptakan komunikasi yang efektif
 - d. Gunakan kata-kata sederhana dan dengan bahasa tubuh
Rasional: memudahkan penerimaan pasien pada saat berkomunikasi
 - e. Ajarkan teknik untuk memperbaiki bicara dengan cara berbicara lambat dan dalam kalimat pendek, pada saat memberikan pertanyaan gunakan dengan jawaban ya atau tidak, dorong pasien untuk mau berbagi perasaanya
Rasional: dengan memperbaiki bicara dapat meningkatkan percaya diri serta meningkatkan motivasi dalam memperbaiki bicara
 - f. Berikan reinforcement positif atas usaha pasien
Rasional: dapat meningkatkan percaya diri pasien
 - g. Konsulkan dengan terapi wicara
Rasional: untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut dengan teknik khusus.

2.7.3.6 Gangguan persepsi berhubungan dengan gangguan penerimaan sensori, transisi, stress psikologik, integrasi.

1. Kriteria hasil

- a. Mempertahankan fungsi persepsi dan tingkat kesadaran
- b. Mendemonstrasikan tingkah laku untuk memperbaiki kekurangan

2. Rencana tindakan

- a. Observasi kemampuan persepsi pasien dan penerimaan sensorik

Rasional: mencegah defisit dan upaya perawatannya

- b. Orientasikan pada pasien mengenai lingkungan, staf dan prosedur tindakan

Rasional: menghindari kesalahan persepsi terhadap realita

- c. Ciptakan lingkungan yang dapat memudahkan pasien dan pindahkan alat-alat yang tajam dan berbahaya

Rasional: menurunkan resiko cedera

- d. Tempatkan kembali ke tempat semula setelah barang/peralatanya di pakai

Rasional: menghindari kebingungan

- e. Bantu pasien dalam mobilitas dan aktivitas untuk mencegah cedera

Rasional: mencegah cedera dan membantu kebutuhan sehari-hari.

2.7.3.7 Gangguan eliminasi urine: inkontinensia fungsional berhubungan dengan menurunnya sensasi, kerusakan komunikasi, disfungsi kognitif.

1. Kriteria hasil

- a. Pasien dapat mengatakan ingin BAK sebelu BAKnya terjadi
- b. Pola BAK normal
- c. Terhindar dari infeksi saluran kemih
- d. Kulit bersih dan kering

2. Rencana tindakan

- a. Observasi kembali tipe inkontinensia dan polanya
Rasional: untuk menentukan rencana tindakan lebih lanjut
- b. Monitor hasil urin dan karakteristik urine
Rasional: mengetahui bila ada infeksi secara dini
- c. Buat jadwal untuk BAK
Rasional: melatih BAK secara teratur
- d. Berikan minum yang cukup 1500-2000 bila tidak ada kontraindikasi
Rasional: memenuhi kebutuhan minum pasien
- e. Jaga privasi pasien saat BAK
Rasional: memberikan rasa nyaman kepada pasien
- f. Lakukan perawatan kateter setiap hari bila terpasang kateter
Rasional: mencegah terjadinya infeksi.

2.7.3.8 Gangguan eliminasi bowel: konstipasi berhubungan dengan menurunnya kontrol volunteer, imobilisasi, perubahan peristaltik, kerusakan komunikasi.

1. Kriteria hasil

- a. Pola BAB normal, feses lunak
- b. Pasien mengatakan ingin BAB sebelum BAB terjadi dan menyatakan kebutuhan defekasi.

2. Rencana tindakan

- a. Observasi pola BAB pasien
Rasional: menentukan pola eliminasi bowel
- b. Lakukan pemeriksaan peristaltik usus
Rasional: peristaltik kurang dari normal atau lambat dapat menimbulkan konstipasi
- c. Lakukan mobilisasi dan aktivitas sesuai kemampuan pasien
Rasional: merangsang peristaltic
- d. Kaji status nutrisi dan berikan diet tinggi serat

Rasional: diet tinggi serat dapat meningkatkan residu dan merangsang BAB

- e. Kolaborasikan dengan dokter untuk pemberian obat suppositoria, laksatif

Rasional: membantu melunakan feses (Tarwoto, 2013).

2.7.3.9 Resiko tinggi terhadap ketidakefektifan koping individual berhubungan dengan metode koping tidak adekuat.

1. Kriteria hasil:

- a. Mengidentifikasi perilaku koping yang tidak efektif dan akibatnya
- b. Mengungkapkan kesadaran tentang kemampuan koping yang dimiliki
- c. Mengkaji situasi saat ini dengan akurat
- d. Menunjukkan perubahan gaya hidup yang diperlukan atau situasi yang tepat.

2. Rencana tindakan

- a. Dorong klien mengekspresikan ansietas, marah, dan rasa takut (dengarkan dengan penuh perhatian). Sikap mendengarkan dan menghargai seperti ini adalah strategi yang sangat membantu menghadapi perasaan marah, ansietas, dan rasa takut dari klien.
- b. Kaji kapasitas fisiologi yang bersifat umum. Sakit kepala (akut/kronis) dapat mengurangi kemampuan koping.
- c. Kembangkan metode strategi koping berdasarkan keberhasilan tujuan dan kekuatan pribadi seperti pola makan, strategi relaksasi mental, atau fisik. Intervensi yang dikembangkan menggunakan gaya pribadi dan karakter yang mungkin bermanfaat.
- d. Berikan dorongan dan perkuat harapan klien sesuai situasi yang dihadapinya. Hal ini dapat mengakibatkan rasa optimis pada klien dengan penyakit terminal terhadap harapan hidup.
- e. Anjurkan klien untuk mengekspresikan perasaan dan mau mendiskusikan bagaimana sakit kepala tersebut mengganggu kerja.

Dengan tindakan ini klien mampu mengenali perasaan berhubungan dengan nyeri. Klien mungkin frustrasi dengan sakit kepala atau penanganan dalam gaya hidupnya.

- f. Bantu klien mengidentifikasi sistem pendukung yang tepat dan dorong untuk menggunakannya, seperti kelompok pendukung misalnya. Kelompok pendukung potensial mampu mendidik, mendukung, mengantisipasi dan menerimakrisis yang dialami klien.
- g. Bantu klien latihan relaksasi, aktivitas terapeutik, dan kegiatan sehari-hari. Aktivitas hiburan misalnya, dapat memberikan kesempatan istirahat dari stress mental maupun emosional.
- h. Instruksikan klien tentang teknik pelaksanaan stress (distraksi, imajinasi, relaksasi). Teknik reduksi stress membantu klien menghadapi rasa takut dan ansietas.

2.8 *Range of Motion (ROM)*

2.8.1 Pengertian

Range of motion (ROM) adalah serangkaian gerakan yang terjadi pada persendian dari awal sampai akhir gerakan (Widiarti, 2016). ROM digunakan sebagai dasar untuk menetapkan adanya kelainan atau menyatakan batas gerakan sendi yang abnormal (Noor, 2016). Sedangkan menurut Kisner dan Allen, tahun 2017 menyatakan rentang gerak sendi merupakan teknik dasar yang digunakan dalam pemeriksaan gerak dan memasukannya dalam program intervensi terapeutik.

Menurut pengertian lain Range of Motion (ROM) merupakan latihan yang dilakukan untuk meningkatkan dan mempertahankan fungsi sendi yang telah berkurang disebabkan oleh kecelakaan, atau tidak dipergunakan, dan berbagai

macam proses penyakit. Latihan tersebut berguna untuk persiapan melakukan aktivitas selanjutnya (Suarti et al, 2009).

2.8.2 Tujuan dari *Range of Motion* (ROM)

2.8.2.1 Mengidentifikasi adanya keterbatasan gerak

2.8.2.2 Mengurangi resiko/bahaya dampak dari imobilisasi

2.8.2.3 Mencegah kontraktur

2.8.2.4 Memenuhi kebutuhan aktivitas dan latihan (Hidayati, 2014).

2.8.3 Manfaat *Range of Motion* (ROM)

Manfaat dilakukannya ROM yaitu untuk mempertahankan mobilitas sendi dan jaringan lunak guna mengurangi hilangnya fleksibilitas jaringan dan pembentukan kontraktur (Kisner & Allen, 2017).

2.8.4 Indikasi dan Kontraindikasi

2.8.4.1 Indikasi

1. Klien yang mempunyai keterbatasan mobilitas sendi karena penyakit
2. Klien yang tidak mampu melakukan mobilisasi karena trauma.

2.8.4.2 Kontraindikasi

Kontraindikasi ROM dan tingkat kewaspadaan saat dilakukan terapi ROM menurut Kisner dan Allen (2017) yaitu:

1. Terapi ROM tidak boleh diberikan jika gerakan mengganggu proses penyembuhan cedera.
Peningkatan nyeri dan inflamasi adalah tanda dari gerakan yang salah atau gerakan yang terlalu banyak.
2. ROM tidak boleh dilakukan bila respon atau kondisi pasien membahayakan keselamatan.
Pada keadaan setelah bedah pirau arteri koroner atau angioplasty koroner transluminal perkutan, infark otot jantung, AROM pada ekstremitas atas dan

pembatasan aktivitas berjalan boleh dilakukan terpi dibawah pengawasan gejala yang seksama.

2.8.5 Efek terapi range of motion (ROM)

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Dennis et all, (2018) terapi cermin dapat mengurangi rasa nyeri pada ekstremitas atas dan pemulihan motorik setelah pasca stroke. Menurut penelitian lain yang dilakukan oleh Donghwan Park, dkk (2018), efek setelah dilakukannya mobilisasi dikombinasikan dengan gerakan ROM pasif selama 4 minggu yaitu dapat meningkatkan fungsi motorik pada pasien stroke kronis.

2.8.6 Prosedur terapi Range of Motion (ROM)

Prosedur pada terapi Range of Motion (ROM) menurut Suarti, 2009 diantaranya :

2.8.6.1 Prinsip

1. ROM dilakukan perlahan dan hati-hati sehingga tidak melelahkan pasien
2. ROM dilakukan minimal 2 kali sehari dan diulang kurang lebih 8 kali
3. Dilakukan secara berurutan dan teratur mulai dari leher hingga kaki.
4. Dilakukan dari arah ujung (distal) hingga ke pangkal (proksimal) pada anggota gerak atas dan bawah.
5. Terapi ROM dapat digabungkan dengan aktivitas keperawatan lain, seperti memberikan pendidikan kesehatan.
6. Dilakukan dengan lembut, sehingga membuat pasien merasa aman dan nyaman.

2.8.6.2 Persiapan alat

- a. Sarung tangan atau handscoon untuk menghindari kontak cairan dari pasien
- b. Goniometer (Widiarti, 2016).

2.8.6.3 Pemeriksaan, Perencanaan Terapi dan Evaluasi

1. Periksa dan evaluasi gangguan dan tingkat fungsi pasien, tentukan tindakan kewaspadaan, prognosis, kemudian rencanakan intervensi
2. Tentukan kemampuan pasien berpartisipasi pada aktivitas ROM baik PROM, A-AROM atau AROM untuk memenuhi tujuan secara langsung.
3. Tentukan jumlah gerakan yang dapat dilakukan dalam terapi, dilakukan secara aman sesuai dengan kesehatan individu dan kondisi jaringan.
4. Tentukan pola yang sesuai agar dapat memenuhi tujuan
Teknik ROM dapat dilakukan dalam :
 - a. Lingkup elongasi otot: berlawanan dengan garis tarikan otot
 - b. Bidang gerak anatomi: frontal, sagital, transversal,
 - c. Pola fungsional: gerakan yang digunakan dalam kehidupan sehari-hari (activities of daily living, ADL).
 - d. Kombinasi pola: gerakan yang menggabungkan beberapa bidang gerak atau gerakan diagonal.
5. Awasi kondisi umum serta respon pasien selama dan setelah pemeriksaan serta intervensi; catat setiap perubahan tanda vital, warna dan kehangatan pada kulit, kualitas gerak atau nyeri.
6. Dokumentasikan serta komunikasikan temuan dan intervensi.
7. Evaluasi ulang dan modifikasi sesuai kebutuhan Kisner dan Allen (2016).

2.8.6.4 Persiapan pasien

1. Komunikasikan dengan pasien. Jelaskan rencana serta metode intervensi yang akan dilakukan.
2. Bebaskan daerah yang akan dilakukan terapi dari pakaian, balutan, bidai, linen dan jaga privasi pasien.

3. Posisikan pasien senyaman mungkin dengan stabilitas dan kesejajaran yang baik tapi memungkinkan Anda untuk dapat mengerjakan sendi yang akan dilakukan terapi ROM .
4. Posisikan diri Anda sehingga dapat melakukan terapi ROM dengan baik (Kisner & Allen, 2016).

2.8.7 Gerakan-gerakan pada terapi ROM

Dibawah ini adalah gerakan terapi ROM menurut Hidayati (2014).

2.8.7.1 ROM pada leher

1. Fleksi: menggerakkan dagu menempel ke dada
2. Ektensi: mengembalikan kepala ke posisi tegak
3. Hiperekstensi: menekukan kepala ke belakang/menegadahkan kepala ke atas
4. Fleksi lateral: memiringkan kepala semaksimal mungkin ke arah bahu kanan/kiri
5. Rotasi: memutar kepala baik ke kanan maupun ke kiri dalam gerakan sirkular.

2.8.7.2 ROM pada bahu

1. Fleksi: mengangkat lengan ke depan lalu ke atas
2. Ekstensi: mengembalikan ke posisi semula yaitu disamping tubuh
3. Hiperekstensi: menggerakkan lengan ke belakang tubuh dan siku tetap lurus
4. Abduksi: menaikkan lengan ke arah kanan atau kiri dengan telapak tangan jauh dari kepala
5. Adduksi anterior: menggerakkan lengan dari posisi samping tubuh silangkan tangan ke depan tubuh semaksimal mungkin
6. Adduksi posterior: menggerakkan lengan dari posisi samping tubuh silangkan tangan ke belakang tubuh semaksimal tubuh
7. Rotasi internal: rentangkan lengan ke samping setinggi bahu dan bengkokkan siku ke atas sehingga ujung jari menghadap ke atas,

kemudian gerakan lengan ke bawah sehingga jari tangan menghadap ke bawah

8. Rotasi eksternal: rentangkan lengan ke samping setinggi bahu lalu bengkokkan siku ke bawah sehingga ujung jari menghadap ke bawah kemudian gerakan lengan ke atas sehingga jari tangan menghadap ke atas
9. Sirkumduksi: menggerakkan lengan dengan lingkaran penuh dimulai dari depan ke belakang.

2.8.7.3 ROM pada siku

1. Fleksi: menekuk lengan bawah membentuk siku sampai mendekati pundak
2. Ekstensi: meluruskan lengan bawah hingga tangan berada di sisi tubuh
3. Hiperekstensi: menggerakkan lengan bagian bawah ke belakang semaksimal mungkin.

2.8.7.4 ROM pada lengan bawah

1. Supinasi: memutar lengan bawah dan tangan sehingga telapak tangan menghadap ke atas
2. Pronasi: memutar lengan bawah sehingga telapak tangan menghadap ke bawah.

2.8.7.5 ROM pada pergelangan tangan

1. Fleksi: menggerakkan telapak tangan ke sisi bagian dalam lengan bawah
2. Ekstensi: mengangkat telapak tangan ke atas atau meluruskan telapak tangan sehingga telapak tangan sejajar dengan telapak tangan
3. Hiperekstensi: bengkokkan pergelangan tangan ke arah belakang semaksimal mungkin

4. Adduksi: menggerakkan telapak tangan ke arah jari kelingking, posisi pergelangan tangan pronasi
5. Abduksi: menggerakkan telapak tangan ke arah ibu jari, posisi pergelangan tangan pronasi.

2.8.7.6 ROM pada jari-jari tangan

1. Fleksi: membuat genggaman/mengepalkan tangan
2. Ekstensi: meluruskan jari-jari tangan
3. Hiperekstensi: menggerak jari-jari tangan ke belakang semaksimal mungkin
4. Abduksi: merenggangkan jari-jari tangan satu dengan yang lainnya
5. Adduksi: merapatkan kembali jari-jari tangan.

2.8.7.7 ROM pada ibu jari

1. Fleksi: menggerakkan ibu jari menyilang permukaan telapak tangan
2. Ekstensi: menggerakkan ibu jari lurus menjauh dari tangan
3. Abduksi: menjauhkan ibu jari ke samping
4. Adduksi: menggerakkan ibu jari ke depan tangan
5. Oposisi: menyentuhkan ibu jari ke setiap jari-jari tangan pada satu tangan.

2.8.7.8 ROM pada panggul

1. Fleksi: menggerakkan salah satu kaki ke depan dan ke atas, posisi lutut dalam keadaan lurus dan ditekuk
2. Ekstensi: gerakan salah satu kaki kembali keposisi semula sehingga kedua kaki sejajar
3. Hiperekstensi: menggerakkan tungkai ke belakang tubuh
4. Abduksi: menggerakkan tungkai ke samping menjauhi tubuh
5. Adduksi: gerakan salah satu kaki ke depan dan menyilangkannya
6. Internal rotasi: memutar kaki dan tungkai ke arah tungkai lain
7. Eksternal rotasi: memutar kaki dan tungkai menjauhi tungkai lain

8. Sirkumduksi: menggerakkan tungkai kaki melingkar.

2.8.7.9 ROM pada lutut

1. Fleksi: menggerakkan lutut menekuk ke belakang mendekati paha
2. Ekstensi: menggerakkan kaki untuk meluruskan sehingga posisi kaki kanan dan kiri sejajar.

2.8.7.10 ROM pada mata kaki

1. Dorsal fleksi: menggerakkan kaki menekuk ke atas
2. Plantar fleksi: menggerakkan kaki menekuk ke bawah.

2.8.7.11 ROM pada kaki

1. Inverse: memutar telapak kaki ke samping dalam
2. Eversi: memutar telapak kaki ke samping luar.

2.8.7.12 ROM pada jari-jari kaki

1. Fleksi: melengkungkan jari-jari ke bawah
2. Ekstensi: meluruskan jari-jari kaki
3. Abduksi: merenggangkan jari-jari kaki satu dengan yang lain
4. Adduksi: merapatkan kembali jari-jari kaki secara bersama-sama.

2.8.7.13 Latihan ADL (Activity of Dailly Living)/ Latihan Aktivitas Keseharian

Pada masa awal pemulihan bagi pasien pasca stroke umumnya akan mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari karena kelemahan pada satu sisi anggota tubuh akibat dari stroke tersebut. Maka dari itu sebisa mungkin dari sejak awal dilatih untuk melakukan perawatan diri dan memenuhi kebutuhan pokok seperti menyisir rambut, berpakaian, menggosok gigi, mencuci muka serta makan dan minum, hal tersebut dilakukan secara mandiri dengan menggunakan satu sisi anggota gerak yang kuat. Hal ini sangat penting agar penderita pasca stroke dapat terbiasa mandiri dan yang paling utama adalah penderita pasca stroke dapat terpupuk kemandiriannya sehingga meningkatkan

semangatnya untuk pulih. Tujuannya penderita pasca stroke dapat melakukan aktivitas sehari-hari dengan mandiri dan sesuai dengan kondisinya (Sari,2016).

2.8.8 Patofisiologi ROM

Latihan *range of motion* (ROM) dapat mencegah terjadinya penurunan fleksibilitas dan luas gerak sendi pada pasien stroke. Dengan terpi ROM dapat menimbulkan rangsangan sehingga meningkatkan aktivitas dari kimiawi neuromuskuler dan muskuler. Rangsangan melalui neuromuskuler akan meningkatkan rangsangan pada serat saraf parasimpatis yang merangsang untuk produksi asetilcholin, sehingga meningkatkan kontraksi . mekanisme melalui muskulus terutama otot polos ekstremitas akan meningkatkan metabolisme pada mitokondria untuk menghasilkan ATP yang dimanfaatkan oleh otot ekstremitas sebagai energi untuk kontraksi dan meningkatkan tonus otot polos ekstremitas (Ika, 2015).

BAB 3

METODOLOGI PENULISAN

3.1 Rancangan Studi Kasus

Karya tulis ini menggunakan rancangan studi kasus. Studi kasus yaitu rancangan penelitian berisi pengkajian satu kesatuan penelitian secara intensif seperti seorang klien, kelompok, komunitas, keluarga, dan institusi (Nursalam, 2008). Rancangan studi kasus dalam karya tulis ilmiah ini akan menggambarkan hasil asuhan keperawatan pada pasien pasca stroke dengan memfokuskan pada peningkatan derajat kekuatan otot dengan menerapkan intervensi keperawatan berupa *Range of Motion* (ROM).

3.2 Subyek Studi Kasus

Subyek studi kasus adalah individu yang diamati secara mendalam dan dilakukan asuhan keperawatan secara komprehensif. Subyek studi kasus pada karya tulis ini yaitu lansia dengan pasca stroke dengan kriteria sebagai berikut:

- 3.2.1 Usia lansia antara 60-74 tahun
- 3.2.2 Lansia dengan pasca stroke non hemoragik
- 3.2.3 Pasien yang mempunyai kelemahan pada bagian ekstremitas
- 3.2.4 Pasien yang tidak ketergantungan penuh
- 3.2.5 Pasien yang mengalami serangan stroke pertama kali bukan berulang (bukan serangan stroke yang ke 2 atau ke 3)
- 3.2.6 Pasien pasca stroke 1 minggu setelah dari rumah sakit
- 3.2.7 Bersedia menjadi responden studi kasus.

3.3 Fokus Studi

Dalam karya tulis ilmiah ini penulis berfokus pada asuhan keperawatan dengan hambatan mobilitas fisik yang akan dilakukan dengan terapi range of motion untuk meningkatkan kekuatan otot.

3.4 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah pengertian sebuah variable dalam istilah yang bisa diamati, bisa diuji, atau bisa dijadikan angka (Istiarto, 2015).

3.4.1 stroke adalah tanda-tanda klinis yang berkembang cepat karena gangguan fungsi otak baik secara sebagian atau menyeluruh yang berlangsung selama 24 jam atau lebih/menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas (Saferi, 2013).

Dalam karya tulis ilmiah ini, pasca stroke yang akan diambil adalah pasca stroke non hemoragik. Sedangkan stroke hemoragik terjadi karena perdarahan atau pecahnya pembuluh darah di otak yang dapat terjadi di intrasebral, subarachnoid atau karena pembesaran pembuluh darah otak akibat dari aneurisma (lemahnya dinding pembuluh darah).

3.4.2 Range of motion (ROM) merupakan serangkaian gerakan yang dilakukan dari awal sampai akhir gerakan (Widiarti, 2016).

Dalam karya tulis ilmiah ini, terapi ROM yang akan dipakai adalah ROM aktif dengan mengajarkan klien dan keluarga terlebih dahulu kemudian menganjurkan klien untuk melakukannya sendiri lalu penulis mengevaluasi hasil setelah dan sebelum dilakukannya terapi ROM aktif.

3.4.3 Cara mengetahui adanya peningkatan rentang gerak dengan alat ukur goniometer. Pengukuran rentang gerak dilakukan sebelum dan setelah dilakukannya terapi ROM .

3.5 Tempat dan Waktu Pengambilan Studi Kasus

Tempat yang digunakan untuk melakukan studi kasus adalah di wilayah puskesmas Kedungwuni 01 yaitu di desa Pakis putih dan Rowocacing. Waktu pengambilan studi kasus ini pada bulan Maret 2019. Pemberian asuhan keperawatan minimal dilakukan 5 kali kunjungan dengan waktu setiap satu hari sekali dan diwaktu yang sama.

3.6 Pengumpulan Data

Proses pengumpulan data yang dilakukan dalam studi kasus ini meliputi:

- 1.6.1. Meminta izin ke Bapeda Rumah Sakit, kemudian kekelurahan, RT dan keluarga pasien.
- 1.6.2. Memilih pasien sesuai dengan subyek studi kasus.
- 1.6.3. Menjelaskan prosedur studi kasus kepada pasien dan keluarga pasien.
- 1.6.4. Meminta persetujuan kepada pasien dan keluarga pasien agar klien menjadi partisipan dalam studi kasus.
- 1.6.5. Jika keluarga setuju, maka salah satu dari keluarga diminta menandatangani lembar *inform consent*.
- 1.6.6. Melakukan pengkajian dengan cara sebagai berikut:
Observasi: Jenis observasi yang akan dipilih penulis adalah jenis observasi terstruktur, dimana penulis secara cermat mendefinisikan apa yang akan diobservasi (Nursalam, 2015). Hal-hal yang akan diobservasi oleh penulis berdasarkan kriteria hasil yang ditetapkan meliputi: tidak terjadi kontraktur sendi, bertambahnya kekuatan otot dan klien menunjukkan tindakan untuk meningkatkan mobilitas. Mengkaji ADL pasien dengan pengkajian indeks barthel.
- 1.6.7. Membuat rencana keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan kerusakan mobilitas fisik.
- 1.6.8. Melakukan implementasi yang telah direncanakan dengan melakukan tindakan ROM sesuai dengan prosedur yang disesuaikan dengan kondisi pasien dan lingkungan .
- 1.6.9. Mengevaluasi terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan.
- 1.6.10. Mendokumentasikan tindakan yang telah diberikan.

3.7 Pengolahan dan Penyajian Data

Penulis dalam penyajian data disesuaikan dengan studi kasus yang dipilih. Data yang diperoleh disajikan secara narasi dan disertai dengan cuplikan ungkapan verbal dari subyek studi merupakan data pendukungnya.

3.8 Etika Penelitian

Etika penelitian dalam sebuah penelitian atau studi kasus keperawatan merupakan sesuatu yang sangat penting dan harus diterapkan. Hal ini karena subyek penelitian yang akan digunakan adalah manusia yang mempunyai hak azasi yang perlu dijunjung tinggi dan dihormati. Oleh sebab itu, dalam melakukan penelitian yang berhubungan dengan manusia tidak boleh bertentangan dengan etika.

Prinsip penelitian yang telah dilakukan dalam studi kasus sesuai dengan Nursalam (2015), meliputi:

3.8.1 Prinsip manfaat

3.8.1.1 Bebas dari penderitaan

Penulis dalam melakuakn tindakan keperawatan tidak boleh menyebabkan kerugian atau hal yang dapat memberikan kerugian pada klien. Berdasarkan prinsip tersebut maka saat penulis melakukan tindakan Range of Motion (ROM) dilakukan berdasarkan standart prosedur yang ada. Selain itu dalam memberikan tindakan keperawatan penulis berusaha memperhatikan kondisi klien, yaitu ketika klien tampak kesakitan dan merasa kelelahan sehingga menimbulkan rasa tidak nyaman maka tindakan dihentikan.

3.8.1.2 Bebas dari eksploitasi

Penulis harus menghindarkan klien dari keadaan tidak menguntungkan klien. Penulis tidak akan menggunakan informasi yang telah diberikan klien dalam hal yang dapat merugikan klien dalam bentuk apapun.

3.8.1.3 Resiko (*benefit ratio*)

Penulis selama melakukan tindakan selalu secara hati-hati dan memperhatikan keuntungan dan resiko setiap tindakan yang dilakukan. Keuntungan dari tindakan ROM adalah dapat meningkatkan kekuatan otot dan rentang gerak, sedangkan resiko yang dapat ditimbulkan seperti kemerahan, bengkak, panas serta meningkatnya rasa nyeri akibat dari kesalahan gerakan dan terlalu banyaknya gerakan.

3.8.2 Prinsip menghargai hak azasi manusia

1.8.2.1. Hak untuk berpartisipasi atau menolak menjadi responden (*right to self determination*).

Klien dan keluarga klien mempunyai hak memutuskan untuk menjadi subjek penelitian atau tidak, tanpa adanya sanksi apapun. Penulis tidak memaksa klien atau keluarga klien untuk menjadi subjek studi kasus selama dilakukan perawatan.

1.8.2.2. Hak untuk mendapat jaminan dari perlakuan yang diberikan (*right to full disclosure*)

Penulis memberikan penjelasan secara rinci tentang tindakan yang akan dilakukan yaitu menjelaskan tentang terapi *range of motion* (ROM), tujuan ROM dan langkah-langkah ROM .

1.8.2.3. *Informed consent*

Penulis memberikan penjelasan mengenai prosedur studi kasus kepada klien dan keluarga klien. Setelah keluarga mendapat penjelasan secara rinci tentang studi kasus yang akan dilakukan, kemudian menanyakan persetujuan keluarga klien yang salah satu anggota terkena stroke ikut menjadi partisipan subjek studi kasus. Saat keluarga sudah setuju, penulis memberikan lembar *Informed consent* dan meminta salah satu anggota keluarga untuk menandatangani lembar tersebut.

3.8.3 Prinsip keadilan (*right to justice*)

1.8.3.1. Hak untuk mendapat pengobatan yang adil (*right in fair treatment*)

Klien diperlakukan secara adil baik sebelum, selama dan sesudah keikutsertaanya dalam studi kasus tanpa adanya diskriminasi jika ternyata dia tidak bersedia.

1.8.3.2. Hak dijaga kerahasiannya (*right to privacy*)

Klien dan keluarga klien mempunyai hak untuk meminta kerahasiaan atas informasi yang diberikan. Penulis tidak akan menceritakan informasi apapun yang berkaitan dengan keluhan atau penyakit pasien tanpa izin dari pihak keluarga kecuali diminta pihak pengadilan.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Studi Kasus

Berikut merupakan pemaparan mengenai hasil asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada kedua kasus dengan diagnosa stroke yang mengalami masalah gangguan mobilitas fisik, penurunan curah jantung, dan gangguan komunikasi verbal. Asuhan keperawatan yang akan dipaparkan meliputi hasil pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, tindakan keperawatan, dan evaluasi.

4.1.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah awal dalam proses keperawatan, dimana semua data dikumpulkan secara sistematis guna menentukan status kesehatan klien yang didapat melalui observasi, wawancara, pemeriksaan fisik dan laboratorium (Asmadi, 2015).

4.1.1.1 Klien 1

Penulis melakukan pengkajian pada tanggal 28 maret 2019 pukul 11.00 WIB di rumah Tn. K di Desa Pakisputih. Dari hasil pengkajian diperoleh data nama kllien Tn. K, umur 70 tahun, alamat Desa Pakisputih Kecamatan Kedungwuni, pendidikan SD, klien tidak bekerja, klien beragama islam, klien dirumah bersama dengan istri dan anaknya.

Tipe keluarga Tn. K adalah keluarga inti yaitu dalam satu keluarga terdiri dari ayah,ibu dan anak. Kedua anaknya sudah bekerja, seluruh anggota keluarga Tn. K beragama islam, pendapatan keluarga <500.000/minggu. Saat ini keluarga Tn. K berada pada tahap perkembangan keluarga dengan anak dewasa, tahap perkembangan Tn. K yangbelum terpenuhi yaitu membantu orang tua suami/istri yang sedang sakit dan memasuki masa tua. Riwayat

keluarga inti Tn. K yaitu tidak tau (karena Tn. K ditinggal oleh kedua orang tuanya sejak masih kecil), Tn. K menderita stroke dan istrinya Ny. S orang tuanya ada yang mempunyai riwayat penyakit asam urat namun tidak ada yang menderita riwayat penyakit menular, Ny. S dan kedua anaknya dalam keadaan sehat. Keluarga Tn. K sudah mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan dengan melakukan pemeriksaan kesehatan ke puskesmas.

Stress dan koping pada keluarga Tn. K diantaranya stress jangka pendek yaitu apabila ada masalah Tn. K ada masalah akan dipikirkan terus dan apabila ada salah satu keluarganya yang sakit maka akan diperiksakan ke puskesmas. Hasil pemeriksaan fisik pada Tn. K didapatkan data anggota gerak sebelah kiri terjadi kekakuan dan kelemahan, TD: 180/100 mmHg, N: 85 x/menit, bicara pasien kurang jelas dalam pengucapan. Keluarga Tn. K berharap pada mahasiswa yang sedang praktik di desanya dapat membantu penyembuhan stroke yang sedang dialaminya.

4.1.1.2 Klien 2

Penulis melakukan pengkajian pada tanggal 31 maret 2019 pukul 11.10 WIB di rumah Ny. K di Desa Rowocacing, Kecamatan Kedungwuni. Dari hasil pengkajian didapatkan data nama klien Ny. K, usia 72 tahun, hubungan dengan KK yaitu sebagai istri, pendidikan SD, klien beragama islam, klien sebagai ibu rumah tangga. Dirumah klien tinggal bersama suami dan ke dua anaknya beserta cucu-cucunya.

Tipe keluarga Ny. K keluarga besar terdiri dari keluarga inti ditambah dengan keluarga lain yang mempunyai hubungan darah, missal kakek, nenek, paman dan bibi. Semua anggota keluarga beragama islam, sumber pendapatan dari anaknya, pendapatan

keluarganya $\pm < 500.000/\text{minggu}$ sebagai pedagang. Ny. K mengatakan pendapatanya cukup untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Keluarga Ny. K berada pada tahap keluarga usia pertengahan, Ny. K mengatakan tugas perkembangan keluarganya sudah terpenuhi.

Hasil dari pemeriksaan fisik didapatkan data Ny. K mengalami kelemahan pada bagian tubuh sebelah kiri apabila tangan kiri pasien mengengam barang maka lama-kelamaan barang tersebut akan jatuh sendiri, TD: 150/90 mmHg, Nadi: 80 x/menit, pasien mengatakan tenguknya tersa berat, Ny K berharap pada mahasiswa yang sedang praktik di desanya dapat membantu penyembuhan penyakitnya.

4.1.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data pengkajian pada kasus 1 dan kasus 2 diagnosa keperawatan yang muncul berdasarkan SDKI (2016), yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal, yang ditandai dengan kelemahan pada sisi tubuh sebelah kiri dan kekakuan sendi di klien 1, pada klien 2 pasien mengalami kelemahan pada sisi tubuh sebelah kiri namun tidak mengalami kekakuan sendi.

4.1.3 Perencanaan

4.1.3.1 Klien 1

Diagnosis keperawatan yang muncul pada klien 1 yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan musculoskeletal. Kriteria hasil yang diharapkan klien meningkat dalam aktivitas fisik, tidak terjadi kontraktur sendi, bertambahnya kekuatan otot. Rencana keperawatan yang disusun menurut Tarwoto (2013), meliputi: kaji kemampuan montorik, monitor vital sign, ajarkan

pasien untuk melakukan ROM yang mudah lakukan gerakan tersebut sehari 2 kali, konsultasi dengan ahli fisioterapi.

4.1.3.2 Klien 2

Diagnosis keperawatan yang muncul pada klien 2 adalah gangguan mobilitasi fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal. Kriteria hasil yang diharapkan klien meningkat dalam aktivitas fisik, tidak terjadi kontraktur sendi, bertambahnya kekuatan otot. Rencana keperawatan yang disusun menurut Tarwoto (2013), meliputi: kaji kemampuan monitorik, monitor vital sign, ajarkan pasien untuk melakukan ROM yang mudah lakukan gerakan tersebut sehari 2 kali, konsultasi dengan ahli fisioterapi.

4.1.4 Tindakan keperawatan

4.1.4.1 Klien 1

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien 1 dilakukan mulai tanggal 28 Maret 2019 pukul 11.00 yaitu mengkaji rentang gerak pasien, klien mengatakan tangannya masih kaku ketika digerakan dan tangannya tidak kuat untuk membawa beban berat. Respon objektif klien nampak kaku ketika memperagakan mengangkat tangannya ke atas.melakukan TTV, TD: 180/100 mmHg, nadi: 85 x/menit. Mengajarkan ROM yang mudah seperti menyisir rambut, mengerakan tangan dan kaki pasien serta menganjurkan pasien untuk latihan mengakat gelas yang berisi air dengan tangan kiri yang mengalami kelemahan. Pasien mengatakan akan melakukan gerakan yang telah diajarkan, respon objektif pasien langsung memperagakan gerakan yang telah diajarkan.

Minggu ke dua tindakan keperawatan dilakukan pada hari kamis, 4 April 2019. Pukul 10.38 WIB mengobservasi ulang TTV klien, klien mengatakan tidak pusing. Respon objektif TD: 140/90 mmHg, nadi: 80 x/menit. Mengkaji ulang monitorik dan rentang gerak pasien, respon objektif pasien nampak kaku ketika

menggerakan tangan dan kakinya, kekuatan menggenggam tangan pasien masih sama seperti pada saat pengkajian. Memberikan semangat pada pasien untuk lebih semangat lagi untuk melakukan rom, mengecek gula darah klien GDS: 81 mg/dl.

Minggu ke tiga tindakan keperawatan dilakukan pada hari minggu, 7 April 2019 pukul 15.10 WIB memonitor TTV, TD: 150/90 mmHg, nadi: 84 x/menit. Mengkaji ulang kekuatan otot dan rentang gerak pasien, data objektif: genggam tangan pasien terasa kekuatannya, pasien dapat menyisir rambutnya.

Minggu ke empat tindakan keperawatan dilakukan pada hari, Kamis 25 April 2019 pukul 11.16 WIB memonitor TTV, TD: 130/90 mmHg, nadi: 80 x/menit. Mengkaji ulang rentang gerak dan kekuatan otot klien, data objektif: genggam tangan pasien terasa kekuatannya namun belum maksimal dan klien belum dapat menyisir rambut sampai di sebelah kanannya.

Minggu ke lima tindakan keperawatan dilakukan pada hari Senin, 29 April 2019 pukul 13.25 WIB memonitor TTV, pasien mengatakan tidak merasa pusing namun tenguknya terasa berat, data objektif: TD: 140/80 mmHg, nadi: 80 x/menit. Mengkaji ulang kekuatan otot dan rentang gerak pasien, pasien mengatakan perkembangan penyembuhannya sudah 70% kata dokter, data objektif: klien dapat menyisir rambutnya dan genggam tangan pasien terasa erat namun belum maksimal. Mengecek kadar kolesterol klien, kolesterol: 215 mg/dl, menyarankan pada klien untuk mengurangi konsumsi makanan yang berlemak dan bersantan seperti gorengan, sayur opor dan lain-lain.

Minggu ke enam tindakan keperawatan dilakukan pada hari minggu, 5 Mei 2019 pukul 16.00 WIB memonitor TTV, klien mengatakan tidak terasa pusing, data objektif: TD: 140/90 mmHg, nadi: 82 x/menit. Mengkaji ulang rentang gerak dan kekuatan otot klien, klien mengatakan sudah dapat menyisir rambutnya sampai

sebelah kanan, data objektif: pasien nampak dapat menyisir rambutnya sampai sebelah kanan.

Minggu ke tujuh tindakan keperawatan dilakukan pada hari selasa, 14 Mei 2019 pukul 11.00 WIB memonitor TTV, klien mengatakan kepalanya agak pusing dan tenguknya terasa berat, data objektif: TD: 150/100 mmHg, nadi: 85 x/menit. Mengecek ulang kadar kolestrol klien, kolestrol: HI. Menyarankan pada klien untuk mengurangi makanan yang berlemak dan mengonsumsi minuman yang dapat menurunkan kadar kolestrol seperti minum teh hita, klien mengatakan akan mencobanya. Mengkaji ulang kekuatan otot dan rentang gerak pasien, data objektif: klien nampak kaku ketika menyisir rambut dan melakukan gerakan rom yang telah diajarkan.

4.1.4.2 Klien 2

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien 2 dimulai pada hari minggu, 31 Maret 2019. Pukul 11.10 WIB melakukan pengkajian, mengkaji rentang gerak dan kekuatan otot klien, klien mengatakan tangan kirinya dapat melakukan semua aktivitas tanpa dibantu namun ketika mengangkat benda yang berat tangannya tidak kuat dan akan jatuh dengan sendirinya benda yang sedang dibawa, data objektif: genggaman tangan klien tidak kuat. Melakukan TTV, pasien mengatakan tidak merasa pusing, data objektif: TD: 140/100 mmHg, nadi: 80 x/menit. Mengajarkan gerakan ROM yang mudah seperti menyisir rambut, mengerakan tangan dan kaki, data subyektif: klien mengatakan sudah bisa melakukan gerakan yang telah diajarkan karena sebelumnya sudah diajari oleh mahasiswa yang stikes yang pernah praktik didesanya.

Minggu ke dua tindakan keperawatan dilakukan pada hari kamis, 4 April 2019. Pukul 11.00 WIB melakukan TTV, pasien mengatakan agak pusing kepalanya. Data objektif: TD: 150/90

mmHg, nadi: 84 x/menit. Mengkaji ulang rentang gerak dan kekuatan otot klien, klien mengatakan tadi pagi setelah bangun tidur sudah melakukan gerakan yang telah diajarkan. Data objektif: genggaman klien masih sama seperti pada saat pengkajian.

Minggu ke tiga tindakan keperawatan dilakukan pada hari Kamis, 25 April 2019. Pukul 16.00 WIB melakukan TTV, pasien mengatakan tidak merasa pusing. Tanda objektif: TD: 140/90 mmHg, nadi: 80 x/menit. Mengkaji ulang rentang gerak dan kekuatan otot pasien, pasien mengatakan selalu melakukan gerakan yang telah diajarkan setiap bangun tidur. Data objektif: pasien menggerakkan tangannya dengan luwes namun tangannya belum kuat untuk mengangkat beban berat.

Tindakan keperawatan dilanjutkan pada minggu ke empat dilakukan pada hari Senin, 29 April 2019. Pukul 13.20 melakukan TTV, pasien mengatakan tidak merasa pusing. Data objektif: TD: 140/90 mmHg, nadi: 80 x/menit. Mengkaji ulang kekuatan otot dan rentang gerak pasien, data objektif: genggaman tangan pasien terasa kekuatannya namun belum maksimal dan tangan klien masih menjatuhkan sendiri benda yang sedang dibawanya bila terlalu lama digenggam.

Minggu ke lima tindakan keperawatan dilakukan pada hari Minggu, 5 Mei 2019. Pukul 16.30 melakukan TTV, klien mengatakan tidak merasa pusing, tanda objektif: TD: 140/90 mmHg. Mengecek kadar gula klien, klien mengatakan di keluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat kencing manis/DM, tanda objektif: GDS: 346 mg/dl, menganjurkan klien untuk mengurangi makanan yang manis-manis. Mengkaji ulang kekuatan otot dan rentang gerak klien, tanda objektif kekuatan genggaman pasien sudah terasa kuat namun belum maksimal.

Minggu ke enam tindakan keperawatan dilakukan pada hari Selasa, 14 Mei 2019. Pukul 11.00 WIB mengkaji ulang TTV, tanda

objektif TD: 150/100 mmHg. Klien mengatakan tensinya tinggi karena kepikiran dengan gulanya yang tinggi sehingga klien susah makanya karena keluarga melarang makan ini makan itu. Memberikan cara diit pada penderita DM. mengkaji ulang kekuatan otot klien, klien mengatakan sudah melakukan latihan rom tadi pagi setelah bangun tidur. Data objektif: klien dapat mengangkat dan menggenggam tas tensi yang ada isinya dengan lumayan lama.

4.1.5 Evaluasi

4.1.5.1 Klien 1

Evaluasi pada Tn. K dilakukan pada hari Kamis, 28 Maret 2019, di dapatkan catatan perkembangan pukul 11.00 WIB S: klien mengatakan tangannya masih kaku untuk digerakan, tangannya tidak kuat untuk mengangkat beban yang berat, klien mengatakan untuk makannya tidak bisa dikontrol karena pasien makan dengan lauk seadanya namun pasien mengusahakan akan mengurangi makanan yang asin-asin, O: TD: 180/100 mmHg, N: 85x/ menit, pasien langsung memperagakan gerakan menyisir dan memutar-mutar kakinya, pasien ucapanya belum jelas, A: masalah belum teratasi, P: lanjutkan intervensi monitor TTV monitor rentang gerak dan kekuatan otot pasien, anjurkan keluarga untuk selalu mengajak ngobrol dengan pasien.

Minggu ke dua hari Kamis, 4 April 2019. Didapatkan catatan perkembangan pukul 10.38 WIB S: klien mengatakan tidak merasa pusing, klien mengatakan selalu mengerjakan apa yang telah diajarkan baik dari mahasiswa maupun dokter, O: TD: 130/90 mmHg, N: 80 x/menit, GDS: 81 mg/dl, klien nampak memperagakan kembali gerakan yang telah diajarkan, klien nampak kaku ketika menggerakan tangan dan kakinya, kekuatan menggenggam tangan klien masih sama seperti pada saat pengkajian, A: masalah belum teratasi, P: lanjutkan intervensi

monitor TTV, monitor rentang gerak pasien dan kekuatan otot pasien , anjurkan pasien untuk selalu mengobrol/berkomunikasi dengan keluarga/orang lain untuk memperjelas perkataan pasien.

Evaluasi minggu ke tiga hari Minggu, 7 April 2019. Didapatkan catatan perkembangan pukul 15.10 WIB S: klien mengatakan selalu melakukan gerakan yang telah diberikan setiap pagi dan sore hari, klien mengatakan suka memikirkan kapan bisa dapat bekerja kembali, klien mengatakan kepikiran dengan perkataan istrinya, O: TD: 150/90 mmHg, N: 84 x/menit, klien nampak sedih dan tersulut emosi dengan perkataan istrinya, genggaman klien terasa kekuatannya klien dapat mengerakan tangannya untuk menyisir rambut dari atas kepala, A: masalah belum teratasi, P: lanjutkan intervensi monitor TTV, anjurkan pasien untuk melakukan gerakan ROM yang telah diajarkan sehari 2 kali, anjurkan pasien untuk mengurangi makanan yang asin dan anjurkan untuk melakukan nafas dalam/distraksi mendengarkan murotal untuk membuat tenang, sehingga dapat menurunkan tekanan darah.

Minggu ke empat hari Kamis, 25 April 2019. Didapatkan catatan perkembangan pasien pukul 11.16 WIB S: klien mengatakan tida merasa pusing, O: TD: 130/90 mmHg, N: 80 x/menit, genggaman terasa kekuatannya namun belum mengalami peningkatan dan klien belum dapat menyisir sampai rambut sebelah kanannya, A: masalah belum teratasi, P: lanjutkan intervensi monitor TTV, ajak klien untuk selalu berkomunikasi, kaji rentang gerak dan kekuatan otot klien, anjurkan klien untuk tidak selalu memikirkan sesuatu agar tekanan darahnya tidak tinggi.

Minggu ke lima hari Senin 29 April 2019. Didapatkan catatan perkembangan pukul 13.25 WIB S: klien mengatakan tidak pusing namun tenguknya terasa berat, klien mengatakan perkembangan penyembuhannya sudah 70%, klien mengatakan

tidak dapat mengontrol pola makannya karena keterbatasan biaya, O: klien nampak sehat, senang, TD: 140/80 mmHg, N: 80x/menit, kolestrol: 215 mg/dl, klien nampak memegang tengkuknya, klien nampak menyisir dengan nyaman namun genggamannya pasien belum terasa erat, A: Masalah belum teratasi, P: lanjutkan intervensi monitor TTV, anjurkan klien untuk mengurangi makanan mengandung lemak seperti gorengan dan makanan yang besantan, anjurkan pasien untuk melakukan gerakan ROM seperti yang telah diajarkan, beri reinforcement positif atas keberhasilan pasien.

Minggu ke enam hari Senin 5 Mei 2019. Didapatkan catatan perkembangan pukul 11.00 WIB S: klien mengatakan tidak pusing, klien mengatakan sudah bisa menyisir sampai sebelah kanan, O: TD: 140/90 mmHg, N: 82 x/menit, klien nampak dapat menyisir rambutnya hingga ke sebelah kanan, A: masalah belum teratasi, P: lanjutkan intervensi monitor TTV, kaji ulang rentang gerak dan kekuatan otot pasien, beri reinforcement atas keberhasilan pasien.

Minggu ke tujuh hari Selasa, 14 Mei 2019. Didapatkan catatan perkembangan pukul 11.00 WIB S: klien mengatakan kepalanya agak pusing dan tengkuknya terasa berat, klien mengatakan makan apa yang ada, pasien mengatakan tidak puasa karena bangun kesiangkan sehingga pasien tidak ikut sahur, O: TD: 150/100 mmHg, N: 85x/menit, kolestrol: HI, pasien nampak kaku lagi ketika menyisir rambut, melakukan gerakan ROM pada kakinya, A: masalah belum teratasi, P: lanjutkan intervensi monitor TTV, anjurkan dan memberikan semangat kepada pasien untuk melakukan gerakan ROM sehari 2 kali, anjurkan pasien untuk mengurangi makanan yang berlemak dan asin.

4.1.5.2 Klien 2

Minggu pertama hari Minggu, 31 Maret 2019, didapatkan catatan perkembangan klien pukul 11.10 WIB S: klien mengatakan

tangannya dapat untuk melakukan kegiatan sehari-hari namun ketika tangan kirinya memegang benda terlalu lama maka benda yang di pegang akan jatuh dengan sendirinya, klien mengatakan tidak pusing, O: gengaman tangan klien kurang begitu kuat, TD: 140/100 mmHg, N: 80x/ menit, A: masalah belum teratasi, P: lanjutkan intervensi monitor TTV, kaji ulang kekuatan otot klien dan rentang gerak klen, beri semangat pada klien untuk melakukan gerakan ROM sehari 2 kali, ingatkan pada klien untuk mengurangi makanan yang asin dan berminyak.

Minggu ke dua hari Kamis, 4 April 2019, didapatkan catatan perkembangan klien pukul 11.00 WIB S: klien mengatakan agak pusing, O: TD: 150/90 mmHg, N: 84 x/menit, gengaman tangan klien masih sama seperti pertama kali dilakukan pengkajian, A: masalah belum teratasi, P: lanjutkan intervensi monitor TTV, kaji ulang kekuatan otot dan rentang gerak klien, anjurkan klien untuk tidak terlalu memikirkan sesuatu dan menceritakan saja ke keluarga/orang lain yang menjadi pikiran, berikan semangat kepada pasien untuk rutin melakukan latihan ROM dan mengangkat benda untuk melatih kekuatan tangan kirinya.

Minggu ke tiga hari Kamis, 25 April 2019, didapatkan hasil catatan perkembangan klien pukul 16.00 WIB S: klien mengatakan tidak pusing, O: TD: 140/90 mmHg, N: 80 x/menit, klien nampak menggerakkan tangannya dengan luwes, namun ketika pasien berjalan dibantu dengan tongkat dan nampak kesusahan ketika berjalan serta tanganya belum kuat untuk mengangkat beban berat, A: masalah belum teratasi, P: lanjutkan intervensi monitor TTV, kaji ulang rentang gerak pasien, lakukan latihan ROM bersama dan kaji kekuatan otot pasien.

Minggu ke empat hari Senin, 29 April 2019, didapatkan catatan perkembangan klien pukul 13.30 WIB S: klien mengatakan tidak pusing, O: TD: 140/90 mmHg, N: 80 x/menit, gengaman

tangan klien terasa kekuatannya namun belum maksimal, A: masalah belum teratasi, P: lanjutkan intervensi, memonitor TTV, mengkaji ulang kekuatan otot klien, anjurkan klien untuk tetap melatih tangan kirinya mengangkat benda/ membawa barang agar dapat menambah kekuatan otot tangannya.

Minggu ke lima hari Minggu, 5 Mei 2019, didapatkan catatan perkembangan klien pukul 16.30 WIB S: klien mengatakan tidak merasa pusing, klien dan dikeluarganya mengatakan tidak ada yang mempunyai riwayat DM, O: 140/ 90 mmHg, GDS: 346 mg/dl, kekuatan menggenggam pasien terasa kekuatannya namun belum maksimal, A: masalah belum teratasi, P: lanjutkan intervensi monitor TTV kaji ulang kekuatan otot klien dan rentang gerak klien, monitor GDS, anjurkan pasien untuk tidak memikirkan GDS nya yang tinggi.

Minggu ke enam hari Selasa, 14 Mei 2019, didapatkan catatan perkembangan pukul 11.00 WIB S: klien mengatakan kepikiran dengan GDSnya yang tinggi sehingga tensinya juga ikut tinggi, klien mengatakan BABnya keras, pasien mengatakan dilarang makan ini itu karena gulanya tinggi dan mempunyai darah tinggi, klien mengatakan setiap hari hanya makan nasi, tahu, tempe, buah pisang, O: TD: 150/ 90 mmHg, klien dapat mengangkat dan menggenggam tas tensi yang berisi lumayan lama, A: masalah belum taratasi, P: lanjutkan intervensi monitor TTV, monitor GDS, anjurkan klien untuk banyak minum dan makan sayur dan buah-buahan yang tinggi serat, berikan penkes pada keluarga dan klien mengenai diit penderita DM, beri reinforcement positif atas keberhasilan klien.

4.2 Pembahasan

Penulis akan memaparkan pembahasan mengenai hasil dan temuan-temuan yang diperoleh dan membandingkan antara konsep teori dengan

kondisi nyata dilapangan yang terjadi selama melakukan asuhan keperawatan pada lansia dengan pasca stroke yang mengalami gangguan aktifitas fisik. Pembahasan ini dimulai dari pengkajian sampai evaluasi dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada Tn. K dan Ny. K. Berikut pemaparan hasil penerapan studi kasus yang telah dilakukan.

4.2.1 Pengkajian

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada klien 1 dan klien 2, pada dasarnya ditemukan keluhan yang berbeda. Pada klien 1 ada faktor predisposisi yang sama pada konsep medis penulis yaitu usia klien diatas 65 tahun, faktor presipitasinya yaitu dahulu sebelum terkena stroke klien sebagai perokok aktif dan mempunyai riwayat HT, kemudian tanda gejala yang muncul yaitu mengeluh kepala pusing, hemiplegia (paralisis), kurang jelas pada artikulasi pengucapan klien, berdasarkan perhitungan IMT BB klien yaitu 21,48 (normal) dan kekuatan otot pada tangan kiri klien yang mengalami kelemahan yaitu bernilai 4 (pergerakan melawan tahanan, namun kurang dari normal). Sedangkan pada klien 2 faktor predisposisi yang sama yaitu usia klien diatas 65 tahun, mempunyai riwayat DM, mempunyai riwayat HT (faktor presipitasi) dengan tanda gejala terkadang klien mengeluh pusing dan mengalami kelemahan pada bagian tangan kiri, dari perhitungan menggunakan rumus IMT BB klien adalah 35,5 yang tergolong obesitas, dan kekuatan otot pada tangan kiri klien yang mengalami kelemahan yaitu bernilai 4 (pergerakan melawan tahanan, namun kurang dari normal). Kelemahan otot terjadi karena akibat adanya kerusakan pada area motorik di kortek bagian frontal, kerusakan ini bersifat kontralateral artinya jika terjadi kerusakan pada hemisfer kanan maka kelumpuhan otot pada sebelah kiri (Tarwoto, 2013). Pada klien ke 1 mengalami kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Hal ini terjadi karena kerusakan nervus cranial sehingga terjadi kelemahan dari otot bibir, lidah dan laring (Tarwoto, 2013).

4.2.2 Diagnosa keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada klien 1 dan klien 2, ditemukan keluhan yang sama seperti adanya kelemahan otot pada sebagian tubuh klien, kekakuan pada sendi, kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan mempunyai riwayat hipertensi. Sehingga diagnosis yang muncul pada kedua pasien pun sama yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler. Diagnosis tersebut ditegakan sesuai dengan konsep medis yang ada pada bab 2, dimana tanda dan gejala yang muncul seperti mengeluh kepala pusing, hemiplegia (paralisis), dan kurang jelas pada artikulasi pengucapan pada klien 1.

4.2.3 Perencanaan

Persamaan yang diperoleh antara klien 1 dengan klien 2 yaitu keduanya mengalami kelemahan pada salah satu sisi tubuh sehingga intervensi yang diberikan adalah mengajarkan ROM aktif tujuannya yaitu untuk mempertahankan elastisitas fisiologis dan kontraktilitas otot yang terlibat, memberikan umpan balik sensorik dari otot yang berkontraksi, memberikan stimulus untuk integritas tulang dan jaringan sendi, meningkatkan sirkulasi dan mencegah pembentukan thrombus, mengembangkan koordinasi dan keterampilan motorik untuk aktifitas fungsional. Selain itu kedua pasien juga diberikan latihan aktivitas keseharian atau ADL (Activity of Daily Living) seperti menyisir rambut, berpakaian, mengangkat/membawa barang pada lengan yang mengalami kelemahan. Hal ini bertujuan untuk kemandirian pasien dalam beraktivitas sehari-hari serta meningkatkan semangatnya untuk pulih.

4.2.4 Tindakan keperawatan

Perbedaan yang ditemukan penulis selama melakukan implementasi pada kedua klien yaitu pada klien 1 terapi *Range of Motion* (ROM)

dilakukan selama 7 kali pertemuan, setelah 3 kali pertemuan klien mengalami peningkatan pada kekuatan menggenggam dan rentang gerak klien. Pada klien 2 pun sama ada peningkatan pada kekuatan gengaman klien setelah 3 kali pertemuan. Namun pada klien 1 setelah 2 minggu tidak berkunjung klien nampak kaku kembali ketika melakukan gerakan seperti menyisir rambut, memutar-mutar persendian kakinya. Hal ini sejalan dengan pernyataan Tseng et al (2015) yang telah melakukan penelitian beliau mengatakan bahwa latihan *Range of Motion* (ROM) dapat meningkatkan fleksibilitas dan luas gerak sendi pada pasien stroke. latihan ROM dapat menimbulkan rangsangan sehingga meningkatkan aktivitas dari kimiawi neuromuskuler dan muskuler. Rangsangan melalui neuromuskuler akan meningkatkan rangsangan pada serat saraf otot ekstremitas terutama pada saraf parasimpatis yang merangsang untuk produksi asetilcolin, sehingga mengakibatkan kontraksi. Mekanisme melalui muskulus terutama otot polos ekstremitas akan meningkatkan metabolisme pada mitokondria untuk menghasilkan ATP yang dimanfaatkan oleh otot ekstremitas sebagai energy untuk kontraksi dan meningkatkan tonus otot polos ekstremitas (Guyton, 2017). Latihan *Range of Motion* secara rutin, regular dan terprogram dapat mempengaruhi hasil yang dicapai yaitu meningkatnya nilai kekuatan otot setelah diberikan intervensi, jika tidak latihan secara regular maka kondisi otot akan kembali ke keadaan semula. Hal ini berkaitan dengan *recovery* dari system penyediaan energi yang digunakan saat latihan (Wiwit, 2012). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Astrid (2018) latihan yang terprogram, teratur dan berkesinambungan akan menghasilkan hasil yang optimal, karena semakin sering sendi digerakan secara teratur serta dengan tehnik yang tepat dapat menstimulasi tonus otot & *proprioceptor* pada persendian melalui aproksimasi, juga dapat membantu kendali otak terhadap otot-otot tersebut. Selain itu pemenuhan nutrisi dapat berpengaruh terhadap

peningkatan kekuatan otot. Menurut Junaidi (2012), pemenuhan nutrisi pada pasien stroke sangat berpengaruh karena nutrisi merupakan salah satu pencegahan primer. Penting sekali untuk mengupayakan makan seimbang dengan protein cukup untuk memperlambat proses degeneratif, karena sebagian besar radikal bebas dalam tubuh merupakan hasil metabolisme makanan.

4.2.5 Evaluasi

Evaluasi yang dilakukan pada kedua klien didapatkan hasil yang berbeda. Pada klien 1 ada peningkatan rentang gerak dan kekuatan otot setelah 3 kali pertemuan. Klien nampak kakunya berkurang pada saat memperagakan kembali menyisir rambut dan memutar-mutar kakinya namun setelah 2 minggu tidak dikunjungi atau pada pertemuan ke 4 klien nampak kaku kembali pada saat menyisir rambut dan genggamannya klien menurun kurang terasa kuat genggamannya sampai pada pertemuan seterusnya klien belum nampak ada peningkatan sehingga intervensi tetap diteruskan. Sedangkan pada klien ke 2 ada peningkatan kekuatan otot setelah pertemuan ke 3 sampai pada pertemuan ke 6, namun klien dan keluarganya mengatakan masih menjatuhkan dengan sendirinya barang/benda yang dibawanya sehingga intervensi tetap diteruskan.

Hal tersebut dapat terjadi karena beberapa faktor yang mempengaruhi diantaranya dari individunya sendiri dan faktor nutrisi. Menurut Wiwit (2012) pasien stroke yang rutin dan teratur melakukan *Range of Motion* dapat berpengaruh pada meningkatnya nilai kekuatan otot, jika tidak latihan secara teratur maka kondisi otot akan kembali ke keadaan semula. Hal ini berkaitan dengan *recovery* dari system penyediaan energi yang digunakan saat latihan. Sedangkan pemenuhan nutrisi pada pasien stroke sangat berpengaruh karena nutrisi merupakan salah satu pencegahan primer. Penting sekali untuk mengupayakan makan seimbang dengan protein cukup untuk

memperlambat proses degeneratif, kerana sebagian besar radikal bebas dalam tubuh merupakan hasil metabolisme makanan (Junaidi, 2012).

4.3 Keterbatasan Studi Kasus

Keterbatasan yang ditemukan penulis selama melakukan asuhan keperawatan yaitu keluarga klien yang kurang kooperatif, jarang dirumah dan penulis kurang fokus dalam *family empowerment* (memberdayakan keluarga) klien. Karena dukungan dari keluarga mempengaruhi motivasi penderita stroke dalam melakukan latihan serta berpengaruh dalam peningkatan kekuatan otot. Dalam hal ini, anggota keluarga atau klien sendiri dapat melakukan latihan ROM mandiri diluar pemberian dari fisioterapi. Selain itu, faktor yang menyebabkan penulis kesulitan dalam melakukan tindakan keperawatan yaitu adanya rasa takut yang dialami klien terhadap tindakan keperawatan yang mendukung seperti pengecekan GDS dan kolestrol. Karena berdampak pada klien yang selalu memikirkan dan takut jika akan bertambah buruk dari hasil pengecekan tersebut. Dalam mengatasi hambatan yang ditemukan, penulis mengantisipasinya dengan memberikan penendidikan kesehatan serta penjelasan yang mudah dipahami oleh klien dan keluarganya.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil pembahasan dan tujuan dari studi kasus asuhan keperawatan pada lensia pasca stroke dengan gangguan mobilitas fisik, maka penulis menyimpulkan sebagai berikut:

5.1.1 Pengkajian

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada klien 1 dan klien 2, pada dasarnya ditemukan keluhan yang sama seperti kelemahan pada salah satu sisi tubuh, ekstremitas yang mengalami kelemahan kaku ketika digerakan, dan kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

5.1.2 Diagnosa keperawatan

Berdasarkan data pengkajian pada klien 1 dan klien 2 diagnosa keperawatan yang muncul gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler.

5.1.3 Perencanaan

Rencana keperawatan yang disusun meliputi: kaji kekuatan otot dan rentang gerak, monitor TTV, ajarkan klien melakukan gerakan *Range of Motin* yang mudah sesuai kemampuan pasien, anjurkan pasien untuk selalu menggerakkan tangan dan kakinya seperti gerakan menyisir, mengangkat gelas dengan tangan yang lemah dibantu dengan tangan yang kuat, mengerakan pergelangan kaki dengan botol dll, menganjurkan klien melakukan latihan ROM sehari 2 kali.

5.1.4 Pelaksanaan keperawatan

Tindakan yang dilakukan pada kedua klien sesuai dengan intervensi yang telah dibuat. Persamaan yang ditemukan dalam penerapan terapi *Range of Motion* yaitu klien ada peningkatan pada kekuatan otot dan rentang gerak

setelah 3 kali pertemuan dan intervensi tetap di teruskan hingga pada pertemuan ke 7 dan 6.

5.1.5 Evaluasi

Evaluasi yang dilakukan pada kedua kasus didapatkan hasil yang berbeda. Pada klien 1 mengalami peningkatan kekuatan otot dan rentang gerak setelah 3 kali pertemuan namun pada pertemuan selanjutnya klien mengalami penurunan pada rentang gerak dan kekuatan otot, klien nampak kaku pada saat memperagakan gerakan ROM, menyisir rambut dan menggerakkan pergelangan kakinya. Sedangkan pada klien 2 ada peningkatan pada kekuatan ototnya setelah 3 kali pertemuan hingga pada pertemuan ke 6 namun klien masih menjatuhkan sendiri barang yang dibawanya jika terlalu lama dibawa, sehingga pada ke dua klien masalah belum teratasi maka intervensi tetap di teruskan.

5.2 Saran

Berdasarkan pada keterbatasan yang ditemukan penulis selama melakukan asuhan keperawatan, maka penulis memberikan saran yang diharapkan bermanfaat bagi mahasiswa dan keluarga. Berikut saran yang penulis sampaikan:

5.2.1 Bagi mahasiswa

Mahasiswa diharapkan dalam memberikan intervensi latihan *Range of Motion* melibatkan keluarga agar keluarga dapat mengingatkan pasien untuk latihan ROM bila klien lupa/malas melakukannya serta keluarga dapat memberikan motivasi, support dan memberikan bantuan fisik bila diperlukan sehingga klien termotivasi agar cepat sembuh sehingga dapat melakukan aktivitas sehari-hari dengan mandiri dan nyaman.

5.2.2 Bagi keluarga

Keluarga diharapkan dapat memberikan dukungan pada klien dengan ikut berpartisipasi pada saat klien diberikan asuhan keperawatan sehingga keluarga dapat merawat anggota keluarganya yang mengalami stroke dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi. (2015). *Tehnik Prosedur Keperawatan: Konsep & Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta: Salemba Medika diambil dari google <https://books.google.co.id>
- Badan pusat statistik. (2017). *Statistic Penduduk Lanjut Usia 2017*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- Clevo & Margareth. (2015). *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dan Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Dennis. R, Shannon. B, & Janice. J. (2018). The Efficacy of Lower Extremity Mirror Therapy for Improving Balance, Gait, and Motor Function Post stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2018.09.017
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. (2016). *Buku Saku Kesehatan Tahun 2016*. Semarang: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. (2017). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2017*. Semarang: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.
- Donghwan. P, Hyun. L. J, Wong. K. T, & Seock. C. H. (2018). Effects of a 4-Week Self-Ankle Mobilization with Movement Intervention on Ankle Passive Range of Motion, Balance, Gait, and Activities of Daily Living in Patient with Chronic Stroke: A Randomized Controlled Study. doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2018.08.010.
- Friedman, Marrilyn. M. Bowden. Vicky. R & Jones, Elain. G. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset Teori dan Praktik*. Alih bahasa Achir Yani S. Hamid et. Al. Edisi 5. Jakarta: EGC.
- Guyton, A. C., & Hall, J.E. (2017). *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Jakarta: EGC

- Ika, N. R. (2015). Pengaruh Pemberian Latihan *Range of Motion* (Rom) Terhadap Kemampuan Motorik Pada Pasien Post Stroke Di Rsud Gambiran. Jurnal Keperawatan.
- Istiarto, D. P. (2015). *Meneliti Itu Tidak Sulit*. Yogyakarta: CV BUDI UTAMA. <https://books.google.co.id/books?isbn=6022806518>.
- Junaidi, I. (2012). *Stroke A-Z Pengenalan, Pencegahan, Pengobatan, Rehabilitasi Stroke, Serta Tanya Jawab Seputar Stroke*. Jakarta: PT Buana Ilmu Populer.
- Kisner, C & Allen, L. (2017). *Terapi Latihan Dasar dan Teknik*. Jakarta: EGC.
- Kementrian Kesehatan Jawa Tengah. (2018). *Hasil Utama Riskesdas 2018*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Jawa Tengah.
- Lukman & Ningsih, N. (2009). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mansjoer A, Soprohaita, Wardhani W. I, Setowulan W. (2010). *Stroke dalam Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta: Media Aesculapius FKUI.
- Mozzafarian D, dkk. (2016). *Heart Desease and Stroke Statistic*. AHA Journal, 4-5. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000350.
- Noor, Z. (2016). *Buku Ajar Gangguan Muskuloskeletal*. Jakarta. Salemba Medika.
- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Padila. (2018). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Rhosma D. S. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: CV BUDI UTAMA. <https://books.google.co.id>.

State of the Natoin. (2018). *Stroke Statistic*. Inggris: State of the Natoin Suratun, Heryati, Manurung. S & Raenah. E. (2008). *Klien Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta: EGC.

Tarwoto. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: CV Sagung Seto.

Wahjudi Nugroho.(2008). *Keperawatan Gerontik & Geriatrik*. Jakarta: EGC.

Weaning Sari, Lili Indrawati, Catur Setia Dewi. (2008). *Care yourself Stroke*. Jakarta: Penebar Plus.

Weaning Sari, Lili Indrawati, Catur Setia Dewi. (2016). *Care yourself Stroke: Cegah dan Obati Sendiri*. Jakarta: Penebar Plus.

Wiwit. S. (2012). *Stroke & Penaganannya, Memahami, Mencegah, & Mengobati Stroke*. Yogyakarta: Kata Hati.

LAMPIRAN I

INFORMED CONSENT

Saya yang bertandatangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendengarkan dan memahami studi karya tulis ilmiah dengan judul "PENERAPAN PROSEDUR *RANGE OF MOTION* (ROM) PADA PASIEN LANSIA PASCA STROKE" yang dilakukan oleh saudari Eling Primagiasih. Oleh karena itu saya bersedia untuk berpartisipasi dalam studi kasus yang dilaksanakan oleh saudari Eling Primagiasih secara suka rela dan tanpa adanya paksaan dari pihak manapun. Dan apabila dalam pelaksanaannya saya menginginkan untuk mengundurkan diri maka saya akan mencari pengganti sesuai dengan syarat dan kriteria yang ada dalam studi kasus karya tulis ilmiah tersebut. Demikian surat persetujuan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dengan penuh kesadaran tanpa adanya suatu paksaan dari pihak manapun.

Pekalongan, 02 April 2019

Yang Memberikan Persetujuan



Kasturi

()

LAMPIRAN 1

INFORMED CONSENT

Saya yang bertandatangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendengarkan dan memahami studi karya tulis ilmiah dengan judul "PENERAPAN PROSEDUR *RANGE OF MOTION* (ROM) PADA PASIEN LANSIA PASCA STROKE" yang dilakukan oleh saudari Eling Primagiasih. Oleh karena itu saya bersedia untuk berpartisipasi dalam studi kasus yang dilaksanakan oleh saudari Eling Primagiasih secara suka rela dan tanpa adanya paksaan dari pihak manapun. Dan apabila dalam pelaksanaannya saya menginginkan untuk mengundurkan diri maka saya akan mencari pengganti sesuai dengan syarat dan kriteria yang ada dalam studi kasus karya tulis ilmiah tersebut. Demikian surat persetujuan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dengan penuh kesadaran tanpa adanya suatu paksaan dari pihak manapun.

Pekalongan, 2 April 2019

Yang Memberikan Persetujuan

()
(Fitri)

RANGE OF MOTION (ROM) PADA Tn. K

Hari , Tgl		Kamis, 28/3/19	Kamis, 4/4/19	Minggu , 7/4/19	Kamis, 25/4/19	Senin, 29/4/19	Minggu, 5/5/19	Selasa, 14/5/19
PERTE MUAN		1	2	3	4	5	6	7
		Sebelum dilakukan ROM						Setelah dilaku kan ROM
Rentang gerak								
Leher	Fleksi	45 ⁰						45 ⁰
	Ekstensi	45 ⁰						45 ⁰
	Hipereks tensi	10 ⁰						10 ⁰
	Fleksi lateral	45 ⁰						45 ⁰
	Rotasi	90 ⁰						90 ⁰
Bahu	Fleksi	75 ⁰						77 ⁰
	Ekstensi	180 ⁰						180 ⁰
	Hipereks tensi	45 ⁰						45 ⁰
	Abduksi	160 ⁰						165 ⁰
	Adduksi	170 ⁰						170 ⁰
	Sirkumd uksi	350 ⁰						350 ⁰
	Rotasi eksternal	90 ⁰						90 ⁰
	Rotasi internal	90 ⁰						90 ⁰
Siku	Fleksi	150 ⁰						150 ⁰
	Ekstensi	150 ⁰						150 ⁰
	Supinasi	90 ⁰						90 ⁰
	Pronasi	90 ⁰						90 ⁰
Pergelan gan tangan	Fleksi	90 ⁰						90 ⁰
	Ekstensi	90 ⁰						90 ⁰

	Hipereks tensi	70 ⁰						70 ⁰
	Abduksi	15 ⁰						15 ⁰
	Adduksi	25 ⁰						25 ⁰
Tangan dan jari- jari tangan	Fleksi	90 ⁰						90 ⁰
	Ekstensi	90 ⁰						90 ⁰
	Hipereks tensi	10 ⁰						15 ⁰
	Abduksi	30 ⁰						30 ⁰
	Adduksi	30 ⁰						30 ⁰
Ibu jari	Fleksi	90 ⁰						90 ⁰
	Ekstensi	90 ⁰						90 ⁰
	Abduksi	30 ⁰						30 ⁰
	Adduksi	30 ⁰						30 ⁰
	Oposisi	bersentuha n						bersent uhan
Pinggul	Fleksi	90 ⁰						90 ⁰
	Ekstensi	180 ⁰						180 ⁰
	Hipereks tensi	30 ⁰						30 ⁰
	Abduksi	40 ⁰						40 ⁰
	Adduksi	20 ⁰						20 ⁰
	Sirkumd uksi	360 ⁰						360 ⁰
	Rotasi internal	90 ⁰						90 ⁰
	Rotasi eksternal	90 ⁰						90 ⁰
Lutut	Fleksi	120 ⁰						120 ⁰
	Ekstensi	120 ⁰						120 ⁰
Ankle/m ata kaki	Plantar fleksi	45 ⁰						45 ⁰
	Dorsal fleksi	10 ⁰						10 ⁰
Kaki	Eversi	5 ⁰						5 ⁰
	Inverse	5 ⁰						5 ⁰

Jari kaki	Fleksi	35 ⁰						35 ⁰
	Ekstensi	35 ⁰						35 ⁰
	Abduksi	15 ⁰						15 ⁰
	Adduksi	15 ⁰						15 ⁰

LAMPIRAN 4

**MATRIC HASIL TINDAKAN KEPERAWATAN PENERAPAN TERAPI
RANGE OF MOTION (ROM) PADA Ny. K**

Hari , Tgl		Minggu, 31/3/19	Kamis, 4/4/19	Kamis, 25/4/19	Senin, 29/4/19	Minggu, 5/5/19	Selasa, 14/5/19
PERTEMUAN		1	2	3	4	5	6
		Sebelum dilakuakn ROM					Setelah dilakukan ROM
Rentang gerak							
Leher	Fleksi	45 ⁰					45 ⁰
	Ekstensi	45 ⁰					45 ⁰
	Hiperekstensi	10 ⁰					10 ⁰
	Fleksi lateral	45 ⁰					45 ⁰
	Rotasi	90 ⁰					90 ⁰
Bahu	Fleksi	70 ⁰					70 ⁰
	Ekstensi	180 ⁰					180 ⁰
	Hiperekstensi	40 ⁰					40 ⁰
	Abduksi	180 ⁰					180 ⁰
	Adduksi	180 ⁰					180 ⁰
	Sirkumduksi	360 ⁰					360 ⁰
	Rotasi eksternal	90 ⁰					90 ⁰
	Rotasi internal	90 ⁰					90 ⁰
Siku	Fleksi	150 ⁰					150 ⁰
	Ekstensi	150 ⁰					150 ⁰
	Supinasi	90 ⁰					90 ⁰
	Pronasi	90 ⁰					90 ⁰
Pergelangan tangan	Fleksi	90 ⁰					90 ⁰
	Ekstensi	90 ⁰					90 ⁰
	Hiperekstensi	75 ⁰					75 ⁰
	Abduksi	20 ⁰					20 ⁰

	Adduksi	30 ⁰					30 ⁰
Tangan dan jari-jari tangan	Fleksi	90 ⁰					90 ⁰
	Ekstensi	90 ⁰					90 ⁰
	Hiperekstensi	15 ⁰					15 ⁰
	Abduksi	30 ⁰					25 ⁰
	Adduksi	30 ⁰					25 ⁰
Ibu jari	Fleksi	90 ⁰					90 ⁰
	Ekstensi	90 ⁰					90 ⁰
	Abduksi	30 ⁰					30 ⁰
	Adduksi	30 ⁰					30 ⁰
	Oposisi	bersentuhan					bersentuhan
Pinggul	Fleksi						
	Ekstensi						
	Hiperekstensi						
	Abduksi						
	Adduksi						
	Sirkumduksi						
	Rotasi internal						
	Rotasi eksternal						
Lutut	Fleksi						
	Ekstensi						
Ankle/mata kaki	Plantar fleksi	45 ⁰					45 ⁰
	Dorsal fleksi	15 ⁰					15 ⁰
Kaki	Eversi	5 ⁰					5 ⁰
	Inverse	5 ⁰					5 ⁰
Jari kaki	Fleksi	35 ⁰					35 ⁰
	Ekstensi	35 ⁰					35 ⁰
	Abduksi	15 ⁰					15 ⁰
	Adduksi	15 ⁰					15 ⁰

LAMPIRAN 5

LEMBAR PENGKAJIAN INDEKS BARTHEL

Nama klien : Ty. K

Usia : 70 tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki

Sumber Informasi : Klien

Table 1 Lembar pengkajian Indeks Barthel

No.	Item yang dinilai	Skor
1.	Makan	0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan memotong lauk, mengoles mentega dll 2 = Mandiri ✓
2.	Mandi	0 = Tergantung orang lain 1 = Mandiri ✓
3.	Perawatan diri	0 = Membutuhkan bantuan orang lain 1 = Mandiri dalam perawatan muka, rambut, gigi, dan bercukur ✓
4.	Berpakaian	0 = Tergantung orang lain 1 = Sebagian dibantu (misal mengancing baju) 2 = Mandiri ✓
5.	Buang air kecil	0 = Inkontinensia atau pakai kateter dan tidak terkontrol 1 = Kadang Inkontinensia (maks, 1x24 jam) 2 = Kontinensia (teratur untuk lebih dari 7 hari) ✓

6.	Buang air besar	0 = Inkontinensia (tidak teratur atau perlu enema) 1 = Kadang Inkontensia (sekali seminggu) 2 = Kontinensia (teratur) ✓
7.	Penggunaan toilet	0 = Tergantung bantuan orang lain 1 = Membutuhkan bantuan, tapi dapat melakukan beberapa hal sendiri 2 = Mandiri ✓
8.	Transfer	0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan untuk bisa duduk (2 orang) 2 = Bantuan kecil (1 orang) 3 = Mandiri ✓
9.	Mobilitas (berjalan di permukaan datar)	0 = Immobile (tidak mampu) 1 = Menggunakan kursi roda 2 = Berjalan dengan bantuan satu orang 3 = Mandiri (meskipun menggunakan alat bantu seperti, tongkat) ✓
10.	Naik turun tangga	0 = Tidak mampu 1 = Membutuhkan bantuan (alat bantu) 2 = Mandiri ✓

LAMPIRAN 6

LEMBAR PENGKAJIAN INDEKS BARTHEL

Nama klien : Ny. K

Usia : 72 tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Sumber Informasi : Klien

Table 1 Lembar pengkajian Indeks Barthel

No.	Item yang dinilai	Skor
1.	Makan	0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan memotong lauk, mengoles mentega dll 2 = Mandiri ✓
2.	Mandi	0 = Tergantung orang lain 1 = Mandiri ✓
3.	Perawatan diri	0 = Membutuhkan bantuan orang lain 1 = Mandiri dalam perawatan muka, rambut, gigi, dan bercukur ✓
4.	Berpakaian	0 = Tergantung orang lain 1 = Sebagian dibantu (misal mengancing baju) 2 = Mandiri ✓
5.	Buang air kecil	0 = Inkontinensia atau pakai kateter dan tidak terkontrol 1 = Kadang Inkontinensia (maks, 1x24 jam) 2 = Kontinensia (teratur untuk lebih dari 7 hari) ✓

6.	Buang air besar	0 = Inkontinensia (tidak teratur atau perlu enema) 1 = Kadang Inkontensia (sekali seminggu) 2 = Kontinensia (teratur) ✓
7.	Penggunaan toilet	0 = Tergantung bantuan orang lain 1 = Membutuhkan bantuan, tapi dapat melakukan beberapa hal sendiri 2 = Mandiri ✓
8.	Transfer	0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan untuk bisa duduk (2 orang) 2 = Bantuan kecil (1 orang) 3 = Mandiri ✓
9.	Mobilitas (berjalan di permukaan datar)	0 = Immobile (tidak mampu) 1 = Menggunakan kursi roda 2 = Berjalan dengan bantuan satu orang 3 = Mandiri (meskipun menggunakan alat bantu seperti, tongkat) ✓
10.	Naik turun tangga	0 = Tidak mampu 1 = Membutuhkan bantuan (alat bantu) 2 = Mandiri ✓

LAMPIRAN 7

Prosedur terapi Range of Motion (ROM)

Prosedur pada terapi Range of Motion (ROM) menurut Suarti, 2009 diantaranya :

2.8.8.1 Prinsip

7. ROM dilakukan perlahan dan hati-hati sehingga tidak melelahkan pasien
8. ROM dilakukan minimal 2 kali sehari dan diulang kurang lebih 8 kali
9. Dilakukan secara berurutan dan teratur mulai dari leher hingga kaki.
10. Dilakukan dari arah ujung (distal) hingga ke pangkal (proksimal) pada anggota gerak atas dan bawah.
11. Terapi ROM dapat digabungkan dengan aktivitas keperawatan lain, seperti memberikan pendidikan kesehatan.
12. Dilakukan dengan lembut, sehingga membuat pasien merasa aman dan nyaman.

2.8.8.2 Persiapan alat

- c. Sarung tangan atau handscoon untuk menghindari kontak cairan dari pasien
- d. Goniometer (Widiarti, 2016).

2.8.8.3 Pemeriksaan, Perencanaan Terapi dan Evaluasi

8. Periksa dan evaluasi gangguan dan tingkat fungsi pasien, tentukan tindakan kewaspadaan, prognosis, kemudian rencanakan intervensi
9. Tentukan kemampuan pasien berpartisipasi pada aktivitas ROM baik PROM, A-AROM atau AROM untuk memenuhi tujuan secara langsung.

10. Tentukan jumlah gerakan yang dapat dilakukan dalam terapi, dilakukan secara aman sesuai dengan kesehatan individu dan kondisi jaringan.
11. Tentukan pola yang sesuai agar dapat memenuhi tujuan
Teknik ROM dapat dilakukan dalam :
 - e. Lingkup elongasi otot: berlawanan dengan garis tarikan otot
 - f. Bidang gerak anatomi: frontal, sagital, transversal,
 - g. Pola fungsional: gerakan yang digunakan dalam kehidupan sehari-hari (activities of daily living, ADL).
 - h. Kombinasi pola: gerakan yang menggabungkan beberapa bidang gerak atau gerakan diagonal.
12. Awasi kondisi umum serta respon pasien selama dan setelah pemeriksaan serta intervensi; catat setiap perubahan tanda vital, warna dan kehangatan pada kulit, kualitas gerak atau nyeri.
13. Dokumentasikan serta komunikasikan temuan dan intervensi.
14. Evaluasi ulang dan modifikasi sesuai kebutuhan Kisner dan Allen (2016).

2.8.8.4 Persiapan pasien

5. Komunikasikan dengan pasien. Jelaskan rencana serta metode intervensi yang akan dilakukan.
6. Bebaskan daerah yang akan dilakukan terapi dari pakaian, balutan, bidai, linen dan jaga privasi pasien.
7. Posisikan pasien nyaman mungkin dengan stabilitas dan kesejajaran yang baik tapi memungkinkan Anda untuk dapat mengerakan sendi yang akan dilakukan terapi ROM .
8. Posisikan diri Anda sehingga dapat melakukan terapi ROM dengan baik (Kisner & Allen, 2016).

LAMPIRAN 8

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. K DENGAN GANGGUAN
MOBILITAS FISIK DI DESA PAKIS PUTIH**



Eling Primagiasih
NIM : 16.1888.P

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN PEKALONGAN
2019**

A. Pengkajian Terhadap Keluarga

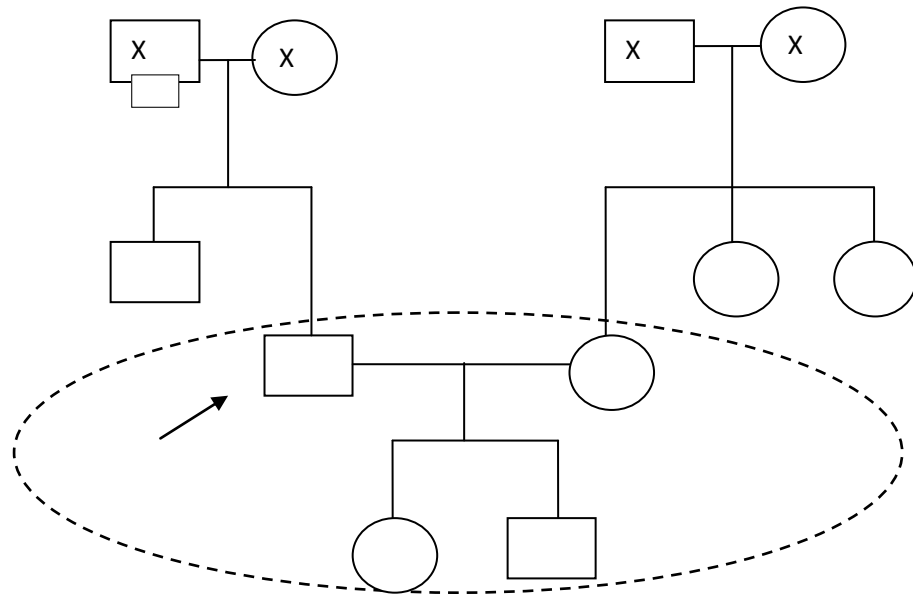
A. Data Umum

1. Identitas

- a. Nama Klien : Tn. K
- b. Umur : 70 Tahun
- c. Jenis kelamin : Laki-laki
- d. Agama : Islam
- e. Status perkawinan : Menikah
- f. Pendidikan Terakhir : SD
- g. Pekerjaan : Tidak bekerja
- h. Nama KK : Tn. K
- i. Umur KK : 70 Tahun
- j. Pendidikan KK : SD
- k. Pekerjaan KK : Tidak bekerja
- l. Alamat : Pakis putih
- m. Komposisi keluarga :

	N a m a	Umur	L/P	Agama	Hub dgn KK	Pend	Pekerjaan
1	Tn. K	70 Tahun	L	Islam	KK	SD	Tidak bekerja
2	Ny. S	55 Tahun	P	Islam	Istri	SD	Buruh
3	Ny. A	28 Tahun	P	Islam	Anak	SMP	Buruh
4	Tn. H	25 Tahun	L	Islam	Anak	SMP	Konfeksi

2. Genogram



Keterangan :



: Laki-Laki



: Perempuan



: Laki-laki meninggal



: Perempuan meninggal



: Klien

3. Tipe Keluarga: Tipe keluarga inti yaitu dalam satu keluarga terdiri dari ayah, ibu dan anak
4. Status Sosial Ekonomi Keluarga: Pendapatan <500.000/minggu diperoleh dari gaji istrinya
5. Aktivitas rekreasi klien: Menonton TV

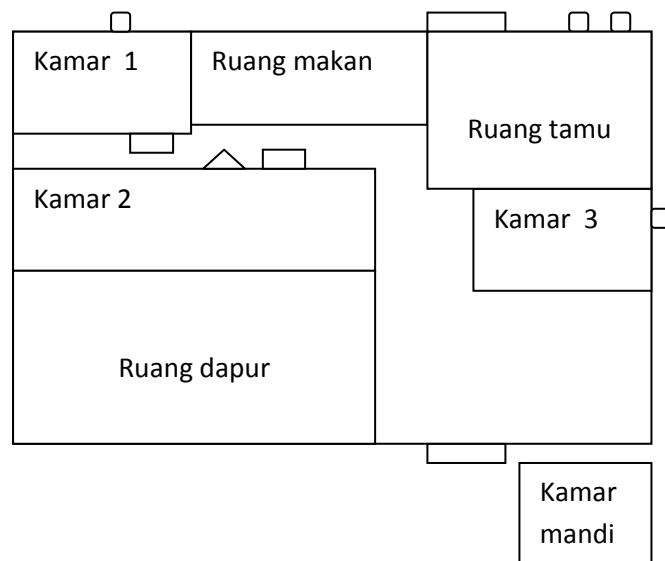
II. Riwayat & Tahap Perkembangan Keluarga :

6. Tahap Perkembangan Keluarga: Tahap VI Keluarga dengan anak dewasa
7. Tahap Perkembangan Keluarga yang belum Terpenuhi: Tn. K mengatakan
 - Membantu orang tua suami/istri yang sedang sakit dan memasuki masa tua
8. Riwayat Keluarga Inti:
 - a. Tn. K sedang mengalami stroke ± sudah 1 tahun 10 bulan
 - b. Ny. S dahulu waktu kecil pernah batuk pilek
 - c. An. A dahulu waktu kecil pernah diare, bapil, demam
 - d. An. H dahulu waktu kecil pernah bapil, demam
9. Riwayat Keluarga Sebelumnya:
 - a. Pihak suami: pasien mengatakan tidak tau orang tuanya pernah mempunyai riwayat penyakit apa saja karena orang tua pasien meninggal sejak dirinya masih anak-anak
 - b. Pihak Istri: Bapak Ny.S dahulu memiliki penyakit asam urat

III. Lingkungan

10. Karakteristik Rumah
 - a. Luas Rumah: 9 X 10
 - b. Tipe rumah: Permanen
 - c. Terdapat ventilasi
 - d. Pencahayaan: baik
 - e. Jumlah jendela: 4
 - f. Jumlah ruangan: 6
 - g. Pemanfaatan ruangan: ruang tamu, ruang makan gabung dengan ruang tv, 2 kamar tidur, dapur, dan kamar mandi
 - h. Jenis septic tank: tertutup
 - i. Jarak dengan sumber air: tidak terkaji
 - j. Sumber air minum yang digunakan: air sumur
 - k. Pembuangan sampah: di tong sampah belakang rumah

Denah rumah



11. Tetangga dan Komunitas:

1. Lingkungan baik
2. Aturan/kesepakatan penduduk setempat (jika ada tamu dari luar diharapkan melaporkan ke RW/RT jika > 24 jam)

12. Budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan (tidak terkaji)

13. Perkumpulan & Interaksi dengan Masyarakat:

1. Waktu berkumpul dengan keluarganya Tn. K pada malam hari
2. Keluarga berkomunikasi dengan masyarakat dengan baik (saling menyapa, saling tolong menolong bila ada yang membutuhkan bantuan)

14. Sistem pendukung :

1. Anggota keluarga saling mendukung, jika Tn K akan kontrol terapi stroke pada hari Selasa dan Jum'at maka anak/istrinya akan mengantarkan dan menemaninya selama proses terapi
2. Fasilitas: motor, dukungan masyarakat baik, saling menyupport

IV. Struktur Keluarga :

15. Pola dan Proses Komunikasi:

- Komunikasi dengan keluarga baik, bila ada masalah maka dibicarakan dan diselesaikan secara baik-baik

16. Struktur Kekuatan :

- Anggota keluarga memberikan dukungan penuh demi kesembuhan Tn. K

17. Struktur Peran :

a. Formal

- Tn. K berperan sebagai kepala keluarga, sebagai ayah, sebagai pengambil keputusan
- Ny. S sebagai ibu rumah tangga dan mencari nafkah
- Ny. A berperan sebagai anak, mencari nafkah untuk memenuhi kebutuhan dirinya dan membantu orang tuanya
- Tn. H berperan sebagai anak, mencari nafkah untuk memenuhi kebutuhan dirinya dan membantu orang tuanya

b. Informal

- Tn. K berperan sebagai orang yang dihormati dalam keluarganya
- Ny. S berperan sebagai orang yang penyayang terhadap keluarganya
- Ny. A berperan sebagai anak
- Tn. H berperan sebagai anak

18. Nilai dan Norma:

- Nilai/Kepercayaan (jika ada anggota keluarga yang sakit segera dibawa ke puskesmas/RS)
- Norma (keluarga sangat menjunjung sopan santun dan etika)

V. Fungsi Keluarga

19. Fungsi Afektif:

- Hubungan keluarga baik, saling mendukung dan menghargai

20. Fungsi Sosialisasi:

- Interaksi antar anggota keluarga baik, bersosialisasi dengan masyarakat dengan baik

21. Fungsi Perawatan Kesehatan:

- a. Jika Tn. K sudah waktunya terapi maka anak atau istrinya akan mengantarkannya ke RS
- b. Ny. S mengetahui penyebab, tanda dan gejala stroke yang dialami Tn. K
- c. Ny. A mengetahui penyebab stroke yang dialami ayahnya
- d. Tn. H mengetahui penyebab stroke yang dialami ayahnya

22. Fungsi Reproduksi:

- Jumlah anak 2
- Ny. S mengikuti KB (suntik KB 3 bulan)

23. Fungsi Ekonomi:

- Pendapatan dari gaji Ny. S tidak dapat mencukupi kebutuhan sehari-hari, namun terkadang anaknya memberikan uang untuk membantu memenuhi kebutuhan sehari-hari

VI. Koping Keluarga :

24. Stressor keluarga jangka pendek dan jangka panjang:

- Stress jangka pendek: Tn. K mengatakan jika ada masalah suka dipikirkan terus
- Stress jangka panjang: Tn. K mengatakan khawatir apabila strokenya tidak dapat sembuh

25. Kemampuan keluarga berespons terhadap masalah:

- Jika ada masalah Tn. K terkadang suka membicarakannya dengan keluarga dan terkadang hanya dipendam saja.

26. Strategi koping yang digunakan:

- Ketika salah satu ada yang emosi maka akan meminta maaf setelah emosinya reda, dan bila ada masalah maka akan saling memberikan solusi untuk menemukan jalan keluar

27. Strategi adaptasi disfungsional:

- Menjalin komunikasi dengan baik

B. Pengkajian Individu (klien lansia)

28. Riwayat Kesehatan

- a. Riwayat kesehatan masa lalu: mempunyai hipertensi
- b. Riwayat kesehatan sekarang: Tn. K mengalami stroke
- c. Riwayat penyakit keturunan: tidak ada (pasien tidak tahu karena sudah tidak memiliki kedua orang tua sejak anak-anak)
- d. Persepsi tentang sehat-sakit: Tn. K mengatakan sehat apabila penyakit strokenya sudah sembuh total
- e. Perubahan fungsi tubuh: sebagian alat gerak sebelah kiri masih kaku ketika untuk melakukan aktivitas
- f. Kebiasaan olah raga: Tn. K setiap pagi setelah shalat subuh suka jalan-jalan keliling sekitar rumah untuk meminimalisir kekakuan pada sebagian anggota tubuh sebelah kirinya
- g. Kekuatan fisik: derajat 4 (pergerakan melawan tahanan, namun kurang dari normal)
- h. Kebutuhan dasar :
 - Nutrisi: Makan 3x sehari
 - Eliminasi: - BAK 5X sehari
 - BAB 1X Sehari
 - Kebersihan diri: Bersih
 - Istirahat dan tidur: Malam: ± 7 jam , siang: ± 1 jam
 - Sexualitas: pasien telah memiliki 2 anak

C. Aspek Sosial (Apgar Keluarga)

- a. Komunikasi (bicara): pasien dapat berbicara namun kurang jelas dalam pengucapannya
- b. Hubungan dengan keluarga dan teman: pasien berinteraksi dengan baik dikeluarga dan temannya
- c. Kemampuan untuk melakukan aktifitas sehari-hari: pasien mandiri dalam melakukan aktivitas sehari-hari, namun ada aktivitas yang memerlukan bantuan

d. Aktifitas sosial dan hobi: pasien lebih sering di rumah, pasien hobi memancing

e. Kebiasaan sehari-hari:

Waktu	Kegiatan
04.30 WIB	Shalat subuh berjama'ah di mushala
06.00 WIB	Jalan-jalan pagi sekitar rumah
06.20 WIB	Mandi
06.45 WIB	Makan pagi
07.00-08.00 WIB	Melakukan gerakan yang telah diberikan
08.00-11.40 WIB	Hanya di kamar
11.40 WIB	Shalat dzuhur
12.00 WIB	Makan siang
12.20-13.00 WIB	Tidur siang
13.00-15.20 WIB	Hanya di kamar
15.20 WIB	Shalat ashar
15.30-17.36 WIB	Hanya di kamar
17.36 WIB	Shalat maghrib
18.00 WIB	Makan malam dengan keluarga
18.45 WIB	Shalat isya
19.00-04.16 WIB	Hanya di kamar, tidur malam

D. Aspek Psikis

a. Sikap dan perasaan terhadap proses menua: pasien mengatakan sedih, karena terkena stroke sehingga tidak dapat bekerja dan mencari nafkah untuk istri serta anaknya

b. Stresor dan coping:

- Pasien jika mengalami masalah biasanya hanya diam dan memilih untuk dipendam
- Strategi coping yang digunakan, berdoa kepada Allah, bila salah satu ada yang emosi maka akan meminta maaf setelah emosinya

reda, dan jika ada masalah maka akan saling memberikan solusi untuk menemukan jalan keluar

c. Konsep diri:

- Gambaran diri: badan kurus
- Identitas diri: sebagai seorang suami sekaligus seorang ayah dari ke-2 anaknya
- Peran diri: sebagai seorang ayah dan kepala keluarga
- Harga diri: pasien merasa minder karena sudah tidak berkerja lagi karena terkena stroke
- Ideal diri: memiliki harga diri baik
- Hub. Sosial dengan orang lain: mudah berinteraksi dengan tetangganya atau orang yang baru dikenal

d. Keadaan emosi (marah, sedih, senang, benci dll): pada saat ini dalam keadaan sedih

E. Pola Persepsi (sensori)

- a. Penglihatan: baik, tidak memakai kacamata
- b. Pendengaran: baik, tidak memakai alat bantu
- c. Penciuman: baik (dapat mencium bau dengan tepat)
- d. Pengecapan: baik (masih dapat merasakan dan membedakan rasa baik manis, asam, asin dan pait)
- e. Perabaan: baik

F. Aspek Spiritual

- a. Keteraturan ibadah: Tn. K melaksanakan sholat 5 waktu
- b. Keaktifan dalam kegiatan keagamaan: tidak mengikuti kegiatan keagamaan seperti pengajian tiap minggu yang ada di desanya
- c. Kesiapan dalam menghadapi kehilangan pasangan & kematian: pasien merasa takut bila akan menghadapi kematian

- d. Persepsi masalah kesehatan berdasarkan agama dan keyakinan: tidak terkaji

G. Pemeriksaan Fisik.

- a. Tanda vital: 180/100 mmHg
- b. Status gizi: BB: 60 kg, TB:165 cm
- c. Dokumen penunjang: -
- d. Pengobatan: tidak ada
- e. Pemeriksaan fisik:

Pemeriksaan Fisik Tn. K

- a. Pernafasan Sistem pernafasan
DS: pernafasan baik, tidak ada keluhan
DO: RR: 20 x/ menit
- b. Sistem kardiovaskuler
DS: Tn. K mempunyai riwayat HT
DO: TD: 180/100 mmHg
- c. Sistem pencernaan
DS: pencernaan normal 1x sehari
DO: -
- d. Sistem genitourinaria
DS: masih berfungsi dengan baik, sehari 5-6 x/hari
DO: -
- e. Sistem hematologi: tidak terkaji
- f. Sistem endokrin
DS: Tn. K tidak mempunyai riwayat DM
DO: GDS: 81 dl
- g. Sistem integument
DS: turgor kulit baik, keriput
- h. Ekstremitas

Ekstremitas Atas

Tanggal	Kanan			Kiri		
	Kesemutan	Edema	Nyeri	Kesemutan	Edema	Nyeri
31 Maret 2019	Tidak kesemutan	Tidak edema	Tidak nyeri	Tidak kesemutan	Tidak edema	Tidak nyeri

Ekstremitas Bawah

Tanggal	Kanan			Kiri		
	Kesemutan	Edema	Nyeri	Kesemutan	Edema	Nyeri
31 Maret 2019	Tidak kesemutan	Tidak edema	Tidak nyeri	Tidak kesemutan	Tidak edema	Tidak nyeri

f. Sistem Persyarafan

Fungsi Serebral

Tanggal		28 Maret 2019
Status Mental	Tingkat Kesadaran	composmentis
	GCS	E ₄ M ₅ V ₆
	Gaya Bicara	Dapat berbicara namun kurang jelas
Fungsi Intelektual	Orientasi Waktu	Baik
	Orientasi Orang	Baik
	Orientasi Tempat	Baik
Daya Pikir	Spontan, alamiah, masuk akal	Baik
	Kesulitan Berpikir	Baik
	Halusinasi	Tidak halusinasi
Status Emosional	Alamiah dan Datar	Datar
	Pemarah	Tidak pemarah
	Cemas	Cemas
	Apatis	Tidak apatis

i. Pemeriksaan Saraf Kranial

Nervus I (Olfactorius)

Tanggal	28 Maret 2019
Sensasi hidung kanan	Baik
Sensasi hidung kiri	Baik

Nervus II (Optikus)

Tanggal		28 Maret 2019
Mata Kanan	Ketajaman Penglihatan	Baik
	Lapang Pandang	Baik
	Melihat Warna	Baik
Mata Kiri	Ketajaman Penglihatan	Baik
	Lapang Pandang	Baik
	Melihat Warna	Baik

Nervus III (Okulomotorius)

Tanggal		28 Maret 2019
Mata kanan	Bentuk	Pupil bulat, isokor
	Reflek Cahaya	Reflek +
Mata kiri	Bentuk	Pupil bulat, isokor
	Reflek Cahaya	Reflek +

Nervus IV (Trochlearis)

Tanggal		28 Maret 2019
Mata Kanan	Pergerakan mata ke atas dan ke bawah	Normal
Mata Kiri	Pergerakan mata ke atas dan ke bawah	Normal

Nervus V (Trigeminus)

Tanggal	28 Maret 2019
Membuka Mulut	Mampu membuka mulut
Mengunyah	Mampu mengunyah
Menggigit	Mampu menggigit makanan
Reflek Kornea	Normal
Sensasi pd wajah dengan benda kasar, halus, tumpul	Normal

Nervus VI (Abducen)

Tanggal		28 Maret 2019
Mata Kanan	Pergerakan mata lateral	Baik
	Melihat kembar	Baik
Mata Kiri	Pergerakan mata lateral	Baik
	Melihat kembar	Baik

Nervus VII (Fasialis)

Tanggal	28 Maret 2019
Mengerut dahi	Dapat mengerutkan dahi
Tersenyum	Dapat tersenyum
Mengangkat alis	Dapat mengangkat alis
Menutup mata	Dapat menutup mata

Nervus VIII (Vestibulochoclearis)

Tanggal		28 Maret 2019
Telinga Kanan	Suara bisikan	Baik
	Detik arloji	Baik
Telinga Kiri	Suara bisikan	Baik
	Detik arloji	Baik

Nervus IX (Glossopharyngeus)

Tanggal	28 Maret 2019
Reflek muntah	Tidak muntah
Merasakan pahit	Pasien dapat merasakan rasa pahit

Nervus X (Vagus)

Tanggal	28 Maret 2019
Menelan	Pasien dapat menelan makanan dan minuman
Bicara	Pasien dapat berbicara namun kurang jelas

Nervus XI (Accesorius)

Tanggal	28 Maret 2019	
Mengangkat bahu	Kanan	Pasien dapat mengangkat bahu kanan
	Kiri	Pasien dapat mengangkat bahu kiri
Pergerakan Kepala	Kanan	Pasien dapat menoleh ke kanan
	Kiri	Pasien dapat menoleh ke kiri

NervusXII (Hypoglasus)

Tanggal	28 Maret 2019	
Menjulurkan lidah	Dapat menjulurkan lidah	
Menggerakkan lidah	Ke kanan	Dapat mengerakan lidah ke kanan
	Ke kiri	Dapat menggerakkan lidah ke kiri
Tremor	Tangan tremor	

Pemeriksaan Sistem Motorik

Tanggal	28 Maret 2019	
Kekuatan otot	Ektremitas atas	Kanan = 5 Kiri = 4
	Ekstremitas	Kanan = 5

	bawah	Kiri = 4
Keseimbangan dan koordinasi	Tangan kanan	Normal
	Tangan kiri	Normal

H. Kemandirian dan Ketergantungan

Pengukuran aktifitas sehari-hari (ADL)

Aktifitas	Skor				
	0	1	2	3	4
Mandi	V				
Berpakaian	V				
Mobilisasi di tempat tidur	V				
Pindah	V				
Ambulasi	V				
Naik Tangga	V				

Keterangan :

0 : mandiri

1 : menggunakan alat bantu/dibantu sebagian

2 : perlu bantuan orang lain.

3 : perlu bantuan orang lain dan alat bantu

4 : tergantung/tidak mampu

Pengukuran pemenuhan kebutuhan dasar dengan Indeks KATZ

Kebutuhan Dasar	Skor	
	0	1
<i>Bathing</i>		V
<i>Dressing</i>		V
<i>Toileting</i>		V
<i>Transferring</i>		V
<i>Continence</i>		V
<i>Feeding</i>		V

Keterangan:

b. Skor = 0 (tergantung), 1 (mandiri)

Total = 0 (tergantung), 6 (mandiri)

c. Indek KATZ :

A = Mandiri 6 aktivitas

B = Mandiri 5 aktivitas

C = Mandiri, kecuali mandi dan satu fungsi lain

D = Mandiri, kecuali mandi, berpakaian dan 1 fungsi lain

E = Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, toileting dan 1 fungsi lain

F = Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, toileting, berpindah & 1 fungsi lain

G = Tergantung pada orang lain untuk beraktivitas

Lainnya : jika tergantung 2 fungsi selain C,D,E,F.

SHORT PORTABLE MENTAL QUESTIONARE (SPMSQ)

Skore		NO	Pertanyaan	Jawaban
+	-			
✓		1	Tanggal berapa hari ini?	28 Maret 2019
✓		2	Hari apa sekarang? (hari, tanggal, bulan, tahun)	Hari kamis, 28 Maret 2019
✓		3	Apa nama tempat ini?	Rumah
		4	Berapa nomor telepon anda?	Tidak ada
✓		4a	Dimana alamat anda (tanyakan bila klien tidak punya nomor telepon)	Pakis putih
✓		5	Berapa umur anda?	70 tahun
	✓	6	Kapan anda lahir?	Lupa
✓		7	Siapa presiden Indonesia sekarang?	Pak jokowi

✓		8	Siapa presiden Indonesia sebelumnya?	SBY
✓		9	Siapa nama kecil ibu anda?	Bu nur
✓		10	20 dikurangi 3 berapa? $20-3-3-3-3-3 = 2$	2
		Jumlah kesalahan total Benar 9, salah 1		Fungsi intelektual baik/utuh

Penilaian SPMSQ:

1. kesalahan 0-2 : fungsi intelektual utuh/baik
2. kesalahan 3-4 : fungsi intelektual ringan
3. kesalahan 5-7 : fungsi intelektual sedang
4. kesalahan 8-10: fungsi intelektual berat

- ❖ Bisa dimaklumi bila lebih dari satu kesalahan bila subyek hanya berpendidikan SD
- ❖ Bisa dimaklumi bila kurang dari satu kesalahan bila subyek hanya berpendidikan SMA
- ❖ Bisa dimaklumi bila lebih dari satu kesalahan bila subyek kulit hitam dengan menggunakan criteria yang sama

INVENTARIS DEPRESI BECK

SKORE	URAIAN
A. Kesedihan	
3	Saya sangat sedih atau tidak bahagia dimana saya tidak dapat menghadapinya
2	Saya galau/sedih sepanjang waktu dan saya tidak dapat keluar darinya
1 ✓	Saya merasa sedih atau galau

0	Saya merasa sedih
B. Pesimisme	
3	Saya merasa bahwa masa depan saya adalah sia-sia dan sesuatu tidak dapat membaik
2	Saya merasa tidak mempunyai apa-apa untuk memandang kedepan
1 ✓	Saya merasa berkecil hati mengenai masa depan
0	Saya tidak begitu pesimis atau kecil hati tentang masa depan
C. Rasa Kegagalan	
3 ✓	Saya merasa benar-benar gagal sebagai seseorang (orang tua, suami, istri)
2	Hidup saya seperti melihat kebelakang, semua yang saya lihat hanya kegagalan
1	Saya merasa telah gagal melebihi orang pada umumnya
0	Saya merasa gagal
D. Ketidakpuasan	
3	Saya tidak puas dengan segalanya
2 ✓	Saya tidak lagi mendapat kepuasan dari apapun
1	Saya tidak menyukai cara yang saya gunakan
0	Saya tidak merasa tidak puas
E. Rasa Bersalah	
3	Saya merasa seolah-olah saya sangat buruk atau tak berharga
2	Saya merasa sangat bersalah
1 ✓	Saya merasa buruk/tak berharga sebagai bagian dari waktu yang baik
0	Saya tidak merasa benar-banar bersalah
F. Tidak menyukai diri sendiri	
3	Saya benci diri saya sendiri
2	Saya muak dengan diri saya sendiri
1	Saya tidak suka dengan diri saya sendiri
0 ✓	Saya tidak merasa kecewa dengan diri sendiri
G. Membahayakan Diri sendiri	

3	Saya akan membunuh diri saya sendiri jika saya mempunyai kesempatan
2	Saya mempunyai rencana pasti tentang tujuan bunuh diri
1	Saya merasa lebih baik mati
0 ✓	Saya tidak merasa mempunyai pikiran-pikiran mengenai membahayakan diri sendiri
H. Menarik Diri dari Sosial	
3	Saya telah kehilangan semua minat saya kepada orang lain dan tidakpeduli pada mereka semuanya
2	Saya telah kehilangan semua minat saya kepada orang lain dan mempunyai sedikit perasaan pada mereka
1	Saya kurang berminat kepada orang lain dari pada sebelumnya
0 ✓	Saya tidak kehilangan minat kepada orang lain
I. Keragu – raguan	
3	Saya tidak dapat membuat keputusan sama sekali
2	Saya mempunyai banyak kesulitan dalam membuat keputusan
1 ✓	Saya berusaha mengambil keputusan
0	Saya membuat keputusan yang baik
J. Perubahan Gambaran Diri	
3	Saya merasa bahwa saya jelek/tampak menjijikan
2	Saya merasa bahwa ada perubahan-perubahan yang permanen dalam penampilan saya dan ini membuat saya tak menarik
1	Saya khawatir bahwa saya tampak tua/tidak menarik
0 ✓	Saya tidak merasa bahwa saya tampak lebih buruk dari sebelumnya
K. Kesulitan Kerja	
3 ✓	Saya tidak merasa melakukan pekerjaan sama sekali
2	Saya telah mendorong diri saya sendiri dengan keras untuk melakukan sesuatu
1	Ini memerlukan upaya tambahan untuk memulai melakukan sesuatu

0	Saya dapat bekerja kira-kira sebaik sebelumnya
L. Keletihan	
3	Saya sangat lelah untuk melakukan sesuatu
2	Saya lelah untuk melakukan sesuatu
1	Saya lelah lebih dari yang biasanya
0 ✓	Saya tidak lebih lelah dari biasanya
M. Anoreksia	
3	Saya tidak lagi mempunyai nafsu makan sama sekali
2	Nafsu makan saya sangat memburuk sekarang
1	Nafsu makan saya tidak sebaik sebelumnya
0 ✓	Nafsu makan saya tidak buruk dari yang biasanya
Total: 11	Pasien mengalami depresi sedang

Penilaian:

0-4 : tidak depresi/depresi minimal

5-7 : depresi ringan

8-15 : depresi sedang

>16 : depresi berat

APGAR keluarga

NO	FUNGSI	URAIAN	SKOR
1	Adaptasi	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu saya mengalami kesusahan	2
2	Hubungan	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya	1
3	Pertumbuhan	Saya puas bahwa keluarga (teman-	2

		teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktifitas baru	
4	Afektif	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan efek dan berespons terhadap emosi-emosi saya, seperti marah, sedih dan mencintainya	0
5	Pemecahan	Saya puas dengan cara keluarga (teman-tman) saya menyediakan waktu bersama saya	1
Penilaian: Pertanyaan-pertanyaan yang dijawab - Selalu: skore 2 - Kadang-kadang: skore 1 - Hampir tidak pernah: skore 0		total	Disfungsi keluarga rendah

Penilaian:

Nilai: 0-3: Disfungsi keluarga sangat tinggi

Nilai: 4-6: Disfungsi keluarga rendah

ANALISA DATA

DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
Data Subyektif (DS) - Pasien mengatakan tangan dan kaki masih terasa kaku untuk digerakkan Data Obyektif (DO) - Pasien tampak sulit mengerakkan tangannya ketika menyisir rambut dan kakinya masih nampak kaku ketika berjalan	Gangguan Mobilitas Fisik	Gangguan neuromuskular
Data Subyektif (DS) - Pasien mengatakan tenguknya terasa berat - Kepala pusing Data Obyektif (DO) - TD: 180/100 mmHg	Penurunan curah jantung	Perubahan afterload (TD meningkat)
Data Subyektif (DS) - Pasien mengatakan kesulitan dalam berbicara Data Obyektif (DO) - Pengucapan pasien kurang jelas dalam berbicara	Gangguan komunikasi verbal	Gangguan neuromuskuler

PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler
Ditandai dengan:

DS: Pasien mengatakan tangan dan kaki masih terasa kaku untuk digerakkan

DO: Pasien tampak sulit mengerakkan tangannya ketika menyisir rambut dan kakinya masih nampak kaku ketika berjalan

2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload (TD meningkat)

DS: Pasien mengatakan tenguknya terasa berat, kepala pusing

DO: TD: 180/100 mmHg

3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler

DS: Pasien mengatakan kesulitan dalam berbicara

DO: Pengucapan pasien kurang jelas dalam berbicara

FORMAT RENCANA KEPERAWATAN

Diagnosa Keperawatan	Tujuan Umum	Tujuan Khusus	Kriteria	Intervensi
Gangguan mobilitas fisik	Diharapkan kekuatan otot pada pasien meningkat dan kekakuan sendi dapat diminimalisir	- Pasien meningkat dalam aktivitas fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6 kali pertemuan gangguan mobilitas fisik berkurang dengan kriteria hasil: - klien meningkat dalam aktivitas fisik - tidak terjadi kontraktur sendi - bertambahnya kekuatan otot	1. Kaji secara teratur fungsi motorik 2. Monitor vital sign 3. Ajarkan pasien bagaimana gerakan ROM yang mudah 4. Anjurkan pasien untuk selalu menggerakkan tangan dan kakinya seperti gerakan menyisir, mengangkat gelas dengan tangan yang lemah dibantu dengan tangan yang kuat, menggerakkan pergelangan kaki dengan botol dll 5. Anjurkan pasien

				melakukan gerakan tersebut sehari 2x
Penurunan curah jantung	Diharapkan tekanan darah pasien stabil	- Tekanan darah pasien dalam rentang normal - Rasa berat pada tengkuk dan pusing hilang	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6 kali pertemuan TD pasien dalam rentang normal dengan kriteria hasil: - Mempertahankan TD dalam rentang yang dapat diterima - Pasien dapat berpartisipasi dalam aktivitas yang menurunkan TD - Memperlihatkan irama dan frekuensi jantung stabil	1. Monitor TTV (TD, N, RR) 2. Ajarkan teknik relaksasi/distraksi seperti napas dalam/mendengarkan murotal 3. Anjurkan pasien untuk mengurangi konsumsi makanan yang asin 4. Berikan lingkungan yang nyaman
Gangguan komunikasi	Pasien dapat berbicara	Pasien dapat mengucapkan	- Setelah dilakukan	- Dengarkan ucapan pasien

verbal	dengan jelas	n perkataan dengan jelas	tindakan keperawatan selama 6 kali pertemuan diharapkan gangguan komunikasi verbal dapat teratasi dengan kriteria hasil: - Pasien dapat berbicara dengan jelas	dengan penuh perhatian - Gunakan kata- kata yang sederhana, pendek dan mudah dipahami - Anjurkan kepada keluarga untuk mengajak ngobrol setiap hari - Berdiri didepan pasien ketika berbicara - Berikan respon positive bila perlu
--------	--------------	-----------------------------	---	---

IMPLEMENTASI

No	Hari/Tanggal	Jam	No DX	Implementasi	Respon
1.	Kamis/28 Maret 2019	11.00	3	- Melakukan pengkajian pengumpulan data dan melakukan pemeriksaan fisik	S: pasien menyebutkan biodata pasien, riwayat penyakit stroke dan pasien mau dilakukan pemeriksaan fisik O: hasil pemeriksaan normal, namun pasien dalam berbicara kurang jelas dan reflek patella positif
			1	- Mengkaji fungsi motorik pasien, mengkaji rentang gerak pasien	S: pasien mengatakan tangannya masih kaku untuk digerakan, tangannya tidak kuat untuk mengangkat beban yang berat

					O: pasien nampak kaku ketika menggerakkan tangannya ke atas kepala S: pasien mengatakan mau di tensi O: TD: 180/100 mmHg, N: 85x/ menit
			2	- Mengukur TD	
			2	- Mengajarkan pasien untuk mengurangi makanan yang asin, ikan asin	S: pasien mengatakan untuk makannya tidak bisa dikontrol karena pasien makan dengan lauk seadanya namun pasien mengusahakan akan mengurangi makanan yang asin-asin O: -
			1	- Mengajarkan ROM yang mudah seperti, menyisir rambut, mengerakan tangan dan kaki serta	S: pasien mengatakan akan melakukan gerakan yang

			1	menganjurkan pasien untuk mengangkat gelas yang berisi air - Menganjurkan pasien untuk melakukan gerakan ROM sehari 2x	telah diberikan agar pasien dapat segera pulih O: pasien langsung mempragakan gerakan menyisir dan memutar-mutar kakinya S: pasien mengatakan akan melakukan gerakan tersebut sehari 2x O: -
2.	Kamis, 4 April 2019	10.38	2	- Melakukan TTV	S: pasien mengatakan tidak pusing O: TD: 140/90 mmHg, N: 80 x/menit
			1	- Mengkaji ulang motorik pasien dan rentng gerak pasien	S: - O: pasien nampak kaku ketika menggerakan tangan dan kakinya

			3	- Memberikan semangat pada pasien agar tetap melakukan gerakan ROM untuk mencegah kekakuan sendi - Mengecek GDS	- Kekuatan menggenggam tangan pasien masih sama seperti pada saat pengkajian S: pasien mengatakan selalu mengerjakan apa yang telah diajarkan baik dari mahasiswa maupun dokter O: pasien nampak memperagakan kembali gerakan yang telah diajarkan S: pasien mengatan mau dicek GDSnya O: GDS: 81 mg/dl
			3	- Menanyakan pada pasien apakah ada keluhan lain	S: pasien mengatakan tidak ada keluhan O: pasien nampak sehat seperti biasa

3	Minggu, 7 April 2019	15.10	3	- Menanyakan kabar pasien	S: pasien mengatakan Alhamdulillah sehat O: pasien nampak sehat
			2	- Memonitor TTV	S: pasien mau dicek tensinya O: TD: 150/90 mmHg, N: 84 x/menit
			3	- Menanyakan pada pasien apa yang menjadi pikiran	S: pasien mengatakan suka memikirkan kapan bisa dapat bekerja kembali - Pasien mengatakan kepikiran dengan perkataan istrinya O: pasien nampak sedih dan tersulut emosi dengan perkataan istrinya
				- Mengajukan pada	S: -

			1	pasien untuk tidak memikirkan terus perkataan istrinya dan memberikan penjelasan mengenai perkataan istrinya - Memberikan dukungan pada pasien agar tetap semangot dan mengingatkan pasien untuk tetap melakukan gerakan ROM untuk mencegah kekakuan sendi - Mengkaji ulang kekuatan otot dan rentang gerak	O: pasien nampak mendengarkan penjelasan yang diberikan S: pasien mengatakan selalu melakukan gerakan yang telah diberikan setetiap pagi dan sore hari O: - S: - O: genggaman pasien terasa kekuatannya - pasien dapat mengerakan tangannya untuk menyisir rambut dari atas kepala
4	Kamis, 25 April 2019	11.16	2	- Memonitor TTV	S: pasien mengatakan tida merasa pusing O: TD: 130/90 mmHg, N: 80

			1	- Mengkaji ulang kekuatan otot dan kekakuan sendi	x/menit S: - O: genggaman terasa kekuatannya namun belum mengalami peningkatan dan pasien belum dapat menyisir sampai rambut sebelah kanannya
			3	- Menanyakan pasien apakah ada keluhan lain	S: pasien mengatakan alhamdulillah sehat, jadi tidak ada keluhan O: pasien nampak sehat dan nampak senang
5	Senin, 29 April 2019	13.25	2	- Melakukan TTV	S: pasien mengatakan tidak pusing namun tenguknya terasa berat O: pasien nampak senang - TD: 140/80

					mmHg, N: 80 x/menit
			1	- Mengkaji ulang kekuatan otot dan kekakuan sendi	S: pasien mengatakan perkembangan penyembuhannya sudah 70% kata dokter O: Pasien nampak menyisir rambutnya dengan nyaman dan genggamannya pasien makin terasa erat namun belum maksimal
				- Memberikan reinforcement positif pada pasien atas keberhasilan penyembuhannya	S: pasien mengucapkan rasa syukur kepada Allah atas perkembangannya O: pasien nampak tersenyum dan senang
			3	- Mengecek kadar kolesterol pasien	S: pasien mengatakan mau di cek kolesterolnya

			3	- Menanyakan kepada pasien menu makanan setiap harinya - Menganjurkan pada pasien untuk mengkonsumsi makanan yang berlemak seperti, gorengan, kerupuk, yang bersantan	O: kolestrol: 215 mg/dl S: pasien mengatakan sering makan nasi, lauknya kecap, kerupuk O: - S: pasien mengatakan susah untuk mengurangi makanan tersebut karena keterbatasan biaya
			3	- Menanyakan apakah ada keluhan atau tidak	O: pasien Nampak sedih ketika mengucapkan perkataan tersebut S: pasien mengatakan tenguknya terasa berat O: pasien nampak memegangi tekuknya
6	Minggu, 5 Mei 2019	16.00	3	- Menanyakan kabar pasien	S: pasien mengatakan

					alhamdulillah sehat O: pasien nampak sehat dan bugar S: pasien mengatakan tidak pusing O: TD: 140/90 mmHg, N: 82 x/menit
			2	- Memonitor TD	
			1	- Mengkaji ulang rentang gerak pasien dan kekuatan otot	S: pasien mengatakan sudah bisa menyisir sampai sebelah kanan O: pasien nampak dapat menyisir ramputnya hingga ke sebelah kanan
			3	- Menanyakan apakah ada keluhan	S: pasien mengatakan tidak ada keluhan O: pasien nampak bugar dan segar karena baru mandi pagi
7	Selasa, 14 Mei 2019	11.00	3	- Memonitor TD	S: pasien mengatakan

					pasien mengatakan kepalanya agak pusing dan tenguknya terasa berat O: TD: 150/100 mmHg, N: 85x/menit S: pasien mengatakan mau di cek ulang kadar kolestrolnya O: kolestrol: HI S: pasien mengatakan makan apa yang ada, pasien tidak puasa karena bangun kesiangan sehingga pasien tidak ikut sahur O: pasien nampak memakan premen S: pasien mengatakan akan
			3	- Memonitor kadar kolestrol - Menanyakan kebiasaan makan pasien selama bulan ramadhan	
			3	- Menyarankan pasien untuk mengkonsumsi buah dan minuman	

			1	yang ekonomis untuk membantu menurunkan kadar kolestrol seperti, mengkonsumsi minuman (teh hitam) - Mengkaji ulang kekuatan otot dan rentang gerak pasien - memberikan semangat pada pasien dalam melakukan gerakan ROM dan memperagakan kembali gerakan ROM serta mengajak pasien untuk mengikutinya	mencobanya O: pasien nampak bersungguh-sungguh dalam pengucapannya S: - O: pasien nampak kaku lagi ketika menyisir rambut dan melakukan gerakan ROM pada kakinya S: - O: pasien nampak mengikuti gerakan ROM yang diajarkan
--	--	--	---	---	---

EVALUASI

No	Hari/Tanggal	Jam	NO. DX	Evaluasi
1.	Kamis, 28 Maret 2019	11.00	1, 2, 3	S: pasien mengatakan tangannya masih kaku untuk digerakan, tangannya tidak kuat untuk mengangkat beban yang berat

				- pasien mengatakan untuk makannya tidak bisa dikontrol karena pasien makan dengan lauk seadanya namun pasien mengusahakan akan mengurangi makanan yang asin-asin O: TD: 180/100 mmHg, N: 85x/ menit - pasien langsung memperagakan gerakan menyisir dan memutar-mutar kakinya - pasien ucapanya belum jelas A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi - monitor TTV - Monitor rentang gerak dan kekuatan otot pasien - Anjurkan keluarga untuk selalu mengajak ngobrol dengan pasien
2	Kamis, 4 April 2019	10.38	1, 2, 3	S: pasien mengatakan tidak merasa pusing - pasien mengatakan selalu mengerjakan apa yang telah diajarkan baik dari mahasiswa maupun dokter O: TD: 130/90 mmHg, N: 80 x/menit, GDS: 81 mg/dl - pasien nampak memperagakan kembali gerakan yang telah diajarkan - pasien nampak kaku ketika menggerakan tangan dan kakinya - Kekuatan menggenggam tangan pasien masih sama seperti pada saat pengkajian A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi

				- Monitor TTV - Monitor rentang gerak pasien dan kekuatan otot pasien - Anjurkan pasien untuk selalu mengobrol/berkomunikasi dengan keluarga/orang lain untuk memperjelas perkataan pasien
3	Minggu, 7 April 2019	15.10	1, 2, 3	S: pasien mengatakan selalu melakukan gerakan yang telah diberikan setiap pagi dan sore hari pasien mengatakan suka memikirkan kapan bisa dapat bekerja kembali - pasien mengatakan kepikiran dengan perkataan istrinya O: TD: 150/90 mmHg, N: 84 x/menit - pasien nampak sedih dan tersulut emosi dengan perkataan istrinya - genggaman pasien terasa kekuatannya - pasien dapat mengerakan tangannya untuk menyisir rambut dari atas kepala A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi - Monitor TTV - Anjurkan pasien untuk melakukan gerakan ROM yang telah diajarkan sehari 2 kali - Anjurkan pasien untuk mengurangi makanan yang asin dan anjurkan untuk melakukan nafas

				dalam/distraksi mendengarkan murotal
4	Kamis, 25 April 2019	11.16	1, 2, 3	S: pasien merasa sehat - pasien mengatakan tida merasa pusing O: TD: 130/90 mmHg, N: 80 x/menit - genggaman terasa kekuatannya namun belum mengalami peningkatan dan pasien belum dapat menyisir sampai rambut sebelah kanannya A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi - monitor TTV - ajak pasien untuk selalu berkomunikasi - kaji renatang gerak dan kekuatan otot pasien - anjurkan pasien untuk tidak selalu memikirkan sesuatu agar TDnya stabil
5	Senin, 29 April 2019	13.25	1, 2, 3	S: pasien mengatakan tidak pusing namun tenguknya terasa berat - pasien mengatakan perkembangan pennyembuhannya sudah 70% - pasien mengatakan tidak dapat mengontrol pola makannya karena keterbatasan biaya O: pasien nampak sehat, senang - TD: 140/80 mmHg, N: 80x/menit

				- Kolestrol: 215 mg/dl - Pasien nampak memegang tenguknya - Pasien nampak menyisir dengan nyaman namun genggamannya belum terasa erat A: Masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi - Monitor TTV - Anjurkan pasien untuk mengurangi makanan mengandung lemak seperti gorengan, makanan yang besantan - Anjurkan pasien untuk melakukan gerakan ROM seperti yang telah diajarkan - Beri reinforcement positif atas keberhasilan pasien
6	5 Mei 2019	11.00	1, 2, 3	S: pasien mengatakan tidak pusing - pasien mengatakan sudah bisa menyisir sampai sebelah kanan O: TD: 140/90 mmHg, N: 82 x/menit - pasien nampak dapat menyisir rambutnya hingga ke sebelah kanan A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi - monitor TTV - kaji ulang rentang gerak dan kekuatan otot pasien - beri reinforcement atas keberhasilan pasien

7	14 Mei 2019	11.00	1, 2, 3	S: pasien mengatakan kepalanya agak pusing dan tenguknya terasa berat - pasien mengatakan makan apa yang ada, pasien mengatakan tidak puasa karena bangun kesiangan sehingga pasien tidak sahur O: TD: 150/100 mmHg, N: 85x/menit - kolestrol: HI - pasien nampak kaku lagi ketika menyisir rambut, melakukan gerakan ROM pada kakinya A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi - monitor TTV - anjurkan dan memberikan semangat kepada pasien untuk melakukan gerakan ROM sehari 2 kali - anjurkan pasien untuk mengurangi makanan yang berlemak dan asin
---	-------------	-------	------------	--

LAMPIRAN 9

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. K DENGAN GANGGUAN
MOBILITAS FISIK DI DESA ROWOCACING**



Eling Primagiasih
NIM : 16.1888.P

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAHPEKAJANGAN PEKALONGAN
2019**

I. Pengkajian Terhadap Keluarga

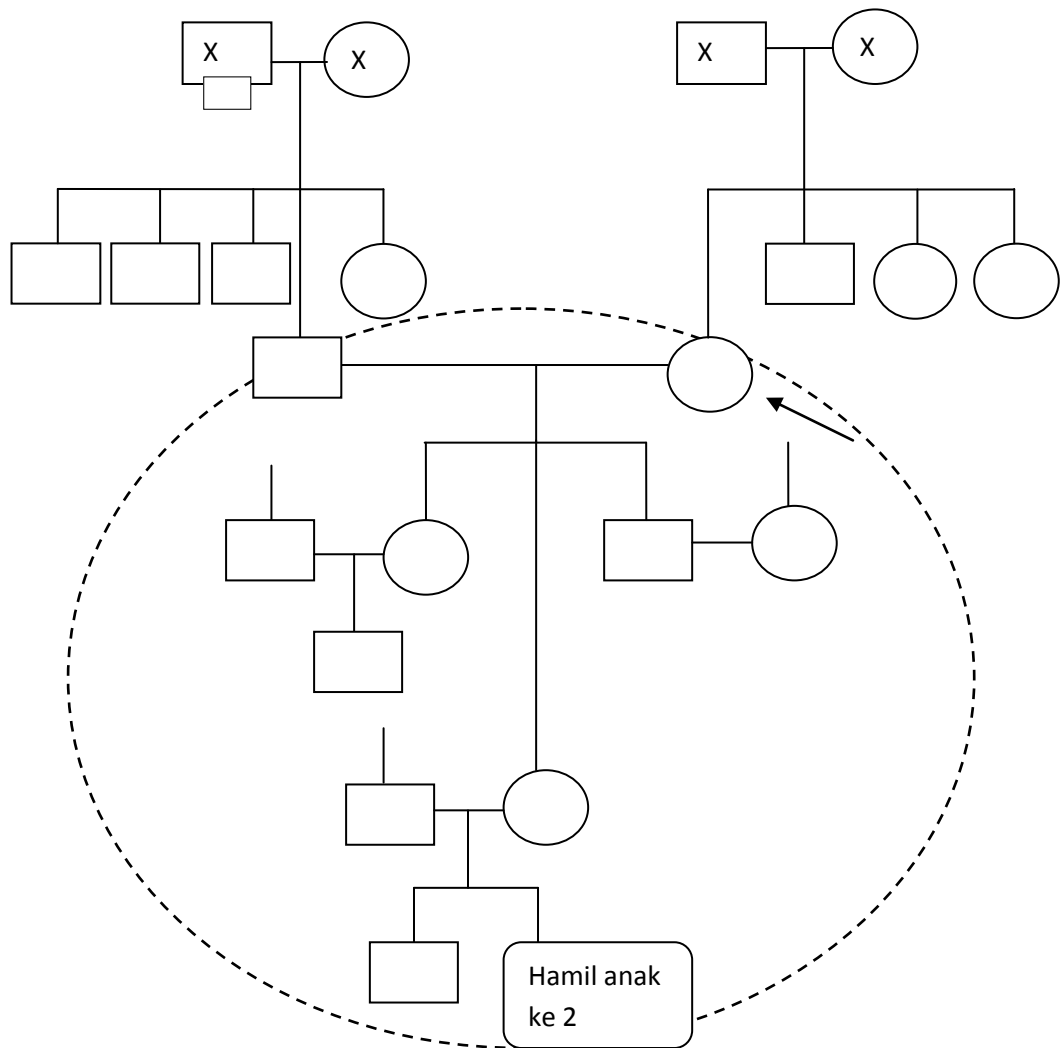
B. Data Umum

29. Identitas

- n. Nama Klien : Ny. K
o. Umur : 72 Tahun
p. Jenis kelamin : Perempuan
q. Agama : Islam
r. Status perkawinan : Menikah
s. Pendidikan Terakhir : SD
t. Pekerjaan : Ibu rumah tangga
u. Nama KK : Tn. S
v. Umur KK : 75 Tahun
w. Pendidikan KK : SD
x. Pekerjaan KK : Petani
y. Alamat : Rowocacing
z. Komposisi keluarga :

	N a m a	Umur	L/P	Agama	Hub dgn KK	Pend	Pekerjaan
1	Tn. S	75 Tahun	L	Islam	KK	SD	Petani
2	Ny. K	72 Tahun	P	Islam	Istri	SD	Ibu RT
3	Ny. D	30 Tahun	P	Islam	Anak	SMP	Ibu RT
4	Ny. E	29 Tahun	P	Islam	Anak	SMP	Berdagang
5	Tn. M	27 Tahun	L	Islam	Anak	SMP	Berdagang

30. Genogram



Keterangan :

□ / ○ : Laki-Laki/ Perempuan

X : Meninggal

↖ : Pasien

○ : tinggal dalam 1 rumah

- 31. Tipe Keluarga: Tipe keluarga besar
- 32. Status Sosial Ekonomi Keluarga: Pendapatan >500.000/minggu diperoleh dari anaknya
- 33. Aktivitas rekreasi klien: Menonton TV

II. Riwayat & Tahap Perkembangan Keluarga :

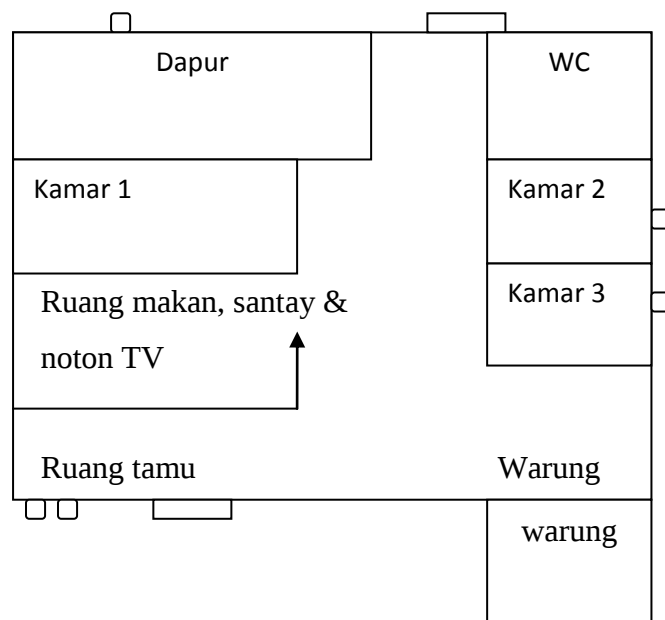
- 34. Tahap Perkembangan Keluarga: Tahap VII Keluarga usia pertengahan
- 35. Tahap Perkembangan Keluarga yang belum Terpenuhi: Ny. K mengatakan tugas perkembangan keluarga sudah terpenuhi
- 36. Riwayat Keluarga Inti:
 - e. Tn. S sedang pernah sakit batuk, pilek, demam
 - f. Ny. K sedang mengalami stroke $\pm$ 2 tahun, dan mempunyai riwayat HT
 - g. Ny. D pernah batuk pilek, diare, demam, mempunyai riwayat maagh
 - h. Ny. E pernah demam, batuk pilek, mempunyai riwayat, flu
 - i. Tn. M pernah batuk, pilek
- 37. Riwayat Keluarga Sebelumnya:
 - c. Pihak suami: Tn. S mengatakan orang tuanya tidak mempunyai riwayat penyakit yang menular dan menurun
 - d. Pihak Istri: Ny.K mengatakan kedua orang tuanya tidak memiliki riwayat penyakit yang menular dan menurun

III. Lingkungan

- 38. Karakteristik Rumah
 - l. Luas Rumah: 10 X 10
 - m. Tipe rumah: Permanen
 - n. Terdapat ventilasi
 - o. Pencahayaan: baik
 - p. Jumlah jendela: 4
 - q. Jumlah ruangan: 6

- r. Pemanfaatan ruangan: ruang tamu gabung dengan warung, ruang makan gabung dengan ruang tv, 3 kamar tidur, dapur, kamar mandi, dan warung
- s. Jenis septic tank: tertutup
- t. Jarak dengan sumber air: ± 5 M
- u. Sumber air minum yang digunakan: air sumur
- v. Pembuangan sampah: di tong sampah belakang dan depan rumah

Denah rumah



39. Tetangga dan Komunitas:

- 3. Lingkungan baik
- 4. Aturan/kesepakatan penduduk setempat (jika ada tamu dari luar diharapkan melaporkan ke RW/RT jika > 24 jam)

40. Budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan (tidak terkaji)

41. Perkumpulan & Interaksi dengan Masyarakat:

- 3. Waktu berkumpul dengan keluarganya Ny. K pada pagi dan malam hari

4. Keluarga berkomunikasi dengan masyarakat dengan baik (saling menyapa, saling tolong menolong bila ada yang membutuhkan bantuan)
42. Sistem pendukung:
 3. Anggota keluarga saling mendukung, jika Ny. K sakit maka akan di bawa ke tenaga medis
 4. Fasilitas: motor, dukungan masyarakat baik, saling menyupport

IV. Struktur Keluarga:

43. Pola dan Proses Komunikasi:
 - Komunikasi dengan keluarga baik, bila ada masalah maka dibicarakan dan diselesaikan secara baik-baik
44. Struktur Kekuatan:
 - Anggota keluarga memberikan dukungan penuh demi kesembuhan Ny. K
45. Struktur Peran:
 - c. Formal
 - Ny. S berperan sebagai kepala keluarga dan mengambil keputusan
 - Ny. K sebagai ibu rumah tangga
 - Ny. D berperan sebagai anak dan istri, serta mencari nafkah untuk memenuhi kebutuhannya serta membantu memenuhi kebutuhan kedua orang tuannya
 - Ny. E berperan sebagai istri dan ibu rumah tangga
 - Tn. M berperan sebagai anak dan kepala keluarga dalam keluarganya serta mencari nafkah untuk memenuhi kebutuhan istri dan anaknya
 - d. Informal
 - Tn. S berperan sebagai orang yang dihormati dalam keluarganya
 - Ny. K berperan sebagai orang yang penyayang terhadap keluarganya
 - Ny. D berperan sebagai anak
 - Ny. E berperan sebagai anak

- Tn. M berperan sebagai anak

46. Nilai dan Norma:

- c. Nilai/Kepercayaan (jika ada anggota keluarga yang sakit segera dibawa ke puskesmas/RS)
- d. Norma (keluarga sangat menjunjung sopan santun dan etika)

V. Fungsi Keluarga

47. Fungsi Afektif:

- Hubungan keluarga baik, saling mendukung dan menghargai

48. Fungsi Sosialisasi:

- Interaksi antar anggota keluarga baik, bersosialisasi dengan masyarakat dengan baik

49. Fungsi Perawatan Kesehatan:

- e. Jika Ny. K sakit maka akan dibawa ke puskesmas/RS
- f. Tn. S mengetahui penyebab stroke yang dialami Ny. K
- g. Ny. D mengetahui penyebab, tanda dan gejala stroke yang dialami Ny. K
- h. Ny. E mengetahui penyebab stroke yang dialami ibunya
- i. Tn. M mengetahui penyebab stroke yang dialami ibunya

50. Fungsi Reproduksi:

- Jumlah anak 3
- Ny. K tidak mengikuti KB

51. Fungsi Ekonomi:

- Keluarga dapat memenuhi kebutuhan makannya 3 kali sehari, pakaian untuk anaknya dan biaya untuk berobat.

VI. Koping Keluarga:

52. Stressor keluarga jangka pendek dan jangka panjang:

- Stress jangka pendek: Ny. K mengatakan jika ada masalah suka dipikirkan terus sehingga tensinya selalu tinggi.

- Stress jangka panjang: Ny. K mengatakan takut tensinya bertambah tinggi dan separuh badanya tidak dapat digerakan lagi.

53. Kemampuan keluarga berespons terhadap masalah:

- Keluarga selalu memeriksakan anggota keluarganya yang sakit ke puskesmas/rumah sakit

54. Strategi koping yang digunakan:

- Ketika ada masalah maka akan diselesaikan dengan musyawarah

55. Strategi adaptasi disfungsional:

- Pasien setiap pagi selalu melakukan gerakan yang telah diajarkan

J. Pengkajian Individu (klien lansia)

56. Riwayat Kesehatan

- Riwayat kesehatan masa lalu: mempunyai hipertensi
- Riwayat kesehatan sekarang: Ny. K mengalami kelemahan pada sebagian tubuh sebelah kiri
- Riwayat penyakit keturunan: pasien mengatakan ke dua orang tuanya tidak ada yang memiliki penyakit menurun dan menular
- Persepsi tentang sehat-sakit: Ny. K mengatakan sehat apabila ketika makan merasa enak tidak merasa pahit, badan tidak pegal-pegal
- Perubahan fungsi tubuh: sebagian alat gerak sebelah kiri masih lemah untuk mengangkat beban ringan maupun berat
- Kebiasaan olah raga: Ny. K setiap pagi setelah shalat subuh suka melakukan ROM dan latihan mengangkat minuman yang berisi air seperti yang telah diajarkan untuk meminimalisir kekakuan, meningkatkan kekuatan otot pada sebagian anggota tubuh sebelah kiri
- Kekuatan fisik: derajat 4 (pergerakan melawan tahanan, namun kurang dari normal)
- Kebutuhan dasar:
 - Nutrisi: Makan 3x sehari
 - Eliminasi: - BAK 7X sehari
- BAB tiap 2 hari sekali (BAB keras)
 - Kebersihan diri: Bersih

- Istirahat dan tidur: Malam: ± 7 jam , siang: ± 1 jam
- Sexualitas: pasien telah memiliki 3 anak

K. Aspek Sosial (Apgar Keluarga)

- f. Komunikasi (bicara): pasien dapat berbicara dan kurang nyambung ketika diajak komunikasi
- g. Hubungan dengan keluarga dan teman: pasien berinteraksi dengan baik dikeluarga dan temannya
- h. Kemampuan untuk melakukan aktifitas sehari-hari: pasien mandiri dalam melakukan aktivitas sehari-hari, namun ada aktivitas yang memerlukan bantuan
- i. Aktifitas sosial dan hobi: pasien lebih sering di rumah, pasien hobi memasak
- j. Kebiasaan sehari-hari:

Waktu	Kegiatan
04.30 WIB	Senam
04.35 WIB	Shalat subuh di rumah
06.00 WIB	Mandi
06.15 WIB	Makan pagi
07.00-07.30 WIB	Melakukan gerakan yang telah ajarkan
08.00-10.00 WIB	Bermain dengan cucu
10.00-11.30 WIB	Menjaga dagangan anaknya
11.30 WIB	Shalat dzuhur
11.30-14.00 WIB	Menjaga dagangan anaknya
14.00-15.00 WIB	Tidur siang
15.20 WIB	Shalat ashar
15.30-17.36 WIB	Berkumpul dengan keluarga
17.36 WIB	Shalat maghrib
18.00 WIB	Makan malam dengan keluarga
18.45 WIB	Shalat isya
19.00-21.00 WIB	Berkumpul dengan keluarga

21.00-04.30 WIB	Tidur malam
-----------------	-------------

L. Aspek Psikis

- e. Sikap dan perasaan terhadap proses menua: pasien mengatakan sedih, karena tidak dapat melakukan aktivitas seperti dahulu
- f. Stresor dan koping:
 - Pasien jika mengalami masalah biasanya hanya diam dan memilih untuk dipendam dan selalu dipikirkan
- g. Strategi koping yang digunakan
 - Pasien mengatakan melakukan gerakan nafas dalam, menggerakkan anggota badannya agar tensinya stabil dan mencegah kekakuan badan
- h. Konsep diri:
 - Gambaran diri: badan gemuk
 - Identitas diri: sebagai seorang istri sekaligus ibu dari ke-3 anaknya
 - Peran diri: sebagai seorang istri dan seorang ibu
 - Harga diri: pasien merasa minder karena tidak dapat kemana-mana karena mengalami kelemahan pada sebagian tubuhnya
 - Ideal diri: memiliki harga diri baik
 - Hub. Sosial dengan orang lain: mudah berinteraksi dengan tetangganya atau orang yang baru dikenal
- i. Keadaan emosi (marah, sedih, senang, benci dll): pada saat ini dalam keadaan biasa

M. Pola Persepsi (sensori)

- f. Penglihatan: baik, tidak memakai kacamata
- g. Pendengaran: baik, tidak memakai alat bantu dengar
- h. Penciuman: baik (dapat mencium bau dengan tepat)
- i. Pengecapan: baik (masih dapat merasakan dan membedakan rasa baik manis, asam, asin dan pait)
- j. Perabaan: baik

N. Aspek Spiritual

- e. Keteraturan ibadah: Ny. K melaksanakan sholat 5 waktu
- f. Keaktifan dalam kegiatan keagamaan: tidak mengikuti kegiatan keagamaan lagi karena mengalami kelemahan pada sebagian tubuhnya (contoh: pengajian pada ibu-ibu)
- g. Kesiapan dalam menghadapi kehilangan pasangan & kematian: pasien merasa takut bila akan menghadapi kematian
- h. Persepsi masalah kesehatan berdasarkan agama dan keyakinan: pasien mengatakan segala penyakit pasti ada obatnya, karena allah maha besar, maha penyayang lagi maha pengasih.

O. Pemeriksaan Fisik.

- g. Tanda vital: 150/90 mmHg
- h. Status gizi: BB: 80 kg, TB:160 cm
- i. Dokumen penunjang: -
- j. Pengobatan: tidak melakukan pengobatan
- k. Pemeriksaan fisik:

Pemeriksaan Fisik Ny. K

- a. Pernafasan Sistem pernafasan
DS: pernafasan baik, tidak ada keluhan
DO: RR: 22 x/ menit
- b. Sistem kardiovaskuler
DS: Ny. K mempunyai riwayat HT
DO: TD: 150/90 mmHg
- c. Sistem pencernaan
DS: pencernaan normal 1x sehari, namun BAB keras
DO: -
- d. Sistem genitourinaria
DS: masih berfungsi dengan baik, sehari 6-7 x/hari

DO: -

e. Sistem hematologi: tidak terkaji

f. Sistem endokrin

DS: Ny. K tidak mempunyai riwayat DM

DO: GDS: 246 dl

g. Sistem integument

DS: turgor kulit baik, keriput

h. Ekstremitas

Ekstremitas Atas

Tanggal	Kanan			Kiri		
	Kesemutan	Edema	Nyeri	Kesemutan	Edema	Nyeri
31 Maret 2019	Tidak kesemutan	Tidak edema	Tidak nyeri	Tidak kesemutan	Tidak edema	Tidak nyeri

Ekstremitas Bawah

Tanggal	Kanan			Kiri		
	Kesemutan	Edema	Nyeri	Kesemutan	Edema	Nyeri
31 Maret 2019	Tidak kesemutan	Tidak edema	Tidak nyeri	Tidak kesemutan	Tidak edema	Tidak nyeri

i. Sistem Persyarafan

Fungsi Serebral

Tanggal		31 Maret 2019
Status Mental	Tingkat Kesadaran	composmentis
	GCS	E ₄ M ₅ V ₆
	Gaya Bicara	Dapat berbicara
Fungsi	Orientasi Waktu	Baik

Intelektual	Orientasi Orang	Baik
	Orientasi Tempat	Baik
Daya Pikir	Spontan, alamiah, masuk akal	Baik
	Kesulitan Berpikir	Baik
	Halusinasi	Tidak halusinasi
Status Emosional	Alamiah dan Datar	Alamiah
	Pemarah	Tidak pemarah
	Cemas	Tidak cemas
	Apatis	Tidak apatis

i. Pemeriksaan Saraf Kranial

Nervus I (Olfactorius)

Tanggal	31 Maret 2019
Sensasi hidung kanan	Baik
Sensasi hidung kiri	Baik

Nervus II (Optikus)

Tanggal		31 Maret 2019
Mata Kanan	Ketajaman Penglihatan	Baik
	Lapang Pandang	Baik
	Melihat Warna	Baik
Mata Kiri	Ketajaman Penglihatan	Baik
	Lapang Pandang	Baik
	Melihat Warna	Baik

Nervus III (Okulomotorius)

Tanggal	31 Maret 2019	
Mata kanan	Bentuk	Pupil bulat, isokor
	Reflek Cahaya	Reflek +
Mata kiri	Bentuk	Pupil bulat, isokor
	Reflek Cahaya	Reflek +

Nervus IV (Trochlearis)

Tanggal		31 Maret 2019
Mata Kanan	Pergerakan mata ke atas dan ke bawah	Normal
Mata Kiri	Pergerakan mata ke atas dan ke bawah	Normal

Nervus V (Trigeminus)

Tanggal	31 Maret 2019
Membuka Mulut	Mampu membuka mulut
Mengunyah	Mampu mengunyah
Menggigit	Mampu menggigit makanan
Reflek Kornea	Normal
Sensasi pd wajah dengan benda kasar, halus, tumpul	Normal

Nervus VI (Abducen)

Tanggal		31 Maret 2019
Mata Kanan	Pergerakan mata lateral	Baik
	Melihat kembar	Baik
Mata Kiri	Pergerakan mata lateral	Baik

	Melihat kembar	Baik
--	----------------	------

Nervus VII (Fasialis)

Tanggal	31 Maret 2019
Mengerut dahi	Dapat mengerutkan dahi
Tersenyum	Dapat tersenyum
Mengangkat alis	Dapat mengangkat alis
Menutup mata	Dapat menutup mata

Nervus VIII (Vestibulochoclearis)

Tanggal		31 Maret 2019
Telinga Kanan	Suara bisikan	Baik
	Detik arloji	Baik
Telinga Kiri	Suara bisikan	Baik
	Detik arloji	Baik

Nervus IX (Glossopharyngeus)

Tanggal	31 Maret 2019
Reflek muntah	Tidak muntah
Merasakan pahit	Pasien dapat merasakan rasa pahit

Nervus X (Vagus)

Tanggal	31 Maret 2019
Menelan	Pasien dapat menelan makanan dan minuman
Bicara	Pasien dapat berbicara dengan lancar

Nervus XI (Accesorius)

Tanggal		31 Maret 2019
Mengangkat bahu	Kanan	Pasien dapat mengangkat bahu kanan
	Kiri	Pasien dapat mengangkat bahu kiri
Pergerakan Kepala	Kanan	Pasien dapat menoleh ke kanan
	Kiri	Pasien dapat menoleh ke kiri

NervusXII (Hypoglossus)

Tanggal		31 Maret 2019
Menjulurkan lidah		Dapat menjulurkan lidah
Menggerakkan lidah	Ke kanan	Dapat menggerakkan lidah ke kanan
	Ke kiri	Dapat menggerakkan lidah ke kiri
Tremor		Tangan tidak tremor

Pemeriksaan Sistem Motorik

Tanggal		31 Maret 2019
Kekuatan otot	Ektremitas atas	Kanan = 5 Kiri = 4
	Ekstremitas bawah	Kanan = 5 Kiri = 4
Keseimbangan dan koordinasi	Tangan kanan	Normal
	Tangan kiri	Normal

Pemeriksaan Refleks

Tanggal	31 Maret 2019
Refleks biseps	Kanan = + / Kiri = +
Refleks triseps	Kanan = + / Kiri = +

Refleks patella	Kanan = +/- Kiri = +
-----------------	----------------------

P.Kemandirian dan Ketergantungan

Pengukuran aktifitas sehari-hari (ADL)

Aktifitas	Skor				
	0	1	2	3	4
Mandi	V				
Berpakaian	V				
Mobilisasi di tempat tidur	V				
Pindah	V				
Ambulasi	V				
Naik Tangga		V			

Keterangan :

0 : mandiri

1 : menggunakan alat bantu/dibantu sebagian

2 : perlu bantuan orang lain.

3 : perlu bantuan orang lain dan alat bantu

4 : tergantung/tidak mampu

Pengukuran pemenuhan kebutuhan dasar dengan Indek KATZ

Kebutuhan Dasar	Skor	
	0	1
<i>Bathing</i>		V
<i>Dressing</i>		V
<i>Toileting</i>		V
<i>Transferring</i>		V
<i>Continence</i>		V

Feeding		V
---------	--	---

Keterangan:

b. Skor = 0 (tergantung), 1 (mandiri)

Total = 0 (tergantung), 6 (mandiri)

c. Indek KATZ :

A = Mandiri 6 aktivitas

B = Mandiri 5 aktivitas

C = Mandiri, kecuali mandi dan satu fungsi lain

D = Mandiri, kecuali mandi, berpakaian dan 1 fungsi lain

E = Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, toileting dan 1 fungsi lain

F = Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, toileting, berpindah & 1 fungsi lain

G = Tergantung pada orang lain untuk beraktivitas

Lainnya : jika tergantung 2 fungsi selain C,D,E,F.

SHORT PORTABLE MENTAL QUESTIONARE (SPMSQ)

Skore		NO	Pertanyaan	Jawaban
+	-			
✓		1	Tanggal berapa hari ini?	Lupa
✓		2	Hari apa sekarang? (hari, tanggal, bulan, tahun)	Hari kamis, 28 Maret 2019
✓		3	Apa nama tempat ini?	Rumah
✓		4	Berapa nomor telepon anda?	Tidak ada
✓		4a	Dimana alamat anda (tanyakan bila klien tidak punya nomor telepon)	Rowocacing
✓		5	Berapa umur anda?	72 tahun

	✓	6	Kapan anda lahir?	Lupa
✓		7	Siapa presiden Indonesia sekarang?	Pak Jokowi
	✓	8	Siapa presiden Indonesia sebelumnya?	Tidak tau
✓		9	Siapa nama kecil ibu anda?	Bu Rom
	✓	10	20 dikurangi 3 berapa? $20-3-3-3-3=10$	1
		Jumlah kesalahan total Benar 7, salah 3		Fungsi intelektual sedang

Penilaian SPMSQ:

5. kesalahan 0-2 : fungsi intelektual utuh/baik
6. kesalahan 3-4 : fungsi intelektual ringan
7. kesalahan 5-7 : fungsi intelektual sedang
8. kesalahan 8-10: fungsi intelektual berat

- ❖ Bisa dimaklumi bila lebih dari satu kesalahan bila subyek hanya berpendidikan SD
- ❖ Bisa dimaklumi bila kurang dari satu kesalahan bila subyek hanya berpendidikan SMA
- ❖ Bisa dimaklumi bila lebih dari satu kesalahan bila subyek kulit hitam dengan menggunakan kriteria yang sama

INVENTARIS DEPRESI BECK

SKORE	URAIAN
A. Kesedihan	
3	Saya sangat sedih atau tidak bahagia dimana saya tidak dapat menghadapinya
2	Saya galau/sedih sepanjang waktu dan saya tidak dapat keluar darinya
1	Saya merasa sedih atau galau
0 ✓	Saya merasa sedih

B. Pesimisme	
3	Saya merasa bahwa masa depan saya adalah sia-sia dan sesuatu tidak dapat membaik
2	Saya merasa tidak mempunyai apa-apa untuk memandang kedepan
1	Saya merasa berkecil hati mengenai masa depan
0 ✓	Saya tidak begitu pesimis atau kecil hati tentang masa depan
C. Rasa Kegagalan	
3	Saya merasa benar-benar gagal sebagai seseorang (orang tua, suami, istri)
2	Hidup saya seperti melihat kebelakang, semua yang saya lihat hanya kegagalan
1	Saya merasa telah gagal melebihi orang pada umumnya
0 ✓	Saya merasa gagal
D. Ketidakpuasan	
3	Saya tidak puas dengan segalanya
2	Saya tidak lagi mendapat kepuasan dari apapun
1	Saya tidak menyukai cara yang saya gunakan
0 ✓	Saya tidak merasa tidak puas
E. Rasa Bersalah	
3	Saya merasa seolah-olah saya sangat buruk atau tak berharga
2	Saya merasa sangat bersalah
1 ✓	Saya merasa buruk/tak berharga sebagai bagian dari waktu yang baik
0	Saya tidak merasa benar-banar bersalah
F. Tidak menyukai diri sendiri	
3	Saya benci diri saya sendiri
2	Saya muak dengan diri saya sendiri
1	Saya tidak suka dengan diri saya sendiri
0 ✓	Saya tidak merasa kecewa dengan diri sendiri
G. Membahayakan Diri sendiri	
3	Saya akan membunuh diri saya sendiri jika saya mempunyai

	kesempatan
2	Saya mempunyai rencana pasti tentang tujuan bunuh diri
1	Saya merasa lebih baik mati
0 ✓	Saya tidak merasa mempunyai pikiran-pikiran mengenai membahayakan diri sendiri
H. Menarik Diri dari Sosial	
3	Saya telah kehilangan semua minat saya kepada orang lain dan tidak peduli pada mereka semuanya
2	Saya telah kehilangan semua minat saya kepada orang lain dan mempunyai sedikit perasaan pada mereka
1	Saya kurang berminat kepada orang lain dari pada sebelumnya
0 ✓	Saya tidak kehilangan minat kepada orang lain
I. Keragu – ragu	
3	Saya tidak dapat membuat keputusan sama sekali
2	Saya mempunyai banyak kesulitan dalam membuat keputusan
1	Saya berusaha mengambil keputusan
0 ✓	Saya membuat keputusan yang baik
J. Perubahan Gambaran Diri	
3	Saya merasa bahwa saya jelek/tampak menjijikan
2	Saya merasa bahwa ada perubahan-perubahan yang permanen dalam penampilan saya dan ini membuat saya tak menarik
1	Saya khawatir bahwa saya tampak tua/tidak menarik
0 ✓	Saya tidak merasa bahwa saya tampak lebih buruk dari sebelumnya
K. Kesulitan Kerja	
3 ✓	Saya tidak merasa melakukan pekerjaan sama sekali
2	Saya telah mendorong diri saya sendiri dengan keras untuk melakukan sesuatu
1	Ini memerlukan upaya tambahan untuk memulai melakukan sesuatu
0	Saya dapat bekerja kira-kira sebaik sebelumnya
L. Keletihan	

3	Saya sangat lelah untuk melakukan sesuatu
2	Saya lelah untuk melakukan sesuatu
1 ✓	Saya lelah lebih dari yang biasanya
0	Saya tidak lebih lelah dari biasanya
M. Anoreksia	
3	Saya tidak lagi mempunyai nafsu makan sama sekali
2	Nafsu makan saya sangat memburuk sekarang
1	Nafsu makan saya tidak sebaik sebelumnya
0 ✓	Nafsu makan saya tidak buruk dari yang biasanya
Total: 5	Pasien mengalami depresi ringan

Penilaian:

0-5 : tidak depresi/depresi minimal

5-8 : depresi ringan

8-15 : depresi sedang

>16 : depresi berat

APGAR keluarga

NO	FUNGSI	URAIAN	SKOR
1	Adaptasi	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu saya mengalami kesusahan	1
2	Hubungan	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya	1
3	Pertumbuhan	Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktifitas baru	2

4	Afektif	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan efek dan berespons terhadap emosi-emosi saya, seperti marah, sedih dan mencintainya	0
5	Pemecahan	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya menyediakan waktu bersama saya	2
Penilaian: Pertanyaan-pertanyaan yang dijawab - Selalu: skore 2 - Kadang-kadang: skore 1 - Hampir tidak pernah: skore 0		Total	Disfungsi keluarga rendah

Penilaian:

Nilai: 0-3: Disfungsi keluarga sangat tinggi

Nilai: 4-6: Disfungsi keluarga rendah

ANALISA DATA

DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
Data Subyektif (DS) - Pasien mengatakan tanganya tiba-tiba menjatuhkan benda yang sedang dipegang jika terlalu lama membawanya Data Obyektif (DO) - Gegaman tangan pasien tidak terasa kuat	Gangguan mobilitas fisik	Gangguan muskulouskeletal

- Pasien Nampak kesusahan ketika berajalan		
Data Subyektif (DS) - Pasien mengatakan tenguknya terasa berat Data Obyektif (DO) - TD: 140/100 mmHg	Penurunan curah jantung	Perubahan afterload (TD meningkat)
Data Subyektif (DS) - Pasien mengatakan BAB keras - Pasien mengatakan setiap hari hanya makan pisang, tahu, tempe dikukus karena keluarga melarang makan sayur ini, itu dll. Data Obyektif (DO) - BAB tiap dua hari sekali sehari - Peristaltik menurun, peristaltic usus ± 3 x/menit	Konstipasi	Ketidakcukupan asupan serat

PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

- Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal ditandai dengan
 DS: Pasien mengatakan tanganya tiba-tiba menjatuhkan benda yang sedang dipegang jika terlalu lama membawanya
 DO: Gegaman tangan pasien tidak terasa kuat, pasien Nampak kesusahan ketika berajalan.
- Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload (TD meningkat) ditandai dengan
 DS: Pasien mengatakan tenguknya terasa berat, kepala pusing
 DO: TD: 140/100 mmHg.
- Konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan asupan serat ditandai dengan

DS: Pasien mengatakan BAB keras

- Pasien mengatakan setiap hari hanya makan pisang, tahu, tempe dikukus karena keluarga melarang makan sayur ini, itu dll.

DO: BAB tiap dua hari sekali sehari

- Peristaltik menurun, peristaltic usus ± 3 x/menit

FORMAT RENCANA KEPERAWATAN

Diagnosa Keperawatan	Tujuan Umum	Tujuan Khusus	Kriteria	Intervensi
Gangguan mobilitas fisik	Diharapkan kekuatan otot pada pasien meningkat dan kekakuan sendi dapat diminimalisir	- Pasien meningkat dalam aktivitas fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6 kali pertemuan gangguan mobilitas fisik berkurang dengan kriteria hasil: - klien meningkat dalam aktivitas fisik - tidak terjadi kontraktur sendi - bertambahnya kekuatan otot	6. Kaji secara teratur fungsi motorik 7. Monitor vital sign 8. Ajarkan pasien bagaimana gerakan ROM yang mudah 9. Anjurkan pasien untuk selalu menggerakkan tangan dan kakinya seperti gerakan menyisir, mengangkat gelas dengan tangan yang lemah dibantu dengan tangan

				yang kuat, mengerakan pergelangan kaki dengan botol dll 10. Anjurkan pasien melakukan gerakan tersebut sehari 2x
Penurunan curah jantung	Diharapkan tekanan darah pasien stabil	- Tekanan darah pasien dalam rentang normal - Rasa berat pada tengkuk dan pusing hilang	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6 kali pertemuan TD pasien dalam rentang normal dengan kriteria hasil: - Mempertahankan TD dalam rentang yang dapat diterima - Pasien dapat berpartisipasi dalam aktivitas yang menurunkan TD - Memperlihatkan irama dan	5. Monitor TTV (TD, N, RR) 6. Ajarkan teknik relaksasi/distraksi seperti napas dalam/mendengarkan murotal 7. Anjurkan pasien untuk mengurangi konsumsi makanan yang asin 8. Berikan lingkungan yang nyaman

			frekuensi jantung stabil	
Konstipasi	Pasien dapat BAB 1x/hari	- Pasien dapat BAB 1x/hari - Peristaltik dalam batas normal ± 5-35x/menit	- Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 kali pertemuan diharapkan konstipasi dapat teratasi dengan kriteria hasil: - Pasien sudah BAB - Peristaltic dalam batas normal ± 5-35x/menit	- Kaji asupan makanan pasien - Berikan penjelasan mengenai konstipasi, penyebab konstipasi - Anjurkan pasien untuk minum yang banyak, makan makanan yang mengandung tinggi serat seperti sayuran hijau bayam, buncis, papaya, apel, jeruk, melon. - Anjurkan untuk minum hangat sebelum tidur.

IMPLEMENTASI

No	Hari/Tanggal	Jam	No DX	Implementasi	Respon
1.	Minggu, 31 Maret 2019	11.10	1	- Melakukan pengkajian pengumpulan data dan melakukan pemeriksaan fisik - Mengkaji fungsi motorik pasien, mengkaji rentang gerak pasien	S: pasien menyebutkan biodata pasien, menceritakan perjalanan terkena strokenya serta mau di lakukan pemeriksaan fisik O: hasil pemeriksaan fisik normal, reflek patella positif namun pasien bila diajak komunikasi terkadang tidak nyambung S: pasien mengatakan tangannya dapat untuk melakukan kegiatan sehari-hari namun ketika tangan kirinya

					memegang benda terlalu lama maka benda yang di pegang akan jatuh dengan sendirinya O: gengaman tangan pasien kurang begitu kuat S: pasien mengatakan mau di tensi, pasien tidak merasa pusing O: TD: 140/100 mmHg, N: 80x/ menit
			2	- Mengukur TD	
			2	- Menganjurkan pasien untuk mengurangi makanan yang asin, goreng-goreng, olahan makanan yang bersantan	S: pasien mengatakan tidak mengkonsumsi lagi makanan yang asin, setiap hari makan tahu, tempe dikukus/di goreng O: -

			1	- Mengajarkan ROM yang mudah seperti, menyisir rambut, mengerjakan tangan dan kaki serta menganjurkan pasien untuk mengangkat gelas yang berisi air	S: pasien mengatakan sudah biasa melakukan gerakan yang diajarkan karena sebelumnya sudah diajari oleh mahasiswa stikes yang pernah praktik di desanya O: pasien akan melakukan gerakan dan anjuran yang telah diberikan dan telah hafal dengan gerakan yang telah diajarkan
			1	- Menganjurkan pasien untuk melakukan gerakan ROM sehari 2x	S: pasien mengatakan akan melakukan gerakan tersebut setelah bangun tidur dan sebelum tidur

					O: -
2.	Kamis, 4 April 2019	11.00	2	- Melakukan TTV	S: pasien mengatakan agak pusing O: TD: 150/90 mmHg, N: 84 x/menit
				- menanyakan pada pasien apakah ada yang sedang di pikirkan	S: pasien mengatakan tidak sedang memikirkan apa-apa O: pasien nampak menutupi sesuatu
			1	- Mengkaji ulang motorik pasien dan rentng gerak pasien	S: pasien mengatakan tadi pagi setelah bangun tidur sudah melakukan gerakan yang telah diajarkan O: gengaman tangan pasien masih sama seperti pertama kali dilakukan pengkajian
			1	- Memberikan	S: pasien

				semangat pada pasien agar tetap melakukan gerakan ROM untuk mencegah kekakuan sendi dan menyarankan untuk selalu melatih tangan yang sebelah kiri untuk mengangkat benda - Menanyakan pada pasien apakah ada keluhan lain	mengatakan akan melakukan saran yang telah diberikan O: - S: pasien mengatakan tidak ada keluhan O: pasien nampak sehat seperti biasa
3	Kamis, 25 April 2019	16.00	2	- Menanyakan kabar pasien - Memonitor TTV	S: pasien mengatakan iya, sehat nok O: pasien nampak gembira S: pasien mengatakan tidak merasa pusing O: TD: 140/90 mmHg, N: 80 x/menit
			1	- Mengkaji ulang rentang gerak pasien	S: pasien mengatakan

				dan kekuatan otot pasien - Menanyakan kepada pasien apakah ada keluhan yang lain	selalu melakukan gerakan yang telah diberikan setetiap bangun tidur dan mau tidur O: pasien nampak menggerakkan tangannya dengan luwes, namun ketika pasien berjalan dibantu dengan tongkat dan nampak kesusahan ketika berjalan serta belum kuat untuk mengangkat beban berat S: pasien mengatakan tidak ada keluhan O: pasien nampak jujur ketika mengatakannya
--	--	--	--	--	---

4	Senin, 29 April 2019	13.20	2	- Memonitor TTV	S: pasien mengatakan tidak merasa pusing O: TD: 140/90 mmHg, N: 80 x/menit
			1	- Mengkaji kekuatan otot	S: - O: genggaman tangan pasien terasa kekuatannya namun belum kuat sepenuhnya
			1	- Memberikan respon positif atas perkembangan yang ada - Menanyakan pasien apakah ada keluhan lain atau ada yang ingin ditanyakan	S: pasien mengucap syukur atas perubahan yang ada O: pasien nampak senang S: pasien mengatakan tidak ada keluhan dan tidak ada pertanyaan yang ingin ditanyakan O: -
5	Minggu, 5 Mei 2019	16.30	2	- Memonitor TTV	S: pasien mengatakan

			1	- Mengecek GDS - Mengkaji ulang kekuatan otot pasien dan rentang gerak pasien - menganjurkan pasien untuk mengurangi makanan yang manis-masis dan menganjurkan untuk memakan nasi yang dingin tidak yang masih hangat	tidak merasa pusing O: TD: 140/ 90 mmHg S: pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat DM O: GDS: 346 mg/dl S: pasien mengatakan tadi pagi sudah melakukan gerakan yang diajarkan O: kekuatan menggengam pasien terasa kekuatannya namun belum maksimal S: pasien mengatakan tidak suka makan manis tapi pasien suka makan pisang dan makan menggunakan
--	--	--	---	---	--

				- menanyakan pada pasien apakah ada keluhan lain atau pertanyaan yang ingin ditanyakan	nasi hangat O: pasien nampak menghabiskan 1 buah pisang S: pasien mengatakan tidak ada keluhan lain dan tidak ada yang ingin ditanyakan O: -
6	Selasa, 14 Mei 2019	11.00	2	- menanyakan kabar pasien - melakukan TTV	S: pasien mengatakan alhamdulillah baik O: pasien nampak sehat dan sedang beraktivitas pada saat didatangi kediamannya S: pasien mengatakan kepikiran dengan gulanya yang tinggi sehingga tensinya juga ikut tinggi

			2	- menganjurkan pasien untuk tidak memikirkan gulanya yang tinggi dan memberikan penjelasan mengenai pola makan bagi penderita DM - mengkaji ulang GDS	O: TD: 150/100 mmHg S: pasien mengatakan tidak makan yang manis-manis karena dilarang oleh anaknya, namun ketika pasien buka puasa pasien mengkonsumsi kolak, nasi, makan pisang O: pasien nampak mengeyel ketika diberikan saran pola makan yang harus dijaga dan antara pasien dengan keluarga terjadi salah persepsi mengenai diet bagi penderita DM S: pasien mengatakan
--	--	--	---	--	--

			3	- menanyakan pada pasien apakah ada keluhan lain	tidak mau di cek gulanya lagi karena takut jika gulanya tambah tinggi O: pasien nampak takut dan kukuh dalam pendiriannya tidak mau di cek gulanya S: pasien mengatakan BABnya keras - pasien mengatakan dilarang makan ini itu karena gulanya tinggi dan mempunyai darah tinggi - pasien mengatakan setiap hari hanya makan nasi, tahu, tempe, buah pisang
--	--	--	---	---	---

			3	- menyarankan kepada pasien untuk minum yang banyak dan makan sayuran hijau, buah papaya/melon namun dalam jumlah sedikit dan tidak berulang kali dalam sehari	O: - S: pasien mengatakan tidak boleh makan ini itu karena mempunyai riwayat darah tinggi dan gulanya tinggi O: pasien nampak kurang paham dengan penjelasan yang diberikan dan nampak tidak berani untuk mengungkapkan kepada keluarganya mengenai informasi yang telah diberikan oleh mahasiswa
			1	- mengkaji ulang kekuatan otot pasien	S: pasien mengatakan sudah melakukan latihan ROM

				tadi pagi O: pasien dapat mengangkat dan mengenggam tas tensi yang berisi lumayan lama S: pasien mengatakan senang karena sudah ada perkembangan O: pasien nampak gembira
				- member reinforcement positif atas keberhasilan pasien

EVALUASI

No	Hari/Tanggal	Jam	NO. DX	Evaluasi
1.	Minggu, 31 Maret 2019	11.10	1, 2	S: pasien mengatakan tangannya dapat untuk melakukan kegiatan sehari-hari namun ketika tangan kirinya memegang benda terlalu lama maka benda yang di pegang akan jatuh dengan sendirinya - pasien mengatakan tidak pusing O: gengaman tangan pasien kurang begitu kuat - TD: 140/100 mmHg, N: 80x/ menit A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi

				- Monitor TTV - Kaji ulang kekuatan otot pasien dan rentang gerak pasien - Beri semangat pada pasien untuk melakukan gerakan ROM sehari 2 kali - Ingatkan pada pasien untuk mengurangi makanan yang asin dan berminyak
2	Kamis, 4 April 2019	11.00	1, 2	S: pasien mengatakan agak pusing O: TD: 150/90 mmHg, N: 84 x/menit - gengaman tangan pasien masih sama seperti pertama kali dilakukan pengkajian A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi - monitor TTV - kaji ulang kekuatan otot dan rentang gerak pasien - anjurkan pasien untuk tidak terlalu memikirkan sesuatu dan menceritakan saja yang menjadi pikiran - berikan semangat kepada pasien untuk rutin melakukan latihan ROM dan mengangkat benda untuk melatih kekuatan tangan
3	Kamis, 25 April 2019	16.00	1, 2	S: pasien mengatakan tidak pusing O: TD: 140/90 mmHg, N: 80 x/menit - pasien nampak menggerakkan

				tangannya dengan luwes, namun ketika pasien berjalan dibantu dengan tongkat dan nampak kesusahan ketika berjalan serta tanganya belum kuat untuk mengangkat beban berat A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi - monitor TTV - kaji ulang rentang gerak pasien - lakukan latihan ROM bersama dan kaji kekuatan otot pasien
4	Senin, 29 April 2019	13.30	1, 2	S: pasien mengatakan tidak pusing O: TD: 140/90 mmHg, N: 80 x/menit - genggam tangan pasien terasa kekuatannya namun belum kuat sepenuhnya A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi - memonitor TTV - mengakaji ulang kekuatan otot pasien
5	Minggu, 5 Mei 2019	16.30	1, 2	S: pasien mengatakan tidak merasa pusing - pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat DM O: 140/ 90 mmHg, GDS: 346 mg/dl - kekuatan menggengam pasien terasa kekuatannya namun belum maksimal A: masalah belum teratasi

				P: lanjutkan intervensi - monitor TTV - kaji ulang kekuatan otot pasien dan rentang gerak pasien - monitor GDS - anjurkan pasien untuk tidak memikirkan GDS nya yang tinggi
6	Selasa, 14 Mei 2019	11.00	1, 2, 3	S: pasien mengatakan kepikiran dengan GDSnya yang tinggi sehingga tensinya juga ikut tinggi - pasien mengatakan BABnya keras - pasien mengatakan dilarang makan ini itu karena gulanya tinggi dan mempunyai darah tinggi - pasien mengatakan setiap hari hanya makan nasi, tahu, tempe, buah pisang O: TD: 150/ 90 mmHg - pasien dapat mengangkat dan mengenggam tas tensi yang berisi lumayan lama A: masalah belum taratasi P: lanjutkan intervensi - monitor TTV - monitor GDS - anjurkan pasien untuk banyak minum dan makan sayur dan buah-buahan yang tinggi serat - berikan penkes pada keluarga dan pasien mengenai diit penderita DM - beri reinforcement positif atas keberhasilan pasien

