



POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK PADA
PASIEN STROKE DI RUANG RAWAT INAP SYARAF
RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**

KARYA TULIS ILMIAH

**AFRI MURSAL
193110122**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2022**



POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK PADA
PASIEN STROKE DI RUANG RAWAT INAP SYARAF
RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan ke Program Studi DIII Keperawatan Politeknik Kesehatan
Kemenkes Padang Sebagai Salah Satu Syarat Untuk
Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan**

**AFRI MURSAL
193110122**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2022**

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh:

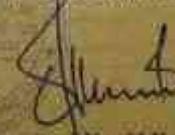
Nama : Ali Marsal
NIM : 191110122
Program Studi : D-III Keperawatan Padang
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Gurgaman Mobilitas Fisik
Pada Pasien Stroke Di Ruang Rawat Inap Syaraf
RSUP. DR.M.Djamil Padang Tahun 2022

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji Ujian Karya Tulis Ilmiah Program Studi D. III Keperawatan Padang Politeknik Kesehatan Padang dan dinyatakan telah memenuhi syarat dan diterima

DEWAN PENGUJI

Ketua Penguji : Reflita, S.Kp.M.Kep ()
Penguji : Ns Ideawati Bahar, S.Kep.M.Kep ()
Penguji : Efitra, S.Kp.M.Kes ()
Penguji : Herwan,SKM.M.Dharmad ()
Ditandatangani di : Poltekkes Kemenkes Padang
Tanggal : 25 Mei 2022

Mengertahi
Ketua Program Studi Keperawatan Padang
Politeknik Kesehatan Padang


Heppi Sasmita, S.Kp., M.Kep., Sp. Jena
NIP. 19701020 199303 2 002

Poltekkes Kemenkes Padang

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan atas kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya kepada peneliti, sehingga peneliti dapat menyusun dan menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul “**Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke di Ruang inap Syaraf RSUP. Dr. M. Djamil Padang**”. Karya Tulis Ilmiah ini disusun dalam rangka menyelesaikan pendidikan D-III Keperawatan Program Studi Keperawatan Padang.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini peneliti banyak mendapatkan bantuan, arahan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu peneliti ingin mengucapkan terimakasih kepada Ibu Efitra,S.Kp,M.Kes selaku pembimbing I dan Ibu Herwati ,SKM,M.Biomed selaku pembimbing II yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam menyelesaikan pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini, dan peneliti juga mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Bapak Dr. Burhan Muslim, SKM, M.Si, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Padang.
2. Bapak Dr.dr. Yusirwan Yusuf, Sp. B, Sp. BA (K) MARS, selaku Direktur RSUP DR. M. Djamil Padang
3. Ibu Ns. Sila Dewi Anggreini,S.Pd,S.Kep,M.Kep,Sp.KMB, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Padang.
4. Ibu Heppi Sasmita, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa, selaku Ketua Program Studi Keperawatan Padang.
5. Bapak Ns. Hendri Budi, S.Kep, M.Kep, Sp.MB selaku Pembimbing Akademik yang selalu memotivasi peneliti selama perkuliahan dan selama menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Bapak Ibu Dosen dan Staf Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Padang yang memberikan bermacam ilmu untuk bekal peneliti dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini.

7. Kepada Keluarga yang telah memberikan semangat, dorongan, dan masukan yang tiada terhingga. Tiada kata yang dapat peneliti utarakan selain terima kasih banyak dan doa yang tiada terhingga kepada Allah SWT untuk selalu memberikan kesehatan, rahmat dan karunia nya kepada peneliti.
8. Kepada kakak, abang dan yang teristimewa kepada teman-temanku yang senasib dan seperjuangan Mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang Program studi D III Keperawatan Padang tahun 2019 yang spesial untuk teman-teman A euphoria 19 yang telah memberikan warna-warni dalam pertemanan selama tiga tahun ini. Terima kasih atas dukungan dan bantuan yang telah diberikan kepada peneliti

Karya Tulis Ilmiah ini akhirnya dengan segala kerendahan hati dan kekurangan yang ada di mohon kritik dan saran dari pembimbing maupun penguji. Peneliti mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang membantu baik moril maupun spiritual, dan akhirnya dengan segala kerendahan hati dan kekurangan yang ada dimohon kritik dan saran demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Padang, Juni 2022



Peneliti

HALAMAN PERSETUJUAN

"Amihan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke di Ruang Rawat Inap Syaraf RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022"

Oleh

Afri Mursal

193110122

Karya Tulis Ilmiah ini diperolehi dan disetujui oleh pembimbing Karya Tulis Ilmiah / Program Studi D-III Keperawatan Padang dan telah siap untuk dipertahankan dihadapan tim penguji Karya Tulis Ilmiah Politeknik Kesehatan Kemenkes RI Padang.

Padang, 17 Mei 2022

Menyetujui

Pembimbing 1



Efitra, S.Kp, M.Kes
NIP.19640127 198703 2 002

Pembimbing 2

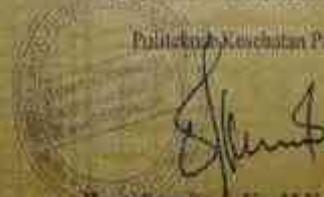


Herwati, SKM, M.Biomed
NIP. 19620512 198210 2 001

Mengetahui,

Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang

Politeknik Kesehatan Padang



Reppi Sasmita, Kp, M.Kep, Sp.Liwa
NIP. 19701020 199303 2 002

Poltekkes Kemenkes Padang

LEMBAR ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Afri Mursal

NIM : 193110122

Tanda Tangan :



Tanggal : Mei 2022

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Afri Mursal
NIM : 193110122
Tempat, Tanggal Lahir : Solok, 13 April 2000
Jenis Kelamin : Laki- laki
Agama : Islam
Status Perkawinan : Belum Kawin
Alamat : Dusun Tepi Air, Desa Lunto Barat, Kec. Lembah
Segar, Kota Sawahlunto, Provinsi Sumatera Barat
Nama Orang tua :
Ayah : Serda Yandri Asmar (ALM)
Ibu : Maslaini

Riwayat Pendidikan

NO	JENIS PENDIDIKAN	TEMPAT PENDIDIKAN	TAHUN
1.	TAMAN KANAK-KANAK	TK Dharmawanita	2005-2006
2.	SD	SDN 006 Tagaraja	2006-2012
3.	SMP	SMPN 1 Kateman	2012-2015
4.	SMA	SMAN 1 Sawahlunto	2015-2018
5.	D-III KEPERAWATAN PADANG	Poltekkes Kemenkes Padang	2019-2022

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI PADANG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN PADANG**

**Karya Tulis Ilmiah , Mei 2022
Afri Mursal**

**ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK PADA
PASIEN STROKE DI RUANG RAWAT INAP SYARAF RSUP DR. M.
DJAMIL PADANG TAHUN 2022**

Isi : xii + 68 halaman , 2 tabel , 12 gambar, 13 lampiran

ABSTRAK

Gangguan mobilitas adalah keadaan dimana seseorang tidak dapat bergerak secara bebas, dampak gangguan mobilisasi pada pasien stroke yaitu seperti disfungsi neurologi berupa kelemahan pada anggota gerak, gangguan mobilitas menyebabkan pasien tidak dapat melakukan aktivitas sendiri yang mengakibatkan gangguan mobilisasi. Berdasarkan hasil Riskesdas 2018 ,angka kejadian stroke sebanyak 10,9 per mil. Tujuan penelitian ini mendeskripsikan asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik pada pasien Stroke.

Desain penelitian menggunakan penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Penelitian dilakukan di Ruang Inap Syaraf RSUP Dr.M.Djamil Padang.Waktu penelitian dimulai bulan Desember 2021 sampai dengan bulan Mei 2022. Populasi penelitian yaitu 3 orang, dan sampel yang diteliti satu orang dengan teknik *simple random sampling*. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara, pengukuran, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi. Analisa data dilakukan dengan membandingkan hasil penelitian dengan teori keperawatan.

Hasil pengakajian didapatkan pada pasien mengeluh lemah anggota gerak sebelah kiri dan aktivitas dibantu keluarga dan perawat. Diagnosa keperawatan yang ditemukan yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Diagnosa keperawatan yang kedua risiko jatuh. Intervensi dan implementasi yaitu latihan ROM Aktif dan pasif. ROM dilakukan pada pagi hari dengan waktu 10 menit, untuk diagnosa kedua resiko jatuh, ajarkan pasien dan keluarga untuk selalu pasang pagar tempat tidur dan anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah. Evaluasi hari kelima pasien sudah meningkat kekuatan otot dari skala 3 menjadi 4. Intervensi dilanjutkan.

Disarankan melalui Direktur kepada Perawat Ruangan Inap Syaraf RSUP Dr. M. Djamil Padang dapat melakukan tindakan ROM sebagai salah satu alternatif yang dapat menghindari pasien dari kekakuan sendi dan meningkatkan kekuatan oto serta dapat memperhatikan lingkungan disekitar pasien agar terhindar dari resiko jatuh.

**Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Gangguan Mobilitas , ROM , Stroke
Daftar Pustaka : 26 (2011-2019)**

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
LEMBAR ORISINALITAS	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	v
ABSTRAK	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
BAB I PENDAHULUAN
A. Latar Belakang	2
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian.....	5
1. Tujuan Umum.....	5
2. Tujuan Khusus	5
D. Manfaat Penelitian.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA
A. Konsep Dasar Mobilisasi dan Imobilisasi	7
1. Pengertian Mobilisasi	7
2. Jenis Mobilisasi	7
3. Faktor yang Mempengaruhi Mobilisasi.....	8
4. Masalah-masalah pada Kesejajaran Tubuh dan Mobilisasi.....	9
5. Pengertian Imobilisasi	9
6. Jenis Imobilisasi	10
7. Dampak Imobilisasi	10
B. Konsep Pemenuhan Mobilisasi pada pasien Stroke.....	15
1. Pengertian Stroke.....	15
2. Etiologi	16
3. Faktor Risiko	17
4. Tanda dan Gejala	20
5. Patofisiologi Gangguan Mobilisasi pada Pasien Stroke	20
6. Penatalaksanaan Gangguan Mobilisasi Pada Pasien Stroke.....	22
C. Konsep Asuhan Keperawatan Teoritis	32
1. Pengkajian Keperawatan	32
2. Diagnosa Keperawatan	38

3. Intervensi Keperawatan	39
4. Implementasi Keperawatan	42
5. Evaluasi Keperawatan	42
BAB III METODE PENELITIAN	43
A. Desain Penelitian	43
B. Tempat dan Waktu Penelitian	43
C. Populasi dan Sample	43
D. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data.....	44
E. Cara Pengumpulan Data	45
F. Jenis Data	46
G. Rencana Analisis	46
BAB IV DESKRIPSI HASIL DAN PEMBAHAN	47
A. Deskripsi Tempat	47
B. Pembahasan Kasus	47
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	65
A. Kesimpulan	65
B. Saran	66
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.7 Fleksi dan Ekstensi Pergelangan Tangan.....	24
Gambar 2.8 Fleksi dan Ekstensi Siku.....	25
Gambar 2.9 Pronasi dan Supinasi Lengan Bawah.....	26
Gambar 2.10 Pronasi dan Fleksi Bahu.....	27
Gambar 2.11 Abduksi dan Adduksi.....	28
Gambar 2.12 Rotasi Bahu.....	29
Gambar 2.13 Fleksi dan Ekstensi Jari.....	30
Gambar 2.14 Infersi dan Efersi Kaki.....	31
Gambar 2.15 Fleksi Dan Ekstensi Kaki.....	32
Gambar 2.16 Fleksi Dan Ekstensi Lutut.....	33
Gambar 2.17 Latihan Rotasi Pangkal Paha.....	34
Gambar 2.18 Abduksi Dan Adduksi Pangkal Paha.....	35

DAFTAR TABEL

Tabel 2.2	Tingkatan kemampuan aktifitas.....	37
Tabel 2.3	Diagnosa dan intervensi keperawatan.....	39

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Ganchart Kegiatan Penelitian
- Lampiran 2 : Surat Izin Pengambilan Data dari Institusi Poltekkes Kemenkes Padang
- Lampiran 3 : Surat Izin Pengambilan Data dari Instalasi Rekam Medis
- Lampiran 4 : Surat Izin Pengambilan Data dari Instalasi IRNA Non Bedah Syaraf (Neuro)
- Lampiran 5 : Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing I
- Lampiran 6 : Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing II
- Lampiran 7 : Lembar Informed Consent
- Lampiran 8 : Format Asuhan Keperawatan Tn. A
- Lampiran 9 : Surat Persetujuan Pembimbing
- Lampiran 10 : Daftar Hadir Penelitian di Ruangan
- Lampiran 11 : Surat Telah Selesai Penelitian RSUP Dr. M. Djamil Padang

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur- unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis dan psikologis yang bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan, kebutuhan untuk dihargai dan kebutuhan aktualisasi diri (Anik Maryunani, 2017).

Menurut Virginia Handerson ada empat belas komponen kebutuhan dasar pada manusia yaitu, bernafas secara normal, makan dan minum yang cukup, mempertahankan suhu tubuh agar tetap dalam keadaan normal, menjaga tubuh agar tetap bersih dan rapi, memodifikasi lingkungan yang aman dan nyaman, menjalin komunikasi yang baik antar individu, beribadah menurut agama dan kepercayaan masing-masing, individu menggali dan memuaskan rasa keingintahuan yang mengacu pada perkembangan dan kesehatan yang normal (Hidayat, 2014).

Kebutuhan dasar salah satunya adalah bergerak dan mempertahankan posisi yang dikehendaki (mobilisasi). Mobilisasi merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak bebas, mudah, teratur, dan mempunyai tujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Kehilangan kemampuan untuk bergerak menyebabkan ketergantungan dan ini membutuhkan tindakan keperawatan (Ambarwati, 2014).

Gangguan mobilitas fisik adalah keadaan dimana seseorang tidak dapat bergerak secara bebas karena kondisi yang mengganggu pergerakan (aktivitas) dan faktor yang berhubungan dengan hambatan mobilitas. Ketidakmampuan kelemahan fisik dan mental akan menghalangi seseorang untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari (Heriana, 2014).

Mobilitas dapat terganggu apabila ada masalah pada gerak aktivitas, salah satunya pada pasien stroke. Stroke merupakan penyakit neurologi yang dapat menyebabkan gangguan fungsi gerak sehingga seseorang mengalami kelumpuhan (Junaidi, 2011). Stroke umumnya diklasifikasikan menjadi dua macam, yaitu iskemik dan hemoragik (pendarahan). Stroke terjadi akibat adanya sumbatan pada lumen pembuluh darah yang memunculkan berbagai manifestasi klinis seperti kesulitan berbicara, kesulitan berjalan dan mengkoordinasikan bagian-bagian tubuh, sakit kepala, kelemahan otot wajah, gangguan penglihatan, gangguan sensori, gangguan pada proses berpikir dan hilangnya kontrol terhadap gerakan motorik seperti paralisis pada salah satu sisi tubuh atau kelemahan yang terjadi pada satu sisi tubuh (Widagdo et al, 2013).

Menurut data *World Health Organization* 2018, ada 17 juta orang meninggal karena penyakit *CVD (Cardiovaskuler Diase)* terutama penyakit jantung dan stroke. Stroke merupakan penyebab utama kematian kedua setelah penyakit jantung dan merupakan penyebab utama kecacatan ketiga di seluruh dunia. Sementara itu *World Stroke Organization (WSO)* menyebutkan bahwa lebih dari 13,7 juta kasus stroke baru ditemukan setiap tahun nya dan jumlah kematian akibat stroke mencapai 5,5 juta, juga ditemukan bahwa lebih dari 116 juta jiwa mengalami kecatatan karena stroke, baik itu cacat permanen maupun cacat ringan (WSO, 2019).

Menurut (Riskesdas, 2018) kejadian stroke di Indonesia mengalami peningkatan dari tahun 2013-2018 sebesar 3,9 per mil dimana pada tahun 2013 kejadian stroke sebanyak 7 per mil dan meningkat pada tahun 2018 menjadi 10,9 per mil. Kejadian stroke di indonesia berdasarkan diagnosis dokter tertinggi di Kalimantan Timur 14,7 per mil dan Papua 4,1 per mil.

Angka kejadian Stroke di Sumatera Barat mencapai 10,7 permil, hal ini mengalami peningkatan dari hasil Riskesdas Sebelumnya yang mana hanya 7,4 permil (Kemenkes RI, 2018). Di kota Padang berdasarkan laporan Dinas

Kesehatan Kota Padang (2021), didapatkan data bahwa stroke merupakan salah satu penyakit terbanyak yang terjadi di Kota Padang, dengan prevalensi kejadian sebanyak 812 kasus.

Peran perawat pada pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik adalah melakukan asuhan keperawatan, yang meliputi pengkajian, menegakkan diagnosis keperawatan berdasarkan analisis data, merencanakan intervensi melaksanakan tindakan keperawatan sesuai intervensi dan melakukan evaluasi berdasarkan respon klien terhadap tindakan keperawatan yang dilakukan (Potter & Perry, 2016). Pada pengkajian keperawatan pasien dengan hambatan mobilitas fisik riwayat kesehatan sekarang yaitu mengkaji alasan masuk terjadi keluh, seperti kelemahan otot, menilai kekuatan otot, tingkat mobilisasi dan daerah terganggunya mobilisasi serta lama terjadinya gangguan mobilisasi dan diagnosa keperawatan yang ditemukan adalah hambatan mobilitas fisik akibat imobilitas. Perawat juga harus merencanakan intervensi keperawatan yang sesuai. Serta implementasi yang dilakukan seperti pengaturan posisi, latihan ROM, dilakukan secara teratur pada waktu pagi hari setelah pasien melakukan personal hygiene yang dilakukan satu kali sehari. Dalam hal ini perawat harus memperhatikan kondisi pasien, latihan yang diberikan tidak boleh membebani kondisi fisik pasien, dan evaluasi seperti peningkatan kekuatan otot dan ketahanan otot (Hidayat, 2014).

Penelitian Sari dkk (2015) pada pasien stroke biasanya terdapat hambatan pada mobilitas fisik. Hal ini di dukung oleh hasil penelitiannya yang berjudul *“Batasan Karakteristik dan Faktor Yang Berhubungan (Etiologi) Diagnosa Keperawatan : Hambatan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke”* bahwa pada 121 pasien stroke, didapatkan hasil 90% atau 109 orang pasien stroke menunjukkan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik.

Menurut Saputra, 2013 untuk mencegah hilangnya kemampuan keseimbangan tubuh dan postur tubuh dalam melakukan pergerakan fisik, dapat diterapkan latihan ROM, dan mengubah posisi pada pasien yang memiliki mobilitas sendi

yang terbatas. Latihan berguna untuk menjaga sendi serta memelihara dan mempertahankan kekuatan otot. Latihan mobilisasi ini harus dilakukan pada pasien yang mengalami hambatan mobilitas (Potter & Perry, 2012).

Berdasarkan penelitian Mawarti dan Farid, 2012 yang berjudul “Pengaruh Latihan ROM (*Range Of Motion*) pasif terhadap peningkatan kekuatan otot pada pasien stroke Hemiparase” ditemukan ada pengaruh latihan ROM pasif dua kali sehari terhadap peningkatan kekuatan otot pada pasien stroke. Peneliti menganjurkan untuk pemberian latihan ROM pasif dua kali karena terbukti pada masa rehabilitasi.

Berdasarkan data dari Rekam Medis RSUP Dr. M. Djamil Padang, diperoleh data jumlah pasien stroke pada tahun 2019 sebanyak 198, data jumlah pasien stroke 2020 sebanyak 217 orang, dan pada tahun 2021 sebanyak 268 pasien stroke. Hasil pengamatan dan survei awal yang peneliti telah lakukan di RSUP DR. M. Djamil Padang tanggal 21 Desember 2021 didapatkan tiga orang pasien dengan diagnosa stroke yang mengalami mobilisasi di ruangan inap syaraf RSUP Dr. M. Djamil Padang. Hasil wawancara yang dilakukan pada salah satu pasien yaitu, pasien mengeluh kelemahan pada sebagian anggota tubuh sehingga menyebabkan hambatan dalam beraktifitas. Dalam pemenuhan aktifitas pasien dibantu oleh perawat dan keluarga. Pasien berkeinginan mampu melakukan aktifitas sehari hari seperti biasanya. Berdasarkan wawancara yang dilakukan kepada perawat ruangan, perawat mengatakan sudah melakukan tindakan ROM. Namun ROM yang dilakukan perawat belum dilaksanakan secara terus menerus pada setiap pasien, sehingga belum teratasinya gangguan kelemahan otot pada sebagian anggota tubuh pasien.

Berdasarkan data dan fenomena yang diuraikan , maka peneliti telah melakukan penelitian tentang “Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien dengan Stroke di ruang rawat inap syaraf RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022”

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana asuhan keperawatan dengan gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke di ruang rawat inap syaraf RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2022.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum peneliti adalah untuk mendeskripsikan asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke di ruang rawat inap syaraf RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2022

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan hasil pengkajian asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke di ruang rawat inap syaraf RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2022
- b. Mendeskripsikan rumusan diagnose keperawatan pada pasien dengan gangguan mobilitas fisik pada kasus stroke di ruang rawat inap syaraf RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022
- c. Mendeskripsikan rencana keperawatan pada pasien dengan gangguan mobimobilisasi pada kasus stroke di ruang rawat inap RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2022
- d. Mendeskripsikan tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan mobilitas fisik pada kasus stroke di ruang rawat syaraf RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2022
- e. Mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada pasien dengan gangguan mobilitas fisik pada kasus stroke di ruang rawat inap RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2022

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi RSUP Dr.M. Djamil Padang

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi pendorong perawat dalam meningkatkan pelayanan keperawatan terhadap gangguan mobilitas fisik pada pasien Stroke menggunakan teknik *range of motion*.

2. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan berguna untuk menambah wawasan dan pengalaman bagi peneliti dalam memberikan asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke menggunakan teknik *range of motion*.

3. Bagi Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Hasil penelitian ini dijadikan sebagai bahan bacaan dan sumber bagi mahasiswa tentang gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke menggunakan teknik *range of motion*

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Mobilisasi dan Imobilisasi

1. Pengertian Mobilisasi

Mobilisasi adalah kemampuan individu untuk bergerak dengan bebas, mudah dan teratur untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna menjaga kesehatannya (Haswita, 2017).

Mobilisasi merupakan kemampuan seseorang bergerak bebas, mudah dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Setiap orang butuh untuk bergerak. Kehilangan kemampuan untuk bergerak menyebabkan ketergantungan dan ini membutuhkan tindakan keperawatan. Mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan kemampuan diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses terutama penyakit degenerative untuk harga diri dan citra tubuh (Ambarwati, 2014).

2. Jenis Mobilisasi

- a. Mobilisasi penuh, merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi social dan menjalankan peran sehari-hari. Mobilitas penuh ini merupakan fungsi saraf motoric volunter dan sensorik untuk dapat mengontrol seluruh area tubuh seseorang.
- b. Mobilitas sebagian, merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan jelas dan tidak mampu bergerak secara bebas karena dipengaruhi oleh gangguan saraf motoric dan sensorik pada area tubuhnya.

Mobilitas sebagian ini dibagi menjadi dua jenis, yaitu:

- 1) Mobilitas sebagian temporer, merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya sementara
- 2) Mobilitas permanen, merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya menetap. Hal tersebut disebabkan oleh rusaknya sistem saraf reversible, contoh: terjadinya hemiplegia karena stroe, paraplegi karena cedera tulang

- 3) belakang, polimilitis karena terganggunya sistem saraf motoric dan sensorik (Haswita, 2017).

3. Faktor yang Mempengaruhi Mobilisasi

a. Gaya Hidup

Berubahnya gaya hidup dapat mempengaruhi kemampuan mobilitas seseorang karena gaya hidup yang berdampak pada perilaku atau kebiasaan sehari-hari serta gaya hidup juga sangat dipengaruhi oleh latar belakang budaya, nilai-nilai yang di anut serta lingkungan tempat tinggal.

b. Ketidakmampuan

Kelemahan fisik dan mental akan menghalangi seseorang untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari. Ketidakmampuan ada dua macam, yaitu:

- 1) Ketidakmampuan primer, disebabkan oleh penyakit atau trauma
- 2) Ketidakmampuan sekunder, terjadi akibat dampak dari ketidakmampuan primer (misalnya kelemahan otot dan tirah baring).

c. Tingkat Energi

Energi adalah sumber untuk melakukan mobilitas, agar seseorang dapat melakukan aktifitas. Energy dibutuhkan untuk banyak hal salah satunya mobilisasi. Pada hal ini, cadangan energy yang dimiliki masing-masing individu bervariasi. Di samping itu, ada kecenderungan seseorang untuk menghindari stressor guna mempertahankan kesehatan fisik dan psikologis.

d. Usia

Terdapat perbedaan kemampuan mobilitas pada tingkat usia yang berbeda. Hal ini berpengaruh terhadap kemampuan seseorang dalam melakukan mobilitas, kemampuan untuk melakukan aktivitas dan mobilisasi menurun sejalan dengan penuaan yang terjadi secara alamiah. Orang-orang dengan lanjut usia rentan terkena stroke, dikarenakan pembuluh darah lebih kaku karena banyak penimbunan

plak yang berlebih akan mengakibatkan berkurangnya aliran darah ke tubuh termasuk ke otak (Ambarwati, 2014).

4. Masalah-masalah pada Kesejajaran Tubuh dan Mobilisasi

a. Kelainan Postur

Kelainan postur yang didapat atau kongenital mempengaruhi efisiensi sistem musculoskeletal. Misalnya tortikolis, scoliosis, lordosis, kifosis, kifolordosis, footdrop, dan pigeontoes.

b. Gangguan perkembangan otot

Distrofi muscular adalah sekumpulan gangguan yang menyebabkan degenerasi serat otot skelet. Contoh distrofi otot dan sistrofi otot duchenne.

c. Kerusakan sistem saraf pusat

Kerusakan komponen sistem saraf pusat yang mengatur pergerakan volunteer mengakibatkan gangguan kesejajaran tubuh dan mobilisasi. Jalur motoric pada serebrum dapat dirusak oleh trauma karena cedera kepala, iskemia karena cedera serebrovaskular (stroke) atau infeksi karena meningitis. Gangguan motoric langsung berhubungan dengan jumlah kerusakan pada jalur motorik. Misalnya, seseorang yang mengalami hemoragic serebral kanan disertai nekrosis total, mengakibatkan kerusakan jalur motoric kanan dan hemiplegia pada tubuh bagian kiri.

d. Trauma langsung pada sistem musculoskeletal

Trauma langsung pada sistem musculoskeletal menyebabkan memar, kontusio, salah urat dan fraktur (Haswita, 2017).

5. Pengertian Imobilisasi

Imobilisasi merupakan ketidakmampuan untuk bergerak bebas yang disebabkan oleh kondisi pasien dimana gerakannya terganggu atau dibatasi secara terapeutik. Berkaitan dengan dunia keperawatan kondisi imobilisasi adalah keadaan dimana klien berbaring lama di tempat tidur. Hal ini diakibatkan antara lain karena penyakit, trauma atau kecacatan (Sutanto, 2017).

Imobilitas adalah suatu kondisi yang relative, dimana individu tidak kehilangan kemampuan geraknya secara total tetapi juga mengalami penurunan aktivitas dari kebiasaan normalnya (Ambarwati, 2014).

6. Jenis Imobilisasi

- a. Imobilisasi fisik, merupakan pembatasan untuk bergerak secara fisik dengan tujuan mencegah terjadinya gangguan komplikasi pergerakan.
- b. Imobilisasi intelektual, merupakan keadaan ketika seseorang mengalami keterbatasan daya pikir atau kurangnya pengetahuan untuk dapat berfungsi sebagaimana mestinya, misalnya pada kerusakan otak.
- c. Imobilisasi emosional, merupakan keadaan ketika seseorang mengalami pembatasan secara emosional karena adanya perubahan secara tiba-tiba dalam menyesuaikan diri.
- d. Imobilisasi social, merupakan keadaan individu yang mengalami hambatan dalam melakukan interaksi social karena keadaan penyakitnya sehingga dapat mempengaruhi perannya dalam kehidupan social (Haswita, 2017).

7. Dampak Imobilisasi

- a. Dampak imobilisasi terhadap fisik

- 1) Sistem Integumen

Imobilisasi yang lama dapat menyebabkan kerusakan integritas kulit seperti abrasi dan decubitus. Hal ini terjadi akibat gesekan, tekanan, jaringan bergeser satu dengan yang lain dan penurunan sirkulasi darah pada jaringan yang tertekan. Kondisi ini dapat diperburuk lagi jika klien memiliki infeksi, trauma, kegemukan, berkeringat dan nutrisi yang buruk.

Sirkulasi darah yang lambat akibat imobilisasi dapat mengakibatkan kebutuhan oksigen dan nutrisi pada area yang tertekan menurun, sehingga laju metabolisme jaringan menurun. Bila berlangsung terus-menerus akan mengakibatkan terjadinya atrofi otot dan perubahan turgor kulit.

2) Sistem Kardiovaskuler

- a) Penurunan kardiak reverse
- b) Peningkatan beban kerja jantung

Pada kondisi bedrest yang lama, jantung bekerja lebih keras dan kurang efisien disertai dengan curah kardiak yang turun, selanjutnya akan menurunkan efisiensi jantung dan meningkatkan beban kerja jantung. Hipotensi ortostatik turunnya tekanan darah 15 mmHg atau lebih, ketika bangkit dari tidur atau pada saat duduk untuk berdiri. Pada kondisi bedrest terjadi penumpukan darah pada ekstremitas bawah yang disebabkan arteriola dan venula tungkai tidak berkonstriksi secara adekuat dalam memperbaiki efek dari gravitasi pada darah dari jantung kiri. Sirkulasi volume darah dan venous return menurun serta stroke volume menjadi terlalu kecil untuk memenuhi kebutuhan aliran sirkulasi ke serebral. Akibatnya, akan merasa pusing saat bangkit dan dapat menyebabkan pingsan.

- c) Phlebotrombosis

Kejadian phlebotrombosis lebih sering terjadi pada klien yang mengalami paralisis dibandingkan yang bukan paralisis. Hal ini disebabkan adanya perubahan hemodinamik, static venous dan disertai gangguan pembekuan darah.

3) Sistem Respirasi

- a) Penurunan Kapasitas Vital

Klien yang imobilisasi dengan berbaring dalam posisi terlentang akan jarang mengkontaksikan otot interkostal, diafragma dan abdomen saat melakukan inspirasi dan ekspirasi maksimal. Secara umum penurunan kekuatan otot juga memengaruhi otot pernafasan. Selanjutnya, hal ini menyebabkan menurunnya kapasitas vital dan kapasitas fungsional pernafasan 25-30%.

b) Penurunan ventilasi volunteer maksimal

Menurunnya kapasitas vital menyebabkan ketidakmampuan untuk memelihara ventilasi maksimal dan menurunnya daya tahan pernafasan. Pada klien imobilisasi ventilasi volunteer maksimal menurun 25-30%.

c) Penurunan Ventilasi/Perfusi Setempat

Gangguan seperti yang diuraikan diatas dan sikap tubuh yang horizontal yang memengaruhi sirkulasi pulmonal akan menyebabkan adanya perbedaan rasio ventilasi dan perfusi setempat.

d) Mekanisme batuk yang menurun

4) Sistem Pencernaan

a) Anoreksia

Anoreksia juga sering terjadi sebagai manifestasi dari ansietas maupun depresi yang menimpa pada kondisi imobilisasi.

b) Kehilangan nafsu makan

Penurunan kebutuhan kalori pada klien imobilisasi mengakibatkan kehilangan nafsu makan. Perubahan endokrin yang terjadi pada klien imobilisasi juga dapat menurunkan nafsu makan.

c) Konstipasi

Konstipasi yang terjadi pada klien imobilisasi adalah kurang gerak, perubahan makanan dan minuman, meningkatnya absorpsi air serta rendahnya intake cairan dan serat.

d) Perubahan metabolisme

Imobilisasi menyebabkan perubahan pada metabolisme yaitu berupa perubahan metabolisme karbohidrat, lemak dan protein.

(1) Bedrest yang terus menerus akan menurunkan aktivitas pankreas dimana insulin yang diproduksi tidak cukup untuk menoleransi glukosa, sehingga terjadi peningkatan kadar glukosa dalam serum. Efek tersebut dapat kembali normal setelah klien melakukan aktivitas

- (2) Penurunan mobilitas mengakibatkan perubahan dalam penyimpanan lemak. Presentase lemak tubuh turun sebagai akibat menurunnya massa tubuh
- (3) Selama imobilisasi terjadi peningkatan eksresi nitrogen yang merupakan produk akhir nitrogen. Peningkatan ini berisiko terhadap terjadinya keseimbangan nitrogen yang negatif. Kondisi ini akan mengubah osmolalitas plasma dan akan menyebabkan terjadinya perpindahan cairan intervaskular keluar ke ruang interstitial pada bagian tubuh yang rendah sehingga terjadila edema.

5) Sistem Perkemihan

Imobilisasi rentan terhadap ancaman infeksi saluran kemih, karena imobilisasi menyebabkan perubahan pada eliminasi urin. Dalam kondisi normal, urine mengalir dari pelvis renal masuk ke ureter lalu ke blader yang disebabkan adanya gaya gravitasi. Namun pada posisi terlentang, ginjal dan ureter berada pada posisi yang sama sehingga urine tidak dapat melewati ureter dengan baik (urine menjadi statis). Akibatnya, urine banyak tersimpan dalam pelvis renal. Kondisi ini berpotensi tinggi untuk menyebabkan terjadinya infeksi saluran kemih.

6) Sistem Muskuloskeletal

Imobilisasi menyebabkan perubahan metabolik pada sistem muskuloskeletal sehingga terjadi hiperlaksemia dan hiperkalsiuria yang kemudian menyebabkan osteoporosis. Imobilisasi juga menyebabkan penurunan massa otot (atrofi otot) sebagai akibat dari kecepatan metabolisme yang turun dan berkurangnya aktivitas sehingga mengakibatkan berkurangnya kekuatan otot sampai akhirnya memperburuk koordinasi pergerakan.

Selain terjadi atrofi otot, imobilisasi juga dapat menyebabkan pemendekan serat otot. Kondisi ini mengakibatkan terjadinya kontraktur sendi dimana persendian menjadi kaku, tidak dapat

digerakkan pada jangkauan gerak yang penuh dan mungkin menjadi cacat yang tidak dapat disembuhkan.

7) Sistem Neurosensoris

Dampak terhadap sistem neurosensoris terjadi pada klien immobilisasi yang dipasang gips akibat fraktur.

b. Dampak Mobilisasi terhadap Psikososial

1) Depresi

Klien yang mengalami immobilisasi dapat menjadi depresi akibat perubahan dalam konsep diri dan kecemasan tentang kondisi kesehatannya, keuangan, masalah keluarga, menurunnya kemandirian dan otonomi dalam melakukan aktivitas sehari-hari (*activity daily living-ADL*).

2) Perubahan Tingkah Laku

Perubahan tingkah laku pada klien immobilisasi dapat disebabkan oleh kehilangan.

3) Perubahan siklus bangun tidur

Posisi berbaring yang tidak berubah dalam jangka waktu lama dapat menimbulkan ketidaknyamanan dalam istirahat dan tidur, sehingga pola tidur menjadi terganggu. Klien immobilisasi yang tidak dapat tidur tanpa perubahan posisi, menyebabkan pola tidur klien terganggu. Selain itu, tanpa aktivitas kurangnya rangsangan sensori dan kesendirian (kesepian) di tempat tidur menyebabkan klien tidak produktif di siang hari sehingga klien sering tidur saat tersebut, maka dampaknya di malam hari klien sulit tidur.

4) Penurunan kemampuan pemecahan masalah

Pengembangan aktivitas intelektual dapat menurun akibat imobilitas yang berlangsung lama, sehingga kemampuan untuk memecahkan masalah juga menurun. Penurunan kemampuan tersebut diakibatkan oleh kurangnya stimulus intelektual dan stress terhadap penyakit yang dialaminya dan kondisi tubuhnya yang tidak berdaya. (Sutanto. 2017).

Tabel 2.1
Tingkatan Kemampuan Aktivitas

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

Sumber: (Hidayat, 2014)

B. Konsep pemenuhan mobilisasi pada pasien Stroke

1. Pengertian Stroke

Stroke merupakan pecahnya pembuluh darah otak yang menyebabkan terjadinya penurunan kesadaran ataupun gangguan neurologi lainnya, yang terjadi tiba-tiba dan berlangsung hingga lebih dari 24 jam dan dapat menyebabkan kematian (Anurogo, 2014)

Menurut (Arum, 2015) stroke adalah gangguan fungsi otak karena penyumbatan, penyempitan atau pecahnya pembuluh darah menuju ke otak yang menyebabkan pasokan darah dan oksigen menuju ke otak menjadi berkurang.

2. Etiologi

a. Pecahnya pembuluh darah

Akibat pecahnya pembuluh darah, maka darah akan keluar mengisi ruang tengkorak kepala. Tulang tengkorak merupakan suatu rongga yang memiliki dinding yang kuat dan volume yang tetap. Karena itu, jika ada darah keluar maka terjadi peningkatan tekanan di dalam otak.

Efek ini akan menekan fungsi otak yang terkena sehingga pada akhirnya terjadi penurunan kesadaran secara tiba-tiba. Apabila darah dapat dievakuasi dengan segera maka tekanan di dalam rongga kepala akan kembali normal dan diharapkan kesadaran dapat segera pulih. Keadaan seperti ini disebabkan karena tekanan darah yang mengalami peningkatan cukup tinggi. Secara fisiologis tubuh mempunyai mekanisme untuk menurunkan tekanan darah jika terjadi peningkatan kenaikan tekanan darah. Akan tetapi dalam keadaan abnormal mekanisme ini tidak dapat berjalan dengan baik sehingga menyebabkan pembuluh darah pada otak pecah.

b. Penyumbatan pembuluh darah pada otak

Penyumbatan pembuluh darah pada otak mengakibatkan darah yang membawa nutrisi tidak dapat sampai ke jaringan otak yang membutuhkan sehingga terjadi penurunan kesadaran. Pada keadaan ini penurunan kesadaran akan terjadi sedikit demi sedikit tidak sendramatis gangguan yang pertama yaitu pecahnya pembuluh darah di otak.

c. Kelas social

Dilihat dari segi ekonomi sudah sangat jelas bahwa golongan profesional telah memiliki pendapatan lebih dari cukup mereka pun menerapkan pola hidup sehat dan teratur. Andai terserang penyakit misalnya stroke, mereka akan berusaha mendapatkan pengobatan yang terbaik. Tetapi akan sangat berbeda dengan pekerja kasar. Dilihat dari segi ekonomi seringkali kurang dalam pendapatan sehingga pola hidup

sehat dan teratur tidak dapat diterapkan. Sebaliknya jika sakit tidak akan bisa mengusahakan pengobatan yang terbaik.

d. Anomali pembuluh darah

Ketidaknormalan pembuluh darah yang menyuplai otak seperti aneurisma (pelebaran dinding pembuluh darah) dan malformasi arteriovenosa (kelainan pembentukan pembuluh darah arteri dan vena) adalah suatu keadaan yang sudah dimiliki seorang anak sejak lahir. Seseorang yang memiliki ketidaknormalan pada pembuluh darah seperti ini dapat hidup bertahun-tahun tanpa mengalami permasalahan apapun. Namun, suatu waktu pembuluh darah tersebut pecah dan menumpahkan isinya (darah) ke jaringan otak dan mengakibatkan stroke.

3. Faktor Risiko

a. Faktor Risiko Medis

- 1) Arteriosclerosis atau pengerasan pembuluh darah
- 2) Adanya riwayat stroke dalam keluarga (factor keturunan)
- 3) Migraine atau sakit kepala sebelah

b. Faktor Risiko Perilaku

- 1) Kebiasaan merokok
- 2) Mengonsumsi minuman bersoda dan beralkohol
- 3) Suka menyantap makanan cepat saji (fast food dan junk food)
- 4) Kurangnya aktivitas gerak atau olahraga
- 5) Suasana hati yang tidak nyaman seperti sering marah tanpa alasan yang jelas

c. Factor risiko yang dapat dimodifikasi

1) Hipertensi

Tekanan darah tinggi merupakan peluang terbesar terjadinya stroke. Hipertensi atau tekanan darah tinggi mengakibatkan adanya gangguan aliran darah yang mana diameter pembuluh darah akan mengecil sehingga darah yang mengalir ke otak pun akan berkurang. Dengan pengurangan aliran darah ke otak maka otak

akan kekurangan suplai oksigen dan glukosa, lama-kelamaan jaringan otak akan mati.

2) Penyakit jantung

Penyakit jantung seperti jantung koroner dan infark miokard (kematian otot jantung) menjadi faktor terbesar terjadinya stroke. Jantung merupakan pusat aliran darah di tubuh. Jika pusat pengaturan darah mengalami kerusakan maka aliran darah tubuh pun menjadi terganggu termasuk aliran darah menuju otak. Gangguan aliran darah itu dapat mematikan jaringan otak secara mendadak ataupun bertahap.

3) Diabetes Melitus

DM atau kencing manis mempunyai risiko mengalami stroke. Pembuluh darah pada penderita diabetes melitus umumnya lebih kaku atau tidak lentur. Hal ini terjadi karena adanya peningkatan atau penurunan kadar glukosa darah secara tiba-tiba sehingga dapat menyebabkan kematian otak.

4) Hiperkolesterolemia

Hiperkolesterolemia adalah kondisi dimana kadar kolesterol dalam darah berlebih. LDL yang berlebih akan mengakibatkan terbentuknya plak pada pembuluh darah. Kondisi seperti ini lama kelamaan akan mengganggu aliran darah termasuk aliran darah ke otak.

5) Obesitas

Obesitas merupakan salah satu faktor terjadinya stroke. Hal itu terkait dengan tingginya kadar lemak dan kolesterol dalam darah. Pada orang dengan obesitas biasanya kadar LDL (low-density lipoprotein) lebih tinggi di banding kadar HDL (high-density lipoprotein).

6) Merokok

Dari berbagai penelitian diketahui bahwa orang yang merokok mempunyai kadar fibrinogen darah yang lebih tinggi dibanding orang yang tidak merokok, peningkatan kadar fibrinogen

mempermudah terjadinya penebalan pembuluh darah sehingga pembuluh darah menjadi sempit dan kaku. Karena pembuluh darah menjadi sempit dan kaku maka dapat menyebabkan gangguan aliran darah.

d. Faktor Risiko yang Tidak Dapat dimodifikasi

1) Usia

Semakin bertambahnya usia semakin besar pula risiko terjadinya stroke. Hal ini terkait dengan proses degenarasi (penuaan) yang terjadi secara alamiah. Pada orang lanjut usia, pembuluh darah lebih kaku karena banyak penimbunan plak. Penimbunan plak yang berlebih akan mengakibatkan berkurangnya aliran darah ke tubuh termasuk otak.

2) Jenis Kelamin

Dibanding dengan perempuan, laki-laki cenderung berisiko lebih besar mengalami stroke. Ini terkait laki-laki cenderung merokok. Bahaya terbesar dari rokok adalah merusak lapisan pembuluh darah pada tubuh.

3) Riwayat Keluarga

Jika salah satu dari keluarga pernah menderita stroke maka, kemungkinan dari keturunan keluarga tersebut dapat mengalami stroke. Orang dengan riwayat stroke pada keluarga memiliki risiko lebih besar untuk terkena stroke dibanding orang yang tanpa riwayat stroke pada keluarganya.

4) Perbedaan Ras

Fakta terbaru menunjukkan bahwa risiko stroke pada orang Afrika-Karibia sekitar dua kali lebih tinggi dari pada orang non-Karibia. Hal ini dimungkinkan karena tekanan darah tinggi dan diabetes lebih sering terjadi pada orang Afrika-Karibia daripada orang non- Karibia. Hal ini dipengaruhi juga oleh faktor genetik dan faktor lingkungan.

4. Tanda dan Gejala

- a. Merasakan lemah dan mati rasa atau bebal pada bagian wajah, tangan atau kaki terutama salah satu bagian tubuh.
- b. Tiba-tiba merasakan kebingungan secara mendadak, gangguan berbicara atau sulit berbicara, gangguan pemahaman atau sulit mengerti.
- c. Mengalami masalah melihat suatu benda dengan kedua mata. Penglihatan tiba-tiba kabur seperti ada tirai yang menutupi kedua mata.
- d. Mengalami masalah saat berjalan, terasa pusing dan kehilangan keseimbangan serta koordinasi
- e. Mengalami sakit kepala yang sangat berat tanpa diketahui penyebab yang jelas
- f. Perut mengalami rasa mual, panas dan muntah-muntah terlalu sering
- g. Pingsan mendadak, tiba-tiba mengalami kehilangan kesadaran
- h. Kejang

Menurut Data Tanda dan Gejala Klinis dari Gejala Stroke adalah,

- a. Gangguan motorik sebesar 90,5%
- b. Nyeri kepala 39,8%
- c. Disartria 35,2%
- d. Gangguan sensorik 22,3%
- e. Muntah 22,3%
- f. Disfasia 15,6%
- g. Vertigo 9,5%
- h. Tidak sadar 9,5%
- i. Kejang 9%
- j. Gangguan visual 3,8%

5. Patofisiologi Gangguan Mobilisasi pada Pasien Stroke

Secara umum sistem saraf mengendalikan aktivitas tubuh yang cepat seperti kontraksi otot. Hampir semua fungsi pengendalian tubuh manusia dilakukan oleh sistem saraf. Susunan saraf terdiri dari susunan saraf sentral

da saraf perifer. Saraf sentral terdiri dari otak (otak besar, otak kecil dan batang otak) dan medula spinalis. Susunan saraf perifer terdiri dari saraf pusat somatik dan otonom (saraf simpatis dan parasimpatis) (Syaifuddin, 2011).

Otak adalah suatu alat tubuh yang sangat penting karena merupakan pusat komputer dari semua alat tubuh. Salah satu bagian dari otak adalah lobus serebelum, yang merupakan suatu mekanisme umpan balik yang bertujuan untuk mengendalikan pergerakan-pergerakan selagi pergerakan secara berlangsung. Fungsi utama serebelum adalah mengendalikan tonus otot di luar kesadaran, merupakan suatu mekanisme saraf yang berpengaruh dalam pengaturan dan pengendalian terhadap perubahan ketegangan otot, untuk mempertahankan keseimbangan dan sikap tubuh, terjadinya kontraksi dengan lancar dan teratur pada pergerakan di bawah pengendalian kemauan dan mempunyai aspek keterampilan (Syaifuddin, 2011).

Otak sangat bergantung pada oksigen, bila terjadi anoksia, metabolisme di otak mengalami perubahan, kematian sel dan kerusakan permanen dapat terjadi dalam 3 sampai 10 menit. Tiap kondisi otak menyebabkan perubahan perfusi otak akan menimbulkan hipoksia atau anoksia. Hipoksia menyebabkan iskemik otak, iskemik otak dalam waktu lama menyebabkan sel permanen dan menyebabkan infark otak yang disertai dengan edema otak karena pada daerah yang dialiri darah terjadi penurunan perfusi dan oksigen serta peningkatan karbondioksida dan asam laktat (Ariani, 2012). Disfungsi neurologis pada pasien stroke dapat berupa hilang kesadaran dan hilangnya seluruh fungsi sensorik dan motorik, atau hanya ada defisit lokal. Defisit paling umum adalah kelemahan kontralateral wajah, tangan, lengan dan tungkai, disfasia sementara dan beberapa gangguan sensorik (Widagdo et al., 2013).

Stroke Iskemik terjadi akibat suplai darah ke jaringan otak berkurang, hal ini disebabkan karena obstruksi total atau sebagian pembuluh darah otak. Hampir 85% pasien stroke iskemik. Mekanisme terjadinya iskemik secara umum dibagi menjadi lima kategori yaitu :

trombosis, emboli, perfusi sistemik, penyempitan lumen arteri dan venous congestion.

6. Penatalaksanaan pada pasien stroke

Latihan Range Of Motion adalah tindakan atau latihan otot atau persendian yang diberikan yang mobilitas sendinya terbatas. Hal-hal yang harus diperhatikan sebelum melakukan ROM pada pasien stroke antara lain :

1. Perhatikan keadaan umum pasien, apakah merasa kelelahan, pusing.
2. Pastikan pakaian dalam keadaan longgar
3. Jangan lakukan pada penderita patah tulang
4. Jangan lakukan latihan fisik segera setelah penderita makan
5. Gunakan gerakan badan yang benar untuk menghindari ketegangan/luka pada penderita
6. Gunakan kekuatan dengan pegangan yang nyaman ketika melakukan latihan
7. Gerakan bagian tubuh dengan lancar, pelan dan berirama
8. Hindari gerakan yang terlalu sulit
9. Jika kejang pada saat latihan, hentikan
10. Jika terjadi kekakuan tekan pada daerah yang kaku, teruskan latihan dengan perlahan.

Menurut (Hidayat, 2014) tindakan keperawatan yang dapat dilakukan adalah pengaturan posisi tubuh sesuai kebutuhan pasien dan melakukan latihan ROM pasif dan aktif.

a. Latihan ROM Pasif dan Aktif

Pasien yang mobilitas sendinya terbatas karena penyakit, disabilitas atau trauma memerlukan latihan sendi untuk mengurangi bahaya imobilitas. ROM dibedakan menjadi dua jenis, yaitu:

1) ROM Aktif

ROM Aktif yaitu gerakan yang dilakukan oleh seseorang (pasien) dengan menggunakan energi sendiri. Perawat memberikan

motivasi, dan membimbing klien dalam melaksanakan pergerakan sendiri secara mandiri sesuai dengan rentang gerak sendi normal (klien aktif). Keuatan otot 75 %. Hal ini untuk melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan cara menggunakan otot-ototnya secara aktif. Sendi yang digerakkan pada ROM aktif adalah sendi di seluruh tubuh dari kepala sampai ujung jari kaki oleh klien sendiri secara aktif.

2) ROM Pasif

ROM Pasif yaitu energi yang dikeluarkan untuk latihan berasal dari orang lain (perawat) atau alat mekanik. Perawat melakukan gerakan persendian klien sesuai dengan rentang gerak yang normal (klien pasif). Keuatan otot 50 %. Indikasi latihan pasif adalah pasien semikoma dan tidak sadar, pasien dengan keterbatasan mobilisasi tidak mampu melakukan beberapa atau semua latihan rentang gerak dengan mandiri, pasien tirah baring total atau pasien dengan paralisis ekstermitas total. Rentang gerak pasif ini berguna untuk menjaga kelenturan otot-otot dan persendian dengan menggerakkan otot orang lain secara pasif misalnya perawat mengangkat dan menggerakkan kaki pasien. Sendi yang digerakkan pada ROM pasif adalah seluruh persendian tubuh atau hanya pada ekstremitas yang terganggu dan klien tidak mampu melaksanakannya secara mandiri.

Latihan berikut dilakukan untuk memelihara dan mempertahankan kekuatan otot serta memelihara mobilitas persendian:

1) Fleksi dan Ekstensi Pergelangan Tangan

Caranya adalah sebagai berikut:

- a) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- b) Atur posisi lengan pasien dengan menjauhi sisi tubuh dan siku menekuk dengan lengan
- c) Pegang tangan pasien dengan satu tangan dan tangan yang lain memegang pergelangan tangan pasien

- d) Tekuk tangan pasien ke depan sejauh mungkin
- e) Catat perubahan yang terjadi



Gambar 2.7

Latihan Fleksi Dan Ekstensi Pergelangan Tangan (Sumber : (Hidayat, 2014)

2) Fleksi dan Ekstensi Siku

Caranya adalah sebagai berikut:

- a) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- b) Atur posisi lengan pasien dengan menjauhi sisi tubuh dengan telapak mengarah ke tubuhnya
- c) Letakkan tangan di atas siku pasien dan pegang tangannya dengan tangan lainnya
- d) Tekuk siku pasien sehingga tangannya mendekat bahu
- e) Lakukan dan kembalikan ke posisi sebelumnya
- f) Catat perubahan yang terjadi



Gambar 2.8

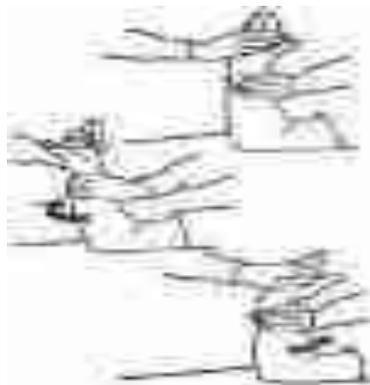
Latihan Fleksi dan Ekstensi Siku (Sumber : (Hidayat, 2014)

3) Pronasi dan Supinasi Lengan Bawah

Caranya adalah sebagai berikut:

- a) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan

- b) Atur posisi lengan bawah menjauhi tubuh pasien dengan siku menekuk
- c) Letakkan satu tangan perawat pada pergelangan pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya
- d) Putar lengan bawah pasien sehingga telapaknya menjauhinya
- e) Kembalikan ke posisi semula
- f) Putar lengan bawah pasien sehingga telapak tangannya menghadap ke arahnya
- g) Kembalikan ke posisi semula
- h) Catat perubahan yang terjadi



Gambar 2.9

*Latihan Pronasi dan Supinasi Lengan Bawah (Sumber :
(Hidayat, 2014)*

4) Pronasi Fleksi Bahu

Caranya adalah sebagai berikut:

- a) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- b) Atur posisi tangan pasien di sisi tubuhnya
- c) Letakkan satu tangan perawat diatas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya
- d) Angkat lengan pasien pada posisi semula
- e) Catat perubahan yang terjadi



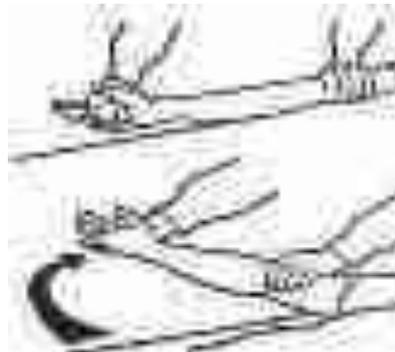
Gambar 2.10

Latihan Pronasi Fleksi Bahu (Sumber : (Hidayat, 2014)

5) Abduksi dan Adduksi

Caranya adalah sebagai berikut:

- a) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- b) Atur posisi lengan pasien di samping badannya
- c) Letakkan satu tangan perawat di atas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya
- d) Gerakan lengan pasien menjauh dari tubuhnya ke arah perawat
- e) Kembalikan ke posisi semula
- f) Catat perubahan yang terjadi



Gambar 2.11

Latihan Abduksi dan Adduksi (Sumber: (Hidayat, 2014)

6) Rotasi Bahu

Caranya adalah sebagai berikut:

- a) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- b) Atur posisi lengan pasien menjauhi tubuh dengan siku menekuk
- c) Letakkan satu tangan perawat dilengan atas pasien dekat siku dan pegang tangan pasien dengan tangan yang lain
- d) Gerakkan lengan bawah ke bawah sampai menyentuh tempat tidur, telapak tangan menghadap ke bawah
- e) Kembalikan lengan ke posisi semula
- f) Gerakkan lengan bawah ke belakang sampai menyentuh tempat tidur, telapak tangan menghadap ke atas
- g) Kembalikan lengan ke posisi semula
- h) Catat perubahan yang terjadi



Gambar 2.12

Latihan Rotasi Bahu (Sumber : (Hidayat, 2014)

7) Fleksi dan Ekstensi Jari-jari

Caranya sebagai berikut:

- a) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- b) Pegang jari-jari kaki pasien dengan satu tangan sementara tangan lain memegang kaki
- c) Bengkokkan (tekuk) jari-jari kaki ke bawah
- d) Luruskan jari-jari kemudian forong ke belakang
- e) Kembalikan ke posisi semula
- f) Catat perubahan yang terjadi



Gambar 2.13

Latihan Fleksi Dan Ekstensi Jari-Jari (Sumber : (Hidayat, 2014)

8) Inversi dan Eversi Kaki

Caranya adalah sebagai berikut:

- a) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- b) Pegang separuh bagian atas kaki pasien dengan satu jari dan pegang pergelangan kaki dengan tangan satunya
- c) Putar kaki ke dalam sehingga telapak kaki menghadap ke kaki lainnya
- d) Kembalikan ke posisi semula
- e) Putar kaki keluar sehingga bagian telapak kaki menjauhi kaki yang lain
- f) Kembalikan ke posisi semula
- g) Catat perubahan yang terjadi



Gambar 2.14

Latihan Inversi Dan Eversi Kaki (Sumber : (Hidayat, 2014)

9) Fleksi dan Ekstensi Pergelangan Kaki

Caranya adalah sebagai berikut :

- a) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- b) Letakkan satu tangan pada telapak kaki pasien dan satu tangan yang lain diatas pergelangan kaki. Jaga kaki lurus dan rileks
- c) Tekuk pergelangan kaki, arahkan jari-jari kaki ke arah dada pasien
- d) Kembalikan ke posisi semula
- e) Tekuk pergelangan kaki menjauhi dada pasien
- f) Catat perubahan yang terjadi



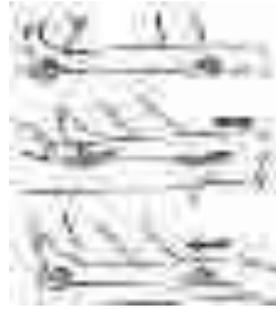
Gambar 2.15

Latihan Fleksi Dan Ekstensi Pergelangan Kaki (Sumber : (Hidayat, 2014)

10) Fleksi dan Ekstensi Lutut

Caranya adalah sebagai berikut :

- a) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- b) Letakkan satu tangan dibawah lutut pasien dan pegang tumit pasien dengan tangan yang lain
- c) Angkat kaki, tekuk pada lutut dan paha
- d) Lanjutkan menekuk lutut ke arah dada sejauh mungkin
- e) Kebawahkan kaki dan luruskan lutut dengan mengangkat kaki ke atas
- f) Kembali ke posisi semula
- g) Catat perubahan yang terjadi



Gambar 2.16

Latihan Fleksi Dan Ekstensi Lutut (Sumber : (Hidayat, 2014)

11) Rotasi Pangkal Paha

Caranya adalah sebagai berikut :

- a) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- b) Letakkan satu tangan perawat pada pergelangan kaki dan satu tangan yang lain diatas lutut
- c) Putar kaki menjauhi perawat
- d) Putar kaki ke arah perawat
- e) Kembalikan ke posisi semula
- f) Catat perubahan yang terjadi



Gambar 2.17

Latihan Rotasi Pangkal Paha (Sumber : (Hidayat, 2014)

12) Abduksi dan Adduksi Pangkal Paha

Caranya adalah sebagai berikut :

- a) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- b) Letakkan satu tangan perawat dibawah lutut pasien dan satu tangan pada satu tumit

- c) Jaga posisi kaki pasien lurus, angkat kaki kurang lebih 8 cm dari tempat tidur , gerakkan kaki menjauhi badan pasien
- d) Gerakkan kaki mendekati pasien badan pasien
- e) Kembalikan ke posisi semula
- f) Catat perubahan yang terjadi



Gambar 2.18

Latihan Abduksi dan Adduksi Pangkal Paha (Sumber : (Hidayat, 2014)

7. Hubungan Stroke dengan Hambatan Mobilitas Fisik

Stroke Iskemik adalah penyakit yang dimulai dengan serangkaian perubahan di otak yang terpengaruh dan, jika tidak diobati, segera membunuh batang otak. Stroke iskemik terjadi ketika suplai darah ke otak terputus atau tersumbat. Meskipun berat otak hanya sekitar 20% dari total curah jantung. Kurangnya suplai darah menyebabkan disfungsi bagian otak atau kerusakan bahkan kematian (nekrosis) sel-sel saraf yang biasa disebut dengan stroke (Junaidi, 2011).

Stroke nonhemoragic disebabkan oleh trombosis karena plak aterosklerotik yang mengosongkan otak, atau ketika embolus pembuluh darah di luar otak bersarang di arteri otak dan secara bertahap meningkatkan ukuran plak sehingga membentuk gumpalan. Bekuan darah dan emboli dilepaskan dan dibawa terperangkap di pembuluh darah distal, mengurangi aliran darah ke otak, membuat sel-sel otak kekurangan nutrisi dan oksigen dan glukosa, menyebabkan asidosis, dan asidosis. Hal ini menyebabkan natrium, klorida, dan air masuk ke sel-sel otak dan

kalium meninggalkan sel-sel otak, menyebabkan edema lokal. Kalsium kemudian masuk dan melepaskan serangkaian radikal bebas yang memecah membran sel dan berkontraksi, dan tubuh mengalami defisit neurologis dan kemudian mati.

Perfusi jaringan yang tidak efisien karena trombus dan emboli akan menyebabkan iskemia pada jaringan tempat darah tidak dialirkan. Jika ini terus berlanjut, jaringan akan mengalami serangan jantung. Dan kemudian akan mempengaruhi sistem saraf tubuh. Misalnya penurunan kontrol volunter dapat menyebabkan hemiplegia atau hemiplegia sehingga menyebabkan tubuh mengalami hambatan mobilitas karena hambatan fisik terhadap mobilitas dan klien hanya tidur di tempat tidur, dan jika tidak ada perubahan posisi, seiring waktu, klien berisiko membahayakan integritas kulit, dan juga berisiko jatuh karena pasien memiliki ketidakmampuan fisik untuk bergerak.

C. Konsep Asuhan Keperawatan Teoritis

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian pada masalah pemenuhan mobilisasi dan imobilisasi adalah sebagai berikut:

a. Identitas Klien

Data dasar ini meliputi data-data terkait dengan klien yang berisiko, nama, usia, jenis kelamin, tanggal lahir, agama, pendidikan, pekerjaan, nomor rekam medik, dan diagnosa medis klien.

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pengkajian riwayat pasien saat ini meliputi alasan pasien yang menyebabkan terjadi keluhan atau gangguan dalam mobilitas dan imobilisasi, biasanya klien mengeluh seperti adanya nyeri, kelemahan otot, kelelahan, tingkat mobilitas dan lama terjadinya gangguan mobilitas.

Riwayat Kesehatan Dahulu

Memiliki pola hidup yang kurang sehat seperti gaya hidup merokok, penggunaan alkohol, memakan makanan yang mengandung garam, makan makanan yang bersantan, berminyak dan berlemak.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Perlu dikaji adanya riwayat keluarga yang memiliki penyakit keturunan seperti adanya riwayat jantung, hipertensi dan diabetes melitus.

d. Pola Pengkajian ADL

1) Pola Nutrisi

Pasien mengalami penurunan nafsu makan menurun, status gizi dan berat badan, muntah selama fase akut/ peningkatan TIK, kehilangan sensasi (rasa kecap pada lidah, pipi dan tenggorokan), disfagia (klien biasanya juga akan merasakan kesulitan menelan).

2) Pola Aktivitas/Istirahat

Pasien tidak mampu melakukan aktivitas dan perawatan diri secara mandiri karena kelemahan anggota gerak, kekuatan otot berkurang, kehilangan sensasi, mudah lelah, susah beristirahat (nyeri, kejang otot), biasanya klien juga mengeluh ada gangguan penglihatan.

3) Pola Eliminasi

Pasien mengalami inkontinensia urin dan pola defekasi, biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus dan klien biasanya mengeluh perut tegang akibat gangguan mobilisasi.

e. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas tingkat kesadaran samnolen, apatis, stupor hingga koma. Sedangkan pada pasien pasca stroke biasanya akan memiliki tingkat kesadaran apatis sampai kompos mentis dengan GCS 13-15.

2) Tanda-tanda Vital

pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas memiliki tekanan darah tinggi dengan tekanan sistolik > 140 mmHg dan diastolik > 80 mmHg, nadi biasanya normal, pernafasan biasanya pasien stroke akan mengalami gangguan pada bersihan jalan nafas serta suhu biasanya tidak ada masalah suhu pada pasien dengan stroke hemoragic.

3) Kepala

Pada umumnya bentuk kepala pada pasien stroke tidak ada kelainan.

4) Rambut

Pada umumnya tidak ada kelainan pada rambut pasien

5) Muka

Pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas wajah klien stroke terlihat miring kesalah satu sisi, wajah tampak pucat, pada pemeriksaan Nervus V (Trigeminus): biasanya pasien bisa menyebutkan lokasi usapan dan pada pasien koma, ketika diusapkan kornea mata dengan kapas halus, klien akan menutup kelopak mata. Sedangkan pada Nervus VII (Facialis): biasanya alis mata simetris, dapat mengangkat alis, menyeringitkan dahi, menyeringitkan hidung, menggembungkan pipi, saat pasien menggembungkan pipi tidak simetris kiri dan kanan tergantung lokasi lemah.

6) Mata

Pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas ditemukan konjungtiva anemis/tidak anemis. Pada pemeriksaan Nervus II (Optikus): biasanya luas pandang baik 90°, visus 6/6. Pada Nervus III (Okulomotoris): pupil kadang isokor dan anisokor, palperbra dan reflek kedip dapat dinilai jika pasien bisa membuka mata. Nervus IV (Troclearis) : biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat atas dan bawah. Nervus VI (Abducentis):

biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke kiri dan ke kanan.

7) Hidung

Pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas hidung ditemukan simetris kiri dan kanan atau miring kesalah satu sisi, klien terpasang oksigen. Pada pemeriksaan Nervus I (Olfaktorius): kadang ada yang bisa menyebutkan bau yang diberikan perawat, namun ada juga yang tidak dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda dan pada Nervus VIII (Akustikus): biasanya pada pasien yang tidak lemah anggota gerak atas, dapat melakukan keseimbangan gerak tangan-hidung.

8) Mulut dan Gigi

Pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas ditemukan pada pasien apatis, stupor, hingga koma akan mengalami bau mulut, gigi kotor, mukosa bibir kering. Pada Nervus IX (Glossofaringeal): biasanya mencong kearah bagian tubuh yang lemah dan pasien dapat merasakan rasa asam dan pahit. Pada Nervus XII (Hipoglosus): biasanya pasien dapat menunjulurkan lidahnya namun artikulasi kurang jelas saat berbicara.

9) Telinga

Pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas biasanya sejajar daun telinga kiri dan kanan. Pada pemeriksaan Nervus VIII (Akustikus): biasanya pasien kurang bisa mendengarkan gesekan jari dari perawat tergantung dimana lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengar jika suara keras dan dengan artikulasi yang jelas.

10) Leher

Pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas pada pemeriksaan Nervus X (Vagus): biasanya pasien stroke

hemoragic mengalami gangguan menelan. Pada pemeriksaan kaku kuduk biasanya (+) dan brudzensky (+).

11) Thoraks

a) Paru-paru

Inspeksi : Biasanya simetris kiri dan kanan

Palpasi : Biasanya fremitus kiri dan kanan

Perkusi : Biasanya sonor

Auskultasi : Suara napas bisa normal atau tidak normal

b) Jantung

Inspeksi : Biasanya iktus tidak terlihat

Palpasi : Biasanya iktus teraba di Ric 4

Perkusi : Biasanya batas jantung normal

Auskultasi : biasanya suara vesikuler

12) Abdomen

Inspeksi : Biasanya simetris, tidak ada asites

Palpasi : Biasanya tidak pembesaran hepar

Perkusi : Biasanya thympani

Auskultasi : Biasanya bising usus hiperaktif

Pada pemeriksaan reflek dinding perut, pada saat perut pasien digores biasanya pasien tidak merasakan apa-apa.

13) Integumen

a) Kulit : Biasanya pada klien kekurangan O₂ kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan jelek

b) Kuku : Biasanya pada pasien stroke hemoragic capillary refill time-nya 3 detik bila ditangani secara cepat dan baik

14) Genitalia

Biasanya klien dapat mengalami inkontinensia urinarius sementara karena konfusi dan ketidakmampuan mengungkapkan kebutuhan dan ketidakmampuan untuk menggunakan urinal karena kerusakan control motorik dan postural.

15) Ekstermitas

- a) Atas : biasanya pada klien terpasang infus bagian dextra/sinistra. CRT biasanya normal yaitu < 2 detik. Pada pemeriksaan Nervus XI (Aksesoris): biasanya pasien stroke hemoragic tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan perawat. Pada pemeriksaan reflek, biasanya saat siku diketuk tidak ada respon apa-apa dari siku, tidak fleksi maupun ekstensi (reflek bisep(-)) dan pada pemeriksaan trisep respon tidak ada fleksi dan supinasi (reflek trisep(-)). Sedangkan pada pemeriksaan reflek hoffman tromer biasanya jari tidak mengembang ketika diberi reflek (reflek hoffman tromer (+)).
- b) Bawah : pada pemeriksaan reflek, biasanya saat pemeriksaan brudzensky I kaki kiri pasien Fleksi (brudzensky (+)). Pada saat telapak kaki digores biasanya jari tidak mengembang (reflek babinsky (+)). Pada saat dorsum pedis digores biasanya jari kaki juga tidak berespon (reflek ceddok (+)). Pada saat tulang kering digurut dari atas ke bawah biasanya tidak ada respon fleksi dan ekstensi (reflek openheim(+)) dan pada saat betis diremas dengan kuat biasanya pasien tidak merasakan apa-apa (reflek gordon(+)). Pada saat dilakukan reflek patela biasanya femur tidak bereaksi saat dilakukan (reflek patela(+)).

Tabel 2.2
Nilai Kekuatan Otot

Respon	Nilai
Tidak dapat sedikitpun kontraksi otot, lumpuh total	0
Terdapat sedikit kontraksi otot, namun tidak didapatkan gerakan pada persendian yang harus digerakkan oleh otot tersebut	1
Didapatkan gerakkan, tapi gerakkan tidak mampu melawan gaya berat (gravitasi)	2
Dapat melakukan gerakan melawan gaya berat	3
Disamping dapat melawan gaya berat ia dapat pula mengatasi sedikit tahanan yang diberikan	4

Tidak ada kelumpuhan	5
----------------------	---

Sumber : (Hidayat, 2014)

16) Perubahan Psikologis

Pengkajian perubahan psikologis yang disebabkan oleh adanya gangguan mobilitas dan imobilitas, antara lain perubahan perilaku, peningkatan emosi, perubahan dalam mekanisme coping dan lain- lain (Hidayat, 2014).

f. Pemeriksaan Diagnostik dan Laboratorium

1) CT scan mengidentifikasi area pendarahan

- a) Hemoglobin, Hematokrit, eritrosit, leukosit, Trombosit dan laju endap darah.
- b) Gula darah
- c) Profil lipid dan kolesterol

2) MRI (Magnetic Resonance Imaging) mengidentifikasi lokasi ischemic (lebih lambat dari pada CT scan

3) Foto Toraks.

4) EKG dan ekokardiografi : mencari pencetus stroke akibat penyakit jantung.

Pemeriksaan Laboratorium

1) Pemeriksaan darah lengkap

Pemeriksaan darah lengkap seperti Hb, Leukosit, Trombosit, Eritrosit. Hal ini berguna untuk mengetahui apakah pasien menderita anemia. Sedangkan leukosit untuk melihat sistem imun pasien. Bila kadar leukosit diatas normal, berarti ada penyakit infeksi yang sedang menyerang pasien.

2. Diagnosa Keperawatan

Masalah keperawatan yang mungkin muncul pada gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2017) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017), adalah:

- 1) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular

- 2) Defisit Perawatan diri berhubungan dengan kelemahan
- 3) Resiko Jatuh

3. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan diagnosis keperawatan diatas maka dirumuskan intervensi keperawatan yang muncul sebagai berikut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019) :

Tabel 2.3
Diagnosis Keperawatan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)

No	Diagnosa Keperawatan	Luaran (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan neuromuscular (SDKI : 124)</p> <p>Definisi : Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor : Subjektif : Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas</p> <p>Objektif : a. Kekuatan otot menurun b. Rentang gerak (ROM) menurun</p> <p>Gejala dan Tanda Minor : Subjektif : a. Nyeri saat bergerak b. Enggan melakukan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan dengan kriteria hasil:</p> <p>Mobilitas Fisik (SLKI : 65)</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pergerakkan ekstremitas kekuatan otot rentang gerak (ROM) meningkat dari 1 menjadi 5 b. Nyeri menurun dari 1 menjadi 5 c. Kecemasan menurun dari 1 menjadi 5 d. Kaku sendi menurun dari 1 menjadi 5 e. Gerakan tidak terkoordinasi menurun dari 1 menjadi 5 f. Gerakan terbatas menurun dari 1 menjadi 5 g. Kelemahan fisik 	<p>Teknik Latihan Penguatan Sendi : Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi b. Monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan / aktivitas <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Lakukan pengendalian nyeri sebelum memulai latihan b. Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif c. Fasilitasi menyusun

	<p>pergerakkan</p> <p>c. Merasa cemas saat bergerak</p> <p>Objektif :</p> <p>a. Sendi kaku</p> <p>b. Gerakan tidak terkoordinasi</p> <p>c. Gerakan terbatas</p> <p>d. Fisik lemah</p> <p>Kondisi klinis yang terkait :</p> <p>a. Stroke</p> <p>b. Cedera medula Spinalis</p> <p>c. Trauma</p> <p>d. Fraktur</p> <p>e. Osteoarthritis</p> <p>f. Osteomalasia</p> <p>g. Keganasan</p> <p>Nilai kekuatan otot :</p> <p>0. : tidak dapat sedikitpun kontraksi otot, lumpuh total</p> <p>1. : terdapat sedikit kontraksi otot, namun tidak didapatkan gerakan persendian</p> <p>2. : didapatkan gerakan, tapi tidak mampu melawan gaya berat</p> <p>3. Dapat melakukan gerakan melawan gaya berat</p> <p>4. Dapat melawan gaya berat dapat pula mengatasi</p>	<p>menurun dari 1 menjadi 5</p>	<p>jadwal latihan rentang gerak aktif maupun pasif</p> <p>d. Fasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas rasa sakit, ketahanan dan mobilitas sendi</p> <p>e. Berikan penguatan positif untuk melakukan latihan bersama</p> <p>Edukasi :</p> <p>a. Jelaskan kepada pasien / keluarga tujuan dan rencanakan latihan bersama</p> <p>b. Ajarkan melakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif secara sistematis</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>a. Kolaborasi dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan</p>
--	--	---------------------------------	---

	sedikit tahanan yang di berikan c. Tidak ada kelumpuhan		
2.	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan. Definisi : tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktifitas perawatan diri. Gejala tanda mayor Subjektif : a. Menolak melakukan perawatan diri. Objektif : a. Tidak mampu mandi, mengenakan pakaian, makan, ke toilet dan berhias secara mandiri. b. Minat melakukan perawatan diri kurang. Gejala tanda minor Subjektif : - Objektif : -	Setelah dilakukan asuhan keperawatan, gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat. 3. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat. 4. Melakukan perawatan diri meningkat.	Dukungan perawatan diri : a. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri. b. Monitor tingkat kemandirian. c. Sediakan lingkungan yang terapeutik d. Fasilitas kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri. e. Anjurkan untuk melakukan perawatan diri secara konsisten.
3.	Resiko jatuh	Setelah dilakukan asuhan keperawatan, gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil : Klien tidak jatuh saat berdiri Klien tidak jatuh saat berjalan	Pencegahan jatuh a. Identifikasi faktor resiko jatuh b. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkat resiko jatuh (lantai licin, penerangan kurang) c. Gunakan alat

		<p>Klien tidak jatuh saat di kamar mandi</p> <p>Klien tidak jatuh saat dipindahkan.</p>	<p>bantu berjalan.</p> <p>d. Pasang pagar tempat tidur.</p> <p>e. Orientasikan ruangan pada klien atau keluarga.</p> <p>f. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin.</p> <p>g. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah.</p>
--	--	---	--

Sumber : *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)*

4. Implementasi Keperawatan

Terdapat beberapa teknik dalam implementasi mobilisasi pasien yaitu : mempertahankan kesejajaran tubuh terdapat teknik mengangkat, teknik mengubah posisi, teknik memindahkan, memobilisasi seni terdapat latihan gerak (ROM) dan berjalan (Potter & Perry, 2012).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yang di harapkan dari hasil tindakan keperawatan untuk mengatasi gangguan mobilitas dengan meningkatkan fungsi sistem tubuh, peningkatan kekuatan daya tahan otot, peningkatan kelenturan sendi dan peningkatan sistem motorik serta perasaan nyaman pada pasien dan ekspresi kegembiraan (Hidayat, 2014)

BAB III METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif, dengan cara memaparkan penerapan asuhan keperawatan pada kasus kelolaan dengan rancangan penelitian studi kasus. Menurut (Nursalam, 2011), studi kasus merupakan jenis rancangan penelitian dari metode deskriptif yaitu suatu penelitian yang dilakukan untuk mendeskripsikan atau menggambarkan tentang asuhan keperawatan pada pasien melalui pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, merumuskan intervensi keperawatan, penatalaksanaan intervensi dengan implementasi keperawatan yang diberikan pada pasien.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian telah dilakukan di Ruang Inap Syaraf RSUP DR. M. Djamil Padang tahun 2022. Waktu penelitian dimulai pada bulan Desember 2021 sampai bulan Mei 2022. Asuhan keperawatan pada pasien dimulai pada saat melakukan penelitian yaitu tanggal 13 April sampai 17 April 2022.

C. Populasi dan Sample

1. Populasi

Populasi penelitian ini ialah seluruh pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas di RSUP Dr.M.Djamil Padang. Populasi pasien Stroke dengan gangguan mobilitas fisik di Ruang Rawat Inap Syaraf RSUP Dr.M.Djamil Padang saat melakukan survey ada 3 orang.

2. Sampel

Sampel merupakan bagian dari populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah karakteristik yang dimiliki populasi, yaitu sebagian pasien Stroke dengan gangguan mobilitas fisik yang sedang di rawat.

Adapun kriteria sampel dalam penelitian ini ialah :

- a. Kriteria inklusi, merupakan kriteria dimana subjek penelitian mewakili sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :
 - 1) Pasien bersedia menjadi responden.

- 2) Pasien gangguan mobilitas fisik yang kooperatif dan sudah bisa berkomunikasi verbal dengan cukup baik.

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

- 1) Pasien dengan gangguan mobilitas fisik pada kasus stroke yang mengalami perubahan kondisi (penurunan kesadaran).

Berdasarkan kriteria tersebut, pada saat dilakukan penelitian terdapat 2 pasien yang memenuhi kriteria, dijadikan partisipan dalam penelitian tersebut. Selanjutnya pemilihan sampel dipilih menggunakan teknik *simple random sampling*, dilakukan seperti undian, (yaitu, dengan cara memasukkan ke 2 nama klien dalam satu kotak, dan dipilih secara acak, dan yang terpilih dijadikan partisipan), dimana semua individu berpeluang menjadi sampel. Sehingga didapatkan 1 orang pasien yang dijadikan sampel penelitian.

D. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data

Alat dan instrumen pengumpulan data yang digunakan berupa format tahapan proses keperawatan dasar melalui tahapan pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi sampai evaluasi pengumpulan data dilakukan secara anamnesa, pemeriksaan fisik, observasi langsung dan studi dokumentasi. Alat pemeriksaan fisik yang terdiri dari: APD (alat pelindungan diri), stetoskop, thermometer, spigmomanometer, reflek hammer, pengukur tinggi badan, timbangan berat badan dewasa dan jam tangan.

1. Format pengkajian keperawatan terdiri dari : identitas klien, keluhan utama, faktor predisposisi, faktor presipitasi, pemeriksaan fisik, psikososial, status mental, kebutuhan dasar manusia, pemeliharaan kesehatan, kegiatan sehari-hari, mekanisme koping, masalah psikososial dan lingkungan, pengetahuan, aspek medik, analisa data, pohon masalah, diagnose keperawatan.
2. Format diagnose keperawatan terdiri dari: diagnose keperawatan, tanggal munculnya masalah, tanggal teratasi masalah, dan tanda tangan.

3. Format perencanaan keperawatan terdiri dari : diagnose keperawatan, rencana tindakan yang terdiri dari (tujuan, kriteria evaluasi, dan intervensi).
4. Format implementasi dan evaluasi keperawatan terdiri dari : hari, tanggal, jam, diagnose keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.
5. Alat pemeriksaan fisik yang terdiri dari: APD (alat perlindungan diri), stetoskop, thermometer, spigmomanometer, reflek hammer, pengukur tinggi badan, timbangan berat badan dewasa dan jam tangan.

E. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Wawancara merupakan sebuah kegiatan tanya-jawab secara lisan untuk memperoleh informasi. Bentuk informasi yang diperoleh bisa dalam bentuk tulisan, atau direkam secara audio, visual, atau audio visual. Teknik wawancara yang digunakan yaitu wawancara berupa format pengkajian keperawatan. Wawancara dalam asuhan keperawatan ini tentang data dan keluhan yang dirasakan pada responden, tentang data lain yang terkait, seperti data demografi, riwayat kesehatan, aktivitas/ kebutuhan sehari-hari, data psikososial, kemampuan mobilitas, dan hal-hal lain yang diperlukan selama asuhan keperawatan.

b. Pengukuran

Pengukuran merupakan pemantauan kondisi pasien dengan mengukur menggunakan tanda-tanda vital, head to toe, GCS, mengukur objek menggunakan alat ukur tertentu misalnya stetoskop, thermometer, penlight, reflek hummer, melakukan pengukuran skala nyeri, kekuatan otot, tanda rangsangan miningeal dan ROM aktif/pasif.

c. Pemeriksaan fisik

Dalam melakukan pemeriksaan fisik peneliti mengobservasi atau melihat kondisi dari pasien, seperti keadaan umum pasien, dan melakukan pemeriksaan fisik berupa inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

d. Studi Dokumentasi

Pengumpulan data penelitian ini menggunakan dokumen dari rumah sakit untuk menunjang penelitian yang akan dilakukan yaitu data laboratorium, darah lengkap, pemeriksaan ct-scan, pemeriksaan cairan.

F. Jenis Data Penelitian

1. Data Primer

Data primer dari penelitian ini, diperoleh dari hasil wawancara dengan klien stroke yang mengalami gangguan mobilisasi yang berada di RSUP Dr.M.Djamil Padang menggunakan format kuesioner untuk memilih responden dengan kriteria penelitian. Data dari responden yang terpilih akan dimasukkan kedalam format pengkajian asuhan keperawatan yang berisikan data-data pengkajian dan gambaran gangguan mobilitas fisik pada pasien yang mengalami stroke.

2. Data Sekunder

Data yang diperoleh dari Medical Record (MR), serta dari dokumentasi di ruangan RSUP DR. M.Djamil Padang yang umumnya berupa bukti, data penunjang, catatan atau laporan histori yang telah tersusun dalam arsip yang tidak dipublikasikan.

G. Analisa Data

Data yang didapat dari hasil pengkajian akan dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif. Hasil analisa data tersebut kemudian dirumuskan menjadi diagnosa keperawatan, dilanjutkan dengan menyusun intervensi keperawatan, melaksanakan implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Hasil analisa akan dinarasikan dan dianalisa yang dilakukan untuk menentukan apakah ada kesesuaian antara teori yang ada dengan kondisi yang di alami pasien.

BAB IV

DESKRIPSI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Tempat

Penelitian ini dilakukan di RSUP Dr.M.Djamil Padang yang merupakan rumah sakit pusat penelitian serta pendidikan. Rumah sakit ini terletak di Jl. Perintis Kemerdekaan no. 14D Sawahan Timur Kota Padang, Sumatera Barat, Indonesia. Penelitian dilakukan di Ruang Rawat Inap Syaraf. Waktu penelitian dimulai dari pengambilan data dari Desember 2021 sampai Mei 2022. Sedangkan pelaksanaan asuhan keperawatan dimulai pada tanggal 13 April sampai 17 April 2022.

B. Deskripsi Kasus

Asuhan keperawatan dilakukan melalui pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Pada deskripsi kasus ini peneliti akan membahas kesinambungan antara teori dengan kenyataan yang ditemukan dalam perawatan kasus asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke dapat di uraikan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan dimulai tanggal 13 April 2022 pukul 10:30 hasil penelitian tentang pengkajian yang didapatkan peneliti melalui observasi, wawancara dan studi dokumentasi.

a. Identitas pasien dan keluarga

Pengkajian keperawatan dimulai tanggal 13 April 2022 pukul 10:30 hasil penelitian tentang pengkajian yang didapatkan peneliti melalui observasi, wawancara dan studi dokumentasi.

1) Identitas pasien

Pasien laki-laki berumur 58 tahun lahir di Ulu Gadut 14 Agustus 1963, beragama Islam. Pendidikan terakhir klien SMP, yang berprofesi sebagai Karyawan Swasta, dengan diagnosa dokter stroke non hemoragik.

2) Identitas penanggung jawab

Selama perawatan yang bertanggung jawab adalah istri yang bekerja sebagai ibu rumah tangga.

b. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

a) Keluhan utama

Pasien masuk ke RSUP Dr M Djamil Padang pada hari senin tanggal 11 April 2022, pukul 15.30 WIB dibawa keluarga. Pada awalnya klien mengeluh kepala pusing, mengalami lemah ekstremitas bagian kiri, lalu dibawa keluarga ke Puskesmas pauh. Kemudian pihak puskesmas merujuk pasien ke RSUP Dr. M.djamil Padang melalui IGD dengan keluhan kepala pusing dan mengalami kelemahan ekstremitas bagian kiri

b) Keluhan saat dikaji

Pada saat pengkajian pada tanggal 13 April 2022, pukul 10.30 WIB klien dalam rawatan hari kedua. Keluhan utama pasien yaitu kepala pusing, badan masih terasa lemas, tidak bertenaga dan kaki kiri lemah, terasa berat dan sulit digerakan. Aktifitas klien dibantu

2) Riwayat kesehatan dahulu

Klien diketahui pernah dirawat 3 tahun yang lalu, dengan penyakit Stroke, sebelumnya menyerang bagian wajah, ekstremitas bagian kiri. Dan klien diketahui mempunyai riwayat hipertensi sejak ± 5 tahun yang lalu dan tidak terkontrol. Klien juga memiliki kebiasaan hidup tidak sehat, seperti suka makan makanan yang bersantan, dan digoreng. Dan juga jarang melakukan aktifitas olahraga

3) Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga klien mengatakan orang tua pasien tidak memiliki riwayat, penyakit jantung, diabetes melitus dan penyakit jantung lainnya, namun keluarga memiliki riwayat hipertensi, kakak dari pasien menderita penyakit yang sama.

c. Kebutuhan dasar manusia

Pada saat sehat klien makan 2 × sehari porsi besar, dengan komposisi nasi, lauk, sayur, klien yang suka makan-makanan bersantan dan suka makan goreng-gorengan. Saat sakit pasien makan 3x sehari dengan maknang rendah garam

1) Minum

Klien minum 6-10 gelas sehari (± 1800 cc/hari) air putih, pasien mengkonsumsi kopi, saat sakit klien minum 1-1.5 botol air mineral besar (± 2000 cc/hari).

2) Eliminasi

Pada pola eliminasi, keluarga mengatakan, semasa sehat, klien Buang air besar biasanya 1-2 kali sehari, dengan konsistensi lunak, warna kuning tua, dan berbau khas. dan Buang air kecil klien lancar 4 - 7 x sehari, bau khas, warna kuning kecoklatan. Selama sakit, klien belum Buang air besar, dan untuk Buang air kecil lancar, dengan bau khas dan warna kuning kecoklatan.

3) Istirahat dan tidur

Pola istirahat dan tidur, semasa sehat pasien hanya banyak istirahat di rumah seperti duduk dan berbaring. Pada saat malam hari klien tidur 6 sampai 8 jam per hari, dan saat di rumah sakit klien hanya berbaring di atas tempat tidur, pada saat malam hari klien mengeluh tidak nyenyak dalam tidur, sering terbangun karna perubahan kondisi dan suasana.

4) Pola aktifitas dan latihan

Aktifitas dan latihan fisik klien saat sehat, klien hanya seorang karyawan swasta. Saat klien di rumah sakit klien tampak hanya berbaring di atas tempat tidur dan hanya sesekali duduk, untuk dan saat berjalan ke kamar mandi dibantu oleh keluarga atau perawat. Klien dibantu dalam melakukan aktifitas fisiknya karena mengalami kelemahan anggota gerak khususnya bagian ekstermitas kiri bagian bawah.

5) Pola bekerja

Saat sehat pasien bekerja sebagai karyawan swasta. Saat sakit pasien tidak bekerja.

d. Pemeriksaan fisik

Pada saat melakukan pemeriksaan fisik, ditemukan keadaan umum klien terlihat lemah, dan tingkat kesadaran compos mentis dengan GCS 14 (E4M6V5), dengan hasil pengukuran tekanan darah 150/90mmHg suhu 36,6°C, nadi 86 x /i , RR 20x/i, Berat badan 65 kg dan tinggi badan 165 cm. Pada pemeriksaan di bagian kepala dan leher, ditemukan; kepala tampak cukup bersih, rambut klien tampak sudah ditumbuhi uban, tampak kusam, berminyak, dan tidak berbau. Untuk mata klien, tampak simetris dan bersih, pada telinga, telinga tampak cukup bersih, tampak tidak ada serumen yang melekat. Hidung bersih, simetris kiri dan kanan, tidak ada pernapasan cuping hidung, penciuman berfungsi dengan baik. mukosa mulut kering, gigi terlihat bersih, dan lidah tampak putih. Pada leher tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening, dan tidak ada pembengkakan kelenjer tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis dan nadi karotis, serata fungsi menelan normal, pada pemeriksaan thorak (paru) didapatkan data:

Inspeksi: Tampak simetris kiri dan kanan, tampak cukup bersih, warna kulit merata, tidak ada lesi ataupun luka, **palpasi:** fremitus kiri kanan, **perkusi:** sonor, **auskultasi:** bunyi nafas vesikuler disemua lapangan paru. Pemeriksaan abdomen didapatkan data: **inspeksi:** simetris kiri dan kanan, sedikit buncit, tampak cukup bersih, dan warna kulit merata, tidak ad stria ataupun lesi., **palpasi:** Tidak ada nyeri tekan, atau nyeri lepas, tidak ada perbesaran hati atau limpa, **perkusi:** Tyimpani, **auskultasi:** Dengan bising usus normal 12 x/i. Pada ekstremitas atas, di tangan bagian kiri tampak Terpasang infuse RL 12, akral hangat, CRT < 3 detik, kulit kering, turgor kulit kembali cepat, dan fungsi motorik baik terganggu dengan kekuatan otot 4. Dan pada bagian kanan, Akral teraba hangat, CRT < 3 detik, tidak ada oedema, kulit ampak kering

dan kusam, turgor kulit kembali cepat. Lalu pada ekstremitas bagian bawah, di kaki kiri Akral teraba dingin, CRT < 3 detik, kulit kering dan kusam, turgor kulit kembali cepat, dan fungsi motorik terganggu kekuatan otot 2. Dan pada bagian kanan, akral teraba dingin, CRT < 3 detik, kulit kering dan kusam, turgor kulit kembali cepat, dan fungsi motorik baik. Dengan kekuatan otot :

444	555
333	555

e. Data psikososial

Pasien mengatakan sedikit cemas terhadap penyakit yang dideritanya, namun ia berusaha untuk mengontrol kecemasannya agar tidak memperburuk keadaannya

f. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan adalah pemeriksaan laboratorium. Pemeriksaan laboratorium (Hematologi) pada tanggal 13 april 2022 menunjukkan kadar hemoglobin 12,3 gr/dl (normalnya, 14-18 gr/dl pada laki-laki), Leukosit 10.270 mm₃ (Normalnya, 5-10 ribu mm₃), Trombosit 410.000 mm₃ (Normalnya, 150-400 ribu mm₃), Hematokrit 40.6% (Normalnya 40-48), LED 50 mm (normanya 0-15 mm) dan GDS 200 mg/dl(normalnya, <180 gr/dl).

g. Terapi pengobatan

Tabel 2.3

No	Nama Obat	Dosis	Cara
1.	Paracetamol	4x1	OA
2.	Mecobalamin	3x1	OA
3.	Ondansentron	2x1	OA
4.	Flunarizine	2x1	OA
5	CPG (clopidogrel)	1x7,5	OA
6	Captopril	12,5	OA

2. Diagnosa Keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian, dengan pengelompokan data, memvalidasi data dan menganalisa data berdasarkan data subjektif dan data objektif, ditemukan beberapa diagnosa keperawatan yang teridentifikasi. Dengan diagnosa utama sebagai berikut :

- a. Diagnosa pertama, **Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.** Diagnosa ini dapat diangkat berdasarkan temuan analisa **Data subjektif** : klien, mengatakan saat ini klien mengalami kelemahan pada anggota tubuh bagian kiri terutama pada bagian kaki, klien mengatakan sulit mengerjakan kaki sebelah kiri, dan sering merasakan nyeri pada bagian lutut. Dari **Data objektifnya** : dinilai dari kekuatan otot, pada ekstermitas atas sebelah sebelah kiri kekuatan otot 4,sebelah kanan kekuatan otot 5, dan pada ekstermitas bawah bagian kiri kekuatan otot 3 sebelah kanan kekuatan otot 5, dan rentang gerak kaki bagian kiri klien terbatas.

- b. Diagnosa kedua, **Resiko jatuh**. **Data subjektif** : klien mengatakan kesulitan berjalan dan agak sulit mengangkat kaki, jika berjalan harus menggunakan alat bantu tongkat. **Data objektifnya** : dinilai dari kekuatan otot, pada ekstremitas atas sebelah kiri kekuatan otot 4, sebelah kanan kekuatan otot 5, dan pada ekstremitas bawah bagian kiri kekuatan otot 3 sebelah kanan kekuatan otot 5, klien juga terlihat berjalan lambat dan berhati-hati, klien menggunakan tongkat dalam berjalan.

3. Intervensi Keperawatan

Rencana keperawatan yang dilakukan pada partisipan mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SIKI). Intervensi yang dapat dilakukan berdasarkan diagnosa pada partisipan sebagai berikut :

- a. Rencana tindakan yang akan dilakukan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot yaitu dengan monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan, konsultasikan dengan terapi fisik sesuai dengan kebutuhan, selanjutnya lakukan latihan (mobilisasi sendi) dengan indikator tentukan batasan sendi, efeknya terhadap sendi, monitor lokasi dan kecendrungan adanya nyeri dan ketidaknyamanan selama pergerakan. Setelah itu baru lakukan latihan ROM aktif, sesuai jadwal yang teratur dan terencana, lakukan ROM aktif atau pasif sesuai indikasi dan dukung ambulasi jika memungkinkan.
- b. Rencana tindakan yang akan dilakukan pada diagnosa Resiko jatuh, pertama yaitu kejadian jatuh dengan kriteria hasil klien tidak mengalami jatuh saat berdiri, klien tidak mengalami kesulitan saat berjalan, klien tidak mengalami jatuh saat dipindahkan, dan klien tidak mengalami jatuh saat ke kamar mandi.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan, sesuai dengan rencana yang telah disusun dalam tahap perencanaan keperawatan. Intervensi yang akan diberikan pada pasien, yang selanjutnya di lakukan tahapan implementasi sesuai dengan kebutuhan pasien. Implementasi bertujuan melakukan tindakan keperawatan, sesuai dengan intervensi agar criteria hasil dapa tercapai. Tindakan keperawatan diberikan dalam 5 hari rawatan pada pasien yang dimulai pada tanggal 13 April – 15 April 2022.

Pada pertemuan pertama, Senin, 13 April 2022. Dilakukan pengkajian yang meliputi batas kemampuan dan pemeriksaan fisik dari klien. Yang akan menjadi patokan terhadap tindakan yang akan diberikan dan sejauh mana tingkat kebutuhan dari pasin itu sendiri. Hasil pemeriksaan fisik ditemukan keadaan klien yang tampak lemah, mengalami kelemahan otot.

Pada hari kedua, setelah melakukan pengkajian pada hari sebelumnya. Dilakukanlah implementasi keperawatan yang sebelumnya telah dirumuskan dalam rencana keperawatan.

Untuk diagnosa keperawatan yang pertama, **Gangguan mobilisasi berhubungan dengan penurunan kekuatan otot**, implementasi yang dilakukan berupa : Mengukur tekanan darah pasien sebelum dilakukanya latihan mobilisasi pukul 10.30 WIB TD: 140/90 mmHg. Mengatur posisi pasien dalam keadaan semi fowler yaitu dengan cara meninggikan bagan kepala pasien 15 – 30 dan meletakkan bantal dibawah kepala, Melakukan ROM aktif dan pasif pada anggota ekstermitas bawah pasien yang lemah yaitu dengan cara melatih dan menggerakkan anggota gerak yang lemah pertama pada kaki dengan fleksi dan ekstensi jari kaki, fleksi dan ekstensi, fleksi dan ekstensi lutut, rotasi pangkal paha dan abduksi dan adduksi pangkal paha. Mengukur tekanan darah pasien setelah melakukan ROM TD: 140/90 mmHg, Mengatur posisi pasien sim kiri yaitu dengan cara memiringkan pasien tangan yang lemah tidak boleh terhimpit maka

diletakkan bantal pada tangan sebagai pengganjal seperti memeluk bantal, lalu pada bagian kaki juga diletakkan bantal, serta pada punggung juga diletakkan bantal agar pasien merasa nyaman.

Diagnosa keperawatan kedua, **Resiko jatuh** adalah: mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh, mengidentifikasi fisik klien yang dapat meningkatkan potensi jatuh dalam lingkungan tertentu, memantau kemampuan klien berpindah, memantau gaya berjalan klien, mengkaji karakteristik lingkungan yang dapat meningkatkan potensi jatuh.

5. Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan tindakan / implmentasi keperawatan, dilakukan evaluasi sebagai bentuk monitor tingkat keberhasilan dari asuhan yang diberikan sesuai dengan criteria hasil yang harus dicapai. Metode evaluasi menggunakan SOAP, dengan hasil yang diperoleh pada hari ke enam, Sabtu, 17 April 2022. Yaitu:

- a. Diagnosa pertama, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Setelah asuhan keperawatan selama 5 hari, masalah teratasi dengan intervensi dipertahankan sesuai dengan kriteria hasil: meningkatkan kekuatan otot, terhindarnya dari kekakuan sendi dan rentang gerak meningkat.
- b. Diagnosa kedua, Resiko jatuh otot. Setelah asuhan keperawatan selama 5 hari, masalah teratasi dengan intervensi dipertahankan sesuai dengan kriteria hasil: klien tidak mengalami jatuh saat berdiri, klien tidak mengalami kesulitan saat berjalan, klien tidak mengalami jatuh saat dipindahkan, dan klien tidak mengalami jatuh saat ke kamar mandi.

C. Pembahasan Kasus

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membandingkan antara teori dengan laporan kasus asuhan keperawatan dengan gangguan mobilitas fisik pada Tn. A (partisipan) dengan penyakit stroke iskemik yang telah dilakukan sejak tanggal 13 April sampai 17 April 2022 di ruang rawat inap syaraf RSUP Dr. M Djamil Padang. Setelah melaksanakan asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan, didapatkan pasien berumur 58 tahun. Menurut Tarwoto, (2013) umur merupakan faktor risiko terjadinya stroke yang tidak dapat dirubah, semakin meningkatnya umur maka risiko terjadinya stroke akan semakin meningkat. Pendapat ini sama dengan pendapat dari Sari, Indrawati, Dewi (2016) umur merupakan salah satu faktor risiko yang tidak dapat di kontrol. Menurut analisa peneliti, adanya kesesuaian antara penelitian sebelumnya dengan pasien stroke yang telah diteliti dimana stroke banyak terjadi pada usia lanjut usia yang diakibatkan oleh gangguan sirkulasi pada satu atau lebih pembuluh darah otak, biasanya berhubungan dengan thrombosis, emboli, atau arterosklerosis, dimana selanjutnya akan menyebabkan kelumpuhan dan selanjutnya menyebabkan ketidakmampuan dalam melakukan kebersihan tubuh secara mandiri.

Menurut Tarwoto (2013) manifestasi klinis dari pasien stroke iskemik diantaranya adalah kelumpuhan wajah/anggota badan sebelah (hemiparise) atau hemiplegic (paralisis) yang timbul secara mendadak hal ini sejalan dengan pendapat Arum (2015), manifestasi klinis pada pasien stroke iskemik adalah merasakn lemah pada bagian wajah atau kaki terutama salah satu bagian tubuh, gangguan bicara dan sulit bicara. Menurut analisa peneliti, hal tersebut sama dengan yang terjadi pada pasien yang telah diteliti dimana pada pasien terjadi kelemahan anggota gerak kiri. Hal itu

terjadi karena kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal sehingga pasien tidak bisa melakukan gerak fleksi ataupun ekstensi.

Hasil penelitian dari Wayunah dan Saefulloh (2016), didapatkan bahwa tanda dan gejala dari stroke diantaranya adalah hipertensi, gangguan motorik (kelemahan otot, gangguan mobilitas fisik), gangguan sensorik, gangguan visual, gangguan keseimbangan, nyeri kepala (migrain, vertigo), muntah, disartria (kesulitan berbicara) dan perubahan mendadak status mental (apatis, somnolen, delirium, supor, koma). Ketidakaktifan fisik merupakan faktor risiko utama untuk terjadinya serangan jantung dan stroke, yang ditandai dengan penumpukan lemak, kolesterol, kalsium dan unsur lain yang mensuplai darah ke otak maupun jantung.

Pada kasus pasien sering memakan makanan yang berlemak dan berlemak serta memiliki aktifitas fisik (olah raga). Ketika seseorang mempunyai pola makan yang baik, lebih kecil kemungkinan besar seseorang terkena penyakit stroke dibanding mereka yang kurang atau tidak baik pola makannya. Hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Maukar, magreysti, dkk (2014) ketika seseorang mempunyai pola makan yang baik, lebih kecil kemungkinan seseorang terkena penyakit stroke dibanding mereka yang kurang atau tidak baik pola makannya.

Menurut Udani, Giri (2013) salah satu faktor risiko stroke adalah hipertensi selanjutnya hipotensi atau tekanan darah rendah, obesitas atau kegemukan, kolesterol darah tinggi, riwayat penyakit jantung, riwayat penyakit jantung, riwayat penyakit diabetes, merokok dan stress. Hal ini diperkuat oleh Junaidi, (2011) bahwa hipertensi merupakan penyebab utama terjadi stroke, sehingga mengakibatkan kerusakan sel-sel endotel pembuluh darah yang menimbulkan jejas pada rongga vaskuler. Yang mengakibatkan pembuluh darah menyempit sehingga suplai darah ke otak menurun, sehingga terjadilah kerusakan sel-sel neuron pada sistem saraf pusat dan mengakibatkan seseorang kehilangan fungsi motorik maupun

sensoriknya tergantung daerah pada sistem saraf pusat yang mengalami kerusakan.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan baik yang berlangsung actual maupun potensial (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon individu terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Diagnosa keperawatan dapat memberikan dasar pemilihan intervensi untuk menjadi tanggung gugat perawat. Penulisan pernyataan diagnosa keperawatan meliputi 3 komponen yaitu komponen P (*problem*), Komponen E (*etiologi*), dan komponen S (*symptom*) atau dikenal dengan batasan karakteristik. Cara membuat diagnosa keperawatan yaitu dengan menentukan masalah keperawatan yang terjadi yang kemudian mencari penyebab dari masalah yang ada (Hidayat, 2019).

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan, didapatkan dua doagnosa yaitu: Gangguan mobilisasi berhubungan dengan penurunan kekuatan otot,Resiko jatuh berhubungan dengan gangguan mobilisasi.

Pada diagnosa pertama, gangguan mobilisasi berhubungan dengan penurunan kekeuatan otot, pada diagnosa pertama ini adalah keterbatasan pada pergerakan fisik tubuh satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah Tarwoto (2011). Menurut Mubarak (2014) kehilangan kemampuan untuk bergerak menyebabkan ketergantungan dan ini membutuhkan tindakan keperawatan. Berdasarkan hal ini, peneliti mengangkat hambatan mobilitas fisik sebagai diagnosa utama karena keterbatasan merupakan faktor utama yang membuat pasien mengalami berbagai macam gangguan dalam melakukan aktifitas dalam keadaan normal. Dan berdasarkan patofisiologi yang telah dijelaskan pada teori bahwa stroke non hemoragik disebabkan oleh trombosis dan emboli sehingga menyebabkan sumbatan

pada pembuluh darah sehingga suplai darah dan oksigen berkurang ke otak terjadi iskemik otak dan menyebabkan nekrosis dan defisit neurologi yang menyebabkan penurunan fungsi motorik dan muskuloskeletal terjadi kelemahan pada anggota gerak sehingga menyebabkan gangguan mobilitas fisik.

Menurut analisa peneliti, diagnosa pada pasien memiliki kesesuaian tanda dan gejala mayor yang ditemukan pada pasien berdasarkan SDKI (*Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*) (2017) adalah pasien mengalami kesulitan dalam membolak-balik posisi, keterbatasan dalam kemampuan melakukan keterampilan motorik dan keterbatasan rentang pergerakan sendi.

Menurut Wilkinson (2013), resiko jatuh merupakan peningkatan kerentanan terhadap jatuh yang dapat menyebabkan bahaya fisik. Dan faktor resiko yang telah dijabarkan juga ditemukan dengan terjadinya penurunan kekuatan otot, menjadi salah satu faktor kerentanan terjadinya resiko jatuh pada pasien (Junaidi, 2011). Dalam diagnosa kedua ini penilitit peneliti menemukan kesamaan tanda dan gejala yang sesuai sehingga peneliti mengangkat diagnosa resiko jatuh karna pasien yang memiliki hambatan mobilisasi fisik yang berhubungan dengan penurunann kekuatan otot sangat beresiko jatuh yang menyebabkan nantinya dapat menciderai klien itu sendiri. Hal ini diperkuat oleh pendapat Ambarwati, (2014) pasien yang mengalami gangguan mobilisasi terkhususnya dengan kelemahan otot sangat beresiko terjadinya cedera karna terganggunya kesmibangan dari klien dalam beraktifitas.

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan merupakan proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah-masalah pasien. Dalam menentukan tahap perencanaan bagi perawat diperlukan berbagai pengetahuan dan

keterampilan diantaranya pengetahuan tentang kekuatan dan kelemahan pasien, nilai dan kepercayaan pasien, batasan praktek keperawatan, peran dari tenaga kesehatan lainnya, kemampuan dalam memecahkan masalah, mengambil keputusan, menulis tujuan, serta memilih dan membuat strategi keperawatan yang aman dalam memenuhi tujuan, serta kemampuan dalam melaksanakan kerjasama dengan tingkat kesehatan lain. Kegiatan perencanaan ini meliputi memprioritaskan masalah, merumuskan tujuan, kriteria hasil serta tindakan yang akan dilakukan (Hidayat,2019).

Intervensi yang akan dilakukan pada pasien stroke dengan gangguan mobilisasi adalah dukungan mobilisasi dengan tindakan Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, Monitor frekuensi jantung dengan tekanan darah sebelum sebelum melalui mobilisasi, hal ini harus diperhatikan karna berkaitan dengan peningkatan tekanan intrakarnial pada pasien. Jika pasien mengalami peningkatan tekanan intrakarnial, latihan mobilisasi tidak dapat dilakukan kepada pasien karna dapat membahayakan pasien. Selanjutnya kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi dan ajarkan pasien tentang teknik mobilisasi seperti miring kanan miring kiri, latihan ROM untuk memelihara dan mempertahankan kekuatan otot serta tindakan selanjutnya adalah dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi untuk membantu pasien dalam mobilisasi. Tindakan berikutnya adalah bantu penuhi kebutuhan ADL pasien agar kebutuhan pasien terpenuhi. Selanjutnya adalah berikan alat bantu jika klien memerlukan hal ini untuk membantu pasien dalam melakukan mobilisasi Tindakan terakhir adalah ajarkan keluarga dalam melakukan mobilisasi kepada pasien.

Berdasarkan penelitian Ninggrum dan Widya, (2018) intervensi yang akan dilakukan pada pasien stroke iskemik adalah teknik mobilisasi (ROM) sedangkan pberdasarkan teori pada buku SIKI 2018, intervensi yang akan dilakukan pada pasien stroke dengan gangguan mobilisasi adalah

dukungan mobilisasi dengan tindakan Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.

Pada rencana tindakan resiko jatuh tidak semua dilakukan oleh peneliti. Implementasi yang dapat dilakukan adalah mengkaji faktor yang dapat mempengaruhi risiko jatuh, gunakan rel sisi panjang (pengaman) untuk mencegah jatuh dari tempat tidur. Penderita stroke khususnya stroke non hemoragik akan mengalami kesulitan dalam bergerak sehingga pasien harus selalu didampingi keluarga atau perawat. Jika tidak penderita bisa saja jatuh karena kelemahan dari salah satu anggota gerak yang menyebabkan tidak maksimal dalam bergerak.

4. Implementasi Keperawatan

Peneliti melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah disusun sebelumnya. Hasil implementasi yang dilakukan pada klien dengan gangguan mobilisasi dilakukan dengan menyesuaikan dengan kondisi klien tanpa meninggalkan prinsip dan konsep keperawatan. Pada diagnosa gangguan mobilitas fisik, tindakan keperawatan yang sama sesuai dengan kondisi pasien.

Pada rencana tindakan masalah hambatan mobilitas fisik, tindakan yang dapat dilakukan adalah mengukur vital sign sebelum dan sesudah latihan mobilisasi, kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi, kaji tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial seperti sakit kepala, muntah proyektil, edema, kejang dan lain-lain. Selanjutnya ajarkan pasien tentang mobilisasi dengan latihan ROM aktif dan ROM pasif seperti fleksi, ekstensi, abduksi anggota gerak yang mengalami kelemahan. Latihan mobilisasi ini dilakukan setelah pasien sarapan pagi dan saat pasien dalam keadaan nyaman. Latihan mobilisasi pada pasien dalam pemenuhan kebutuhan secara mandiri sesuai kemampuan pasien agar tidak membebani tubuh pasien, menganjurkan kepada keluarga untuk mendampingi pasien saat mobilisasi dan membantu dalam pemenuhan kebutuhannya, mengajarkan

pasien dan keluarga bagaimana merubah posisi dan latihan ROM.

Berdasarkan penelitian Ningrum dan Widya, 2018 yang berjudul Efektifitas Rom (*Range Of Motion*) Pasif Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke bahwa ada pengaruh latihan ROM pasif 2x sehari terhadap peningkatan kekuatan otot pada pasien stroke dengan hemiparise di paviliun flamboyan RSUD Jombang. Menurut Saputra, 2013 untuk mencegah hilangnya kemampuan keseimbangan tubuh dan postur dalam melakukan pergerakan fisik, dapat diterapkan latihan ROM, dan mengubah posisi pada pasien yang memiliki mobilitas sendi yang terbatas. Menurut analisa peneliti, adanya kesesuaian antara implementasi yang dilakukan oleh Ningrum dan Widya dengan implementasi yang pada Tn. A yang telah peneliti lakukan. Latihan mobilisasi tersebut harus dilakukan pada pasien dengan hambatan mobilitas, karena jika tidak dilakukan akan mengakibatkan beberapa otot mengalami atrofi, kehilangan tonus otot, dan kekakuan sendi (Potter & Perry, 2012).

Pada diagnosa resiko jatuh tindakan keperawatan yang dapat dilakuakn dalam mengidentifikasi fisik klien, yang dapat meningkatkan resiko jatuh, mengidentifikasi faktor yang berpengaruh terhadap resiko jatuh, memantau gaya berjalan, mengidentifikasi hal-hal yang membahayakan di lingkungan. Respon klien terhadap tindakan yang diberikan adalah klien bersedia didampingi saat beraktifitas, serta juga memberi penjelasan kepada keluarga tentang faktor faktor yang dapat berpengaruh terhadap resiko jatuh agar dapat dihindari. Penderita stroke khususnya stroke non hemoragik akan mengalami kesulitan dalam bergerak sehingga pasien harus selalu didampingi keluarga atau perawat. Jika tidak penderita bisa saja jatuh karena kelemahan dari salah satu anggota gerakanya yang menyebabkan tidak maksimal dalam bergerak.

5. Evaluasi keperawatan

Pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot telah dilakukan tindakan pengkajian pada hari pertama, saat hari kedua dilakukan pemeriksaan ttv dan pemeriksaan kekuatan otot, rentang gerak. Setelah tindakan yang dilakukan selama 5 hari rawatan yang dimulai dari (selasa, 13 April 2022 sampai sabtu, 17 April 2022), pada saat evaluasi terakhir hari kelima pada diagnosa pertama, Tn. A sudah mengalami peningkatan dari kekuatan otot ekstermitas kiri bawah 3 menjadi 4, setelah dilakukan tindakan masalah teratasi sebagian. Berdasarkan hal tersebut analisa dari peneliti bahwa ada peningkatan kekuatan otot pada kedua kasus. Hal ini sejalan dengan Penelitian Marwati & Farid (2012) yang berjudul “Pengaruh Latihan Rom (Range Of Motion) Pasif Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Dengan Hemiparase menyatakan” bahwa ada perbedaan antara kekuatan otot sebelum dan sesudah dilakukan latihan ROM pada pasien stroke dengan hemiparase. Penelitian ini ada pengaruh latihan ROM pasif terhadap peningkatan kekuatan otot pada pasien stroke dengan hemiparase.

Pada diagnosa resiko jatuh berhubungan dengan gangguan mobilisasi dapa klien sudah mulai teratasi sebagian dimana klien tidak mengalami jatuh saat berdiri, jatuh saat berjalan, jatuh saat kamar mandi namun klien belum mampu mempertahankan keseimbangan dari posisi duduk ke berdiri, klien belum mampu mempertahankan keseimbangan berdiri sehingga klien masih dibantu dalam beraktifitas oleh keluarga atau perawat.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan aktifitas gerak pada pasien stroke di Ruang rawat inap saraf RSUP Dr. M. Djamil Padang, pada tahun 2022, peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pada pengkajian peneliti menemukan pasien Stroke Non Hemoragik mengalami adanya anggota gerak lemah sebelah secara tiba – tiba, kepala sakit yang disebabkan karna tekanan darah yang tinggi. Hal ini menunjukkan bahwa, jika seseorang terdiagnosa Stroke Non Hemoragik memiliki kemungkinan akan muncul masalah dan keluhan yang sama yang dirasakan oleh penderita
2. Pada penegakkan diagnosa, diagnosa dapat ditegakkan secara tepat dan benar. Hal ini didukung dengan data yang kongkrit dan keterbukaan klien dan keluarga pada saat pengkajian, dan Diagnosa keperawatan yang diangkat adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, diagnosa ini muncul pada kasus disebabkan karena adanya tanda dan gejala serta keluhan yang sama dengan tanda mayor dan minor dari diagnosa diatas.
3. Rencana asuhan keperawatan yang dilakukan pada kasus stroke non hemoragik yaitu sesuai dengan standar SLKI SIKI yaitu dukungan mobilisasi dengan ROM dan pencegahan dari resiko jatuh.
4. Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk dukungan mobilisasi yang merupakan tindakan dari rencana tindakan keperawatan yang telah disusun dengan harapan hasil yang tercapai sesuai dengan tujuan dan kriteria yang telah ditetapkan, masalah keperawatan teratasi pada hari rawatan ke 5.
5. Evaluasi keperawatan dilakukan bertujuan untuk mengetahui keefektifitas dari tindakan keperawatan yang dilakukan. Evaluasi dilakukan dengan metode SOAP.

B. Saran

1. Bagi RSUP Dr. M Djamil Padang

Berdasarkan hasil peneliti melalui direktur diharapkan perawat ruangan dapat melakukan asuhan keperawatan secara berkala, pada pasien stroke terutama melakukan tindakan ROM sebagai salah satu alternatif yang dapat menghindarkan pasien dari kekakuan sendi serta dapat lebih memperhatikan lingkungan di sekitar pasien agar terhindar dari resiko jatuh

2. Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya untuk melakukan penelitian tentang efektifitas teknik range of motion dalam mengatasi mobilitas fisik pada pasien stroke.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati, F. (2014). *Konsep Kebutuhan Dasar Manusia*. Parama Ilmu.
- Bararah, T., & Dkk. (2013). *Asuhan Keperawatan Panduan Lengkap Menjadi Perawat Profesional*. Prestasi Pustakaraya.
- DPP PPNI, Tim Pokja SDKI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. In Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- DPP PPNI, Tim Pokja SIKI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- DPP PPNI, Tim Pokja SLKI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Ernawati. (2012). *Buku Ajar Konsep Dan Aplikasi Keperawatan Dalam Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia* (A. Rifai (ed.)). CV.Trans Info Media.
- Haswita. (2017). *Kebutuhan Dasar Manusia*. Trans Info Media.
- Hidayat, A. A. (2013). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia*. Salemba Medika.
- Hidayat, A. A. (2014). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia (Ed. 2)*. Salemba Medika.
- International, N. (2015). *Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2015-2017, edisi 10*. EGC.
- Kartika, I. (2017). *Dasar-Dasar Riset Keperawatan Dan Pengolahan Data Statistik*. CV. Trans Info Media.
- Lingga, L. (2013). *All About Stroke : Hidup Sebelum Dan Sesudah Stroke*. PT Elex Media Komputindo.
- Maryunani. (2017). *Kebutuhan Dasar Manusia*. In Media.
- Nasrullah. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik Jilid 1 Dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan Nanda, Nic dan Noc*. Katalog Dalam Penerbitan (KDT).
- Nursalam. (2011). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Salemba Medika.

Nursalam. (2013). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Salemba Medika.

Organisation, W. H. (2017). *No Title*.

https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/%0A%0A

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2012). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik*. (4th ed.). EGC.

Riskesdas. (2018). *Badan Penelitian Pengembangan Kesehatan Kementerian RI*.

Vaughans, B. W. (2013). *Keperawatan Dasar*. Rapha Publishing.

Widagdo, Wahyu, Suharyanto, Toto, & Aryani, R. (2013). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan sistem Persarafan*. TIM.

Marwati, Varid. 2012. Pengaruh Latihan ROM (Range of Motion) Pasif Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Dengan Hemiparase. <http://www.journal.unipdu.ac.id/index.php/eduhealth/article/view/232>

Nigrum, Widya. 2018. *Efektifitas Range Of Motion (ROM) Aktif Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke*. <http://jurnal.akpergshwng.ac.id/index.php/articel/view/63>

LAMPIRAN



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
PADANG



JLN. SIMP. PONDOK KOPI SITEBA NANGGALO
PADANG TELP. (0751) 7051300 PADANG 25146

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN DASAR

NAMA MAHASISWA : Afri Mursal
NIM : 193110122
RUANGAN PRAKTIK : Ruang Rawat Inap Syaraf RSUP Dr. M
djamil Padang

A. IDENTITAS KLIEN DAN KELUARGA

1. Identitas Klien

Nama : Tn. A
Umur : 14 Agustus 1963(58 tahun)
Jenis Kelamin : Laki-Laki
Pendidikan : SMP
Alamat : Ulu gadut, Padang

2. Identifikasi Penanggung jawab

Nama : Ny. N
Pekerjaan : Ibu rumah tangga
Alamat : Ulu gadut, Padang
Hubungan : Istri

3. Diagnosa Dan Informasi Medik Yang Penting Waktu Masuk

Tanggal Masuk : Senin, 12 April 2022
No. Medical Record : 00.41.59.31
Ruang Rawat : Ruang IV
Diagnosa Medik : Stroke Iskemik
Yang mengirim/merujuk : Dirujuk dari Puskesmas Pauh

Alasan Masuk : Kepala pusing, tekanan darah tinggi(240 mmhg)

4. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

1) Keluhan Utama Masuk :

Klien masuk ke RSUP Dr.M. Djamil padang pada hari Senin tanggal 12 April 2022, pukul 15.30 WIB dibawa keluarga. Pada awalnya klien mengeluh kepala pusing, lalu dibawa keluarga ke Puskesmas Pauh. Saat dilakukan pengecekan didapati tekanan darah klien mencapai 240/150 mmHg, tiba tiba klien mengalami lemah ekstremitas bagian kiri. Kemudian pihak puskesmas merujuk Tn. A ke RSUP Dr. M. Djamil padang melalui IGD dengan keluhan kepala pusing dan mengalami kelemahan ekstremitas bagian kiri.

2) Keluhan Saat Ini (Waktu Pengkajian) :

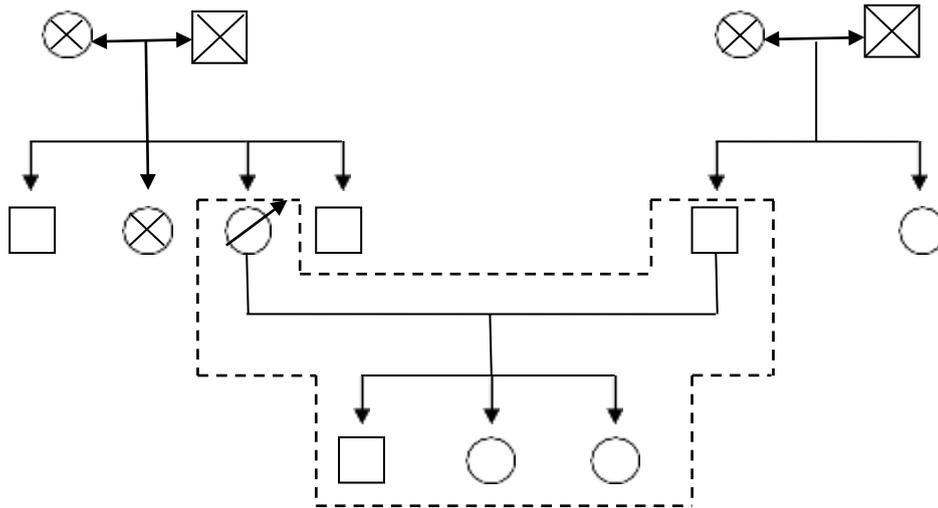
Pada saat pengkajian pada tanggal 13 April 2022, pukul 10.30 WIB klien dalam rawatan hari kedua. Keluhan utama Tn. A yaitu kepala pusing, badan masih terasa lemas, tidak bertenaga dan kaki kiri masih lemah, terasa berat dan sulit digerakan. Aktivitas klien dibantu keluarga, tampak masih terpasang infus NaCl 0,9 % ditangan kanan. Tekanan darah klien 150/90 mmHg, nadi 86 x/i, suhu 36,6°C, pernafasan 20x/i, aktifitas dan kebutuhan klien dibantu oleh keluarga dan perawat.

b. Riwayat Kesehatan Yang Lalu :

Klien diketahui pernah dirawat 3 tahun yang lalu, dengan penyakit stroke, sebelumnya menyerang bagian wajah, ekstremitas bagian kiri. Dan klien diketahui mempunyai riwayat hipertensi sejak ± 5 tahun yang lalu dan tidak terkontrol. Klien juga memiliki kebiasaan hidup tidak sehat, seperti suka makan makanan yang bersantan, dan gorenggorengan. Dan juga jarang melakukan aktivitas fisik (berolahraga).

c. Riwayat Kesehatan Keluarga :

Keluarga klien mengatakan orang tua Tn. A tidak memiliki riwayat hipertensi, penyakit jantung, diabetes melitus dan penyakit jantung lainnya, namun kakak dari Tn. A menderita penyakit yang sama yang sekarang telah meninggal dunia.



Keterangan :

○ : Perempuan

⊗ : Meninggal

- - - : Tinggal serumah

□ : Laki-laki

↗ : Klien

5. Kebutuhan Dasar

a. Makan

Sehat : Tn. A makan 2 × sehari porsi besar, dengan komposisi nasi, lauk, sayur, dan kadang-kadang klien ada makan buah, dan makanan habis. Klien yang suka makan- makanan bersantan dan suka makan goreng-gorengan.

Sakit : Saat dirawat di RS, Tn. A mendapatkan diit tinggi protein dan rendah garam 3 x sehari, klien mengatakan tidak nafsu makan, Klien mengatakan tidak selera memakan diit yang diberikan. Tampak diit klien hanya dihabiskan habis separo.

b. Minum

Sehat : Tn. A minum 6-10 gelas sehari (± 1800 cc/ hari) air putih, klien juga suka mengkonsumsi kopi.

Sakit : Tn. A minum 1-1.5 botol air mineral besar (± 2000 cc/hari).

c. Tidur

Sehat : Tn. A hanya banyak istirahat di rumah seperti duduk dan berbaring. Pada saat malam hari klien tidur 6 sampai 8 jam per hari

Sakit : Tn. A saat di rumah sakit klien hanya berbaring di atas tempat tidur, pada saat malam hari klien mengeluh tidak nyenyak dalam tidur

d. Mandi

Sehat : Klien mampu membersihkan diri (Mandi, keramas, menyikat gigi, ataupun memotong kuku) secara mandiri.

Sakit : Saat sakit Tn.A dibantu keluarga atau perawat dalam melakukan aktifitas kebersihan diri

e. Eliminasi

Sehat : Tn.A BAB biasanya 1-2 kali sehari, dengan konsistensi lunak, warna kuning tua, dan berbau khas dan BAK klien lancar 4 - 7 x sehari, bau khas, warna kuning kecoklatan

Sakit : Selama dirumah sakit, Tn. A belum BAB, dan untuk BAK lancar, dengan bau khas dan warna kuning kecoklatan.

f. Aktivitas pasien

Sehat : Tn.A hanya seorang karyawan swasta, klien dalam melakukan aktifitas rumah dibantu menggunakan tongka

Sakit : Saat klien di rumah sakit klien tampak hanya berbaring di atas tempat tidur dan hanya sesekali duduk, untuk dan saat berjalan ke kamar mandi dibantu oleh keluarga atau perawat.

6. Pemeriksaan Fisik

a. Tinggi / Berat Badan : 165cm / 65 kg

b. Kesadaran : GCS 14 (E4M6V5)

c. Tekanan Darah : 150/90 mmhg

d. Suhu : 36,6 c

- e. Nadi : 80 x/i
- f. Pernafasan: 20 x/i
- g. Rambut : Rambut Tn. A tampak sudah ditumbuhi uban, tampak kusam, berminyak, dan tidak berbau
- h. Telinga : Telinga Tn.A tampak cukup bersih, tampak tidak ada serumen yang melekat.
- i. Mata : Untuk mata klien, tampak simetris dan bersih, fungsi penglihatan tidak ada gangguan.
- j. Hidung : Hidung bersih, simetris kiri dan kanan, tidak ada edema pada hidung, tidak ada pernapasan cuping hidung, penciuman berfungsi dengan baik
- k. Mulut : Tampak mukosa mulut kering, gigi terlihat bersih, dan lidah tampak bersih.
- l. Leher : Pada leher tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening, dan tidak ada pembengkakan kelenjer tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis dan nadi karotis, serata fungsi menelan tidak terganggu.
- m. Toraks
 - Paru : I : Tampak simetris kiri dan kanan, tampak cukup bersih, warna kulit merata, tidak ada lesi ataupun luka.
 - Pa : Fremitus kiri dan kanan
 - Pe : Sonor
 - A : Vesikuler
- n. Abdomen : I : simetris kiri dan kanan, sedikit buncit, tampak cukup bersih, dan warna kulit merata, tidak ad strie ataupun lesi.
 - Pa : Tidak ada nyeri tekan, atau nyri lepas, tidak ada perbesaran hati atau limpa
 - Pe : Tyimpani
 - A : Dengan bising usus normal 12 x/i
- o. Kulit
 - Kulit tampak cukup bersih, tampak ada daki dibeberapa lipatan kulit, kulit tampak kering, dan kusam. Tidak ada oedema, ataupun lesi.

Tampak bekas kemerahan dan ruam akibat garukan, warna kulit merata, terlihat belang pada tangan dan kaki.

p. Ekstremitas

Atas : Pada ekstremitas atas, di tangan bagian kiri tampak terpasang infuse RL 12, akral hangat, CRT < 3 detik, kulit kering, turgor kulit kembali cepat, dan fungsi motorik baik terganggu dengan kekuatan otot 4. Dan pada bagian kanan, Akral teraba hangat, CRT < 3 detik, tidak ada oedema, kulit ampak kering dan kusam, turgor kulit kembali cepat.

Bawah : Pada ekstremitas bagian bawah, di kaki kiri akral teraba dingin, CRT < 3 detik, kulit kering dan kusam, turgor kulit kembali cepat, dan fungsi motorik terganggu kekuatan otot 2. Dan pada bagian kanan, akral teraba dingin, CRT < 3 detik, kulit kering dan kusam, turgor kulit kembali cepat, dan fungsi motorik baik.

Kekuatan otot :

4444	5555
3333	5555

9. Data Psikologis

- Status emosional : Tingkat emosi Tn.A stabil. Keluarga mengatakan Tn.A cukup emosional apabila ada suatu hal yang tidak sesuai dengan keinginannya, keluarga juga mengatakan cenderung suka memikirkan masalah dan memendam masalahnya sendiri.
- Kecemasan : Pasien mengatakan sedikit cemas terhadap penyakit yang dideritanya, namun ia berusaha untuk mengontrol kecemasannya agar tidak memperburuk keadaannya.
- Pola koping : Pola koping Tn.A cukup baik.
- Gaya komunikasi : Tn.A berkomunikasi dengan bahasa Indonesia, berbicara cukup jelas namun suara sangat pelan.
- Konsep Diri : Tn.A merupakan seorang karyawan swasta yang

memiliki 3 orang anak dan memiliki 1 orang cucu.

8. Data Ekonomi Sosial : Tn.A merupakan golongan yang berasal dari ekonomi menengah, istri Tn.A bekerja sebagai ibu rumah tangga dan Tn.A sendiri hanya sebagai karyawan swasta.

9. Data Spiritual : Tn.A beragama islam, beliau yakin Allah akan memberikan kesembuhan selagi masih mau berusaha.

10. Lingkungan Tempat Tinggal

- a. Tempat pembuangan kotoran : Tersedia Wc beserta septitank
- b. Tempat pembuangan sampah : Tn.A mengatakan biasanya membuang sampah di belakang rumah dan dibakar.
- c. Pekarangan : Tn.A mengatakan di pekarangan hanya terdapat beberapa tanaman.
- d. Sumber air minum : Sumber air keluarga dari PDAM
- e. Pembuangan air limbah : Tempat pembuangan air limbah terdapat got.

11. Pemeriksaan laboratorium / pemeriksaan penunjang

Tanggal	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan	
				Pria	Wanita
13/04/2022	Hematologi				
	Hemoglobin	12,3	g/dl	14-18	12-16
	Hemtokrit	40,6	%	40-48	37-43
	Leukosit	10.270	/mm ³	5.000-10.000	
	Trombosit	410.000	/mm ³	150.000-400.000	
	LED	50	mm	0-10	0-15
	PT	12,5	Detik	10,0-13,60	
	APTT	28,3	Detik	29,20-39,40	

Kimia klinik			
GDS	200	mg/dl	70-200
Kolesterol	160	mg/dl	<200
Ureum	25	mg/dl	10-50
Kreatinin	0,7	mg/dl	0,5-1,5
Kalsium	9,9	mEq/l	8,5-10,5
Analisa gas darah			
Ph	7,48		4,6-8,0

12. Pemeriksaa Diagnostik :

Pemeriksaan Radiologi :

13. Program Terapi Dokter

No	Nama Obat	Dosis	Cara
1.	Ranitidin	2x1	IV
2.	Mecobalamin	3x1	OA
3.	Ondansentron	2x1	OA
4.	Flunarizine	2x1	OA
5.	CPG (clopidogrel)	1x7,5	OA
6.	Captopril	12,5 x 1	OA

14. Catatan Tambahan :

Mahasiswa

(AFRI MURSAL)

NIM : 193110122

ANALISA DATA

NAMA PASIEN : Tn. A

NO. MR : 00.41.59.31

NO	DATA	PENYEBAB	MASALAH
1	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none">• Klien, mengatakan saat ini klien mengalami kelemahan pada anggota tubuh bagian kiri terutama pada bagian kaki.• Klien mengatakan sulit mengerjakan kaki sebelah kiri.• Klien mengatakan sering merasakan nyeri pada bagian lutut.• Klien dalam beraktifitas dibantu oleh keluarga atau perawat. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none">• Dinilai dari kekuatan otot, pada ektermitas atas sebelah sebelah kiri kekuatan otot 4,sebelah kanan kekuatan otot 5, dan pada ektermitas bawah bagian kiri kekuatan otot 3 sebelah kakan kekuatan otot 5.• Rentang gerak kaki bagian kiri klien terbatas.• Aktifitaas klien tampak dibantu oleh keluarga atau perawat	Kelemahan	Gangguan mobilisasi fisik.

2	DS : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan kesulitan berjalan. • Klien mengatakan agak sulit mengangkat kaki. • Klien mengatakan jika berjalan harus harus menggunakan alat bantu toonkat. 	Resiko jatuh	Gangguan mobilisasi
---	---	--------------	---------------------

DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Tn. A

NO. MR : 00.41.59.31

Tanggal Muncul	No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Teratasi	Tanda Tangan
13 april 2022	1	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	17 april 2022	
13 april 2022	2	Resiko jatuh	17 april 2022	

PERENCANAAN KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Tn. A

NO. MR : 00.41.59.31

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan						
		Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)					
1	<p>Gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan kelemahan otot. Defenisi : Keterbatasan dalam gerak fisik dari suatu atau lebih ekstermitas secara mandiri. Penyebab :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Gangguan Neuromuskular b. Penurunan kekuatan otot. c. Kekakuan sendi <p>Gejala dan Tanda Mayor <i>Subjektif</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mengeluh sulit mengerakan ekstermitas <p><i>Objektif</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kekuatan otot menurun b. Rentang gerak (ROM) menurun. <p>Gejala dan Tanda Minor <i>Subjektif</i> :</p> <p>-</p> <p><i>Objektif</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sendi Kaku b. Gerakan Terbatas 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan, gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> a. Pergerakan ekstermitas meningkat. b. Kekuatan otot meingkat. c. Rentang gerak (ROM) meningkat. d. Kelemahan fisik menurun. 	1	2	3	4	5	<p>Dukungan Mobilisasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi adanya kekakuan sendi dan keluhan fisik lainnya. b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. c. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi. d. Monitor tekanan darah sebelum sebelum melalui mobilisasi, mobilisasi yang dilakukan (ROM) e. Monitor kondisi umum selama
1	2	3	4	5				

			<p>melakukan mobilisasi.</p> <p>f. Fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu.</p> <p>g. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.</p>
--	--	--	--

2	Resiko jatuh	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan, gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan criteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien tidak jatuh saat berdiri b. Klien tidak jatuh saat berjalan. c. Klien tidak jatuh saat di kamar mandi. d. Klien tidak jatuh saat dipindahkan. 	<p>Pencegahan jatuh</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi faktor resiko jatuh b. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (lantai licin, penerangan kurang) c. Gunakan alat bantu berjalan. d. Pasang pagar tempat tidur. e. Orientasikan ruangan pada klien atau keluarga. f. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin. g. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah.
---	--------------	--	---

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Tn. A

NO. MR : 00.41.59.31

TGL	Diagnosa Keperawatan	Implementasi keperawatan	Evaluasi Keperawatan (SOAP)
13 April 2022	Gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan kelemahan otot.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur tekanan darah klien sebelum dilakukan latihan mobilisasi pukul 10.30 wib. TD : 140/90 mmhg. 2. Menkaji apakah adanya tanda tanda peningkatan TIK (sakit kepala, muntah proyektil, edema, kejang dll) 3. Mengatur posisi klien semi fowler atau senyaman muungkin. 4. Melakukan tindakan ROM pada ekstermitas bagian kiri. 5. Mengukur tekanan darah klien setelah dilakukanya tindakan ROM. TD : 140/90 6. Mengajarkan keluarga merubah dan mengatir posisi klien. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan anggota gerak bagian kiri masih lemah dan terasa berat. • Terganggunya aktifitas yang dilakukan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kekuatan otot ekstermitas bagian kiri masih bernilai 3. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masalh belum teratasi. <p>P :</p> <p>Intervensi dan implementasi latihan mobilisasi(ROM) dilanjutkan.</p>

<p>13 April 2022</p>	<p>Resiko jatuh</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi resiko jatuh. 2. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang mempengaruhi resiko jatuh. 3. Memantau gaya klien dalam berjalan. 4. Memantau kemampuan klien dalam berpindah. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan masih memerlukan bantuan dalam melakukan aktifitas khususnya berjalan ke kamar mandi. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien masih tampak lambat dan berhati hati dalam berjalan. • Klien berjalan tampak menggunakan tongkat dan dibantu oleh keluarga atau perawat. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masalah belum teratasi. <p>P :</p> <p>Intervensi dan implementasi tindakan pencegahan jatuh dilanjutkan</p>	
<p>14 April 2022</p>	<p>Gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan kelemahan otot</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur tekanan darah klien sebelum dilakukan latihan mobilisasi pukul 10.30 wib. TD : 140/90 mmhg. 2. Menkaji apakah adanya tanda tanda peningkatan TIK (sakit kepala, muntah proyektil, edema, kejang dll) 3. Mengatur posisi klien semi fowler atau senyaman muungkin. 4. Melakukan tindakan ROM pada ekstermitas bagian kiri. 5. Mengukur tekanan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan anggota gerak bagian kiri masih lemah dan terasa berat. • Terganggunya aktifitas yang dilakukan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kekuatan otot ekstermitas bagian kiri masih bernilai 3. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masalh belum teratasi. 	

		<p>darah klien setelah dilakukanya tindakan ROM. TD : 140/90</p> <p>6. Mengajarkan keluarga merubah dan mengatur posisi klien.</p>	<p>P :</p> <p>Intervensi dan implementasi latihan mobilisasi(ROM) dilanjutkan</p>	
14 April 2022	Resiko jatuh	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi resiko jatuh. 2. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang mempengaruhi resiko jatuh. 3. Memantau gaya klien dalam berjalan. 4. Memantau kemampuan klien dalam berpindah 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan masih memerlukan bantuan dalam melakukan aktifitas khususnya berjalan ke kamar mandi. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien masih tampak lambat dan berhati hati dalam berjalan. • Klien berjalan tampak menggunakan tongkat dan dibantu oleh keluarga atau perawat. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masalah belum teratasi. <p>P :</p> <p>Intervensi dan implementasi tindakan pencegahan jatuh dilanjutkan</p>	

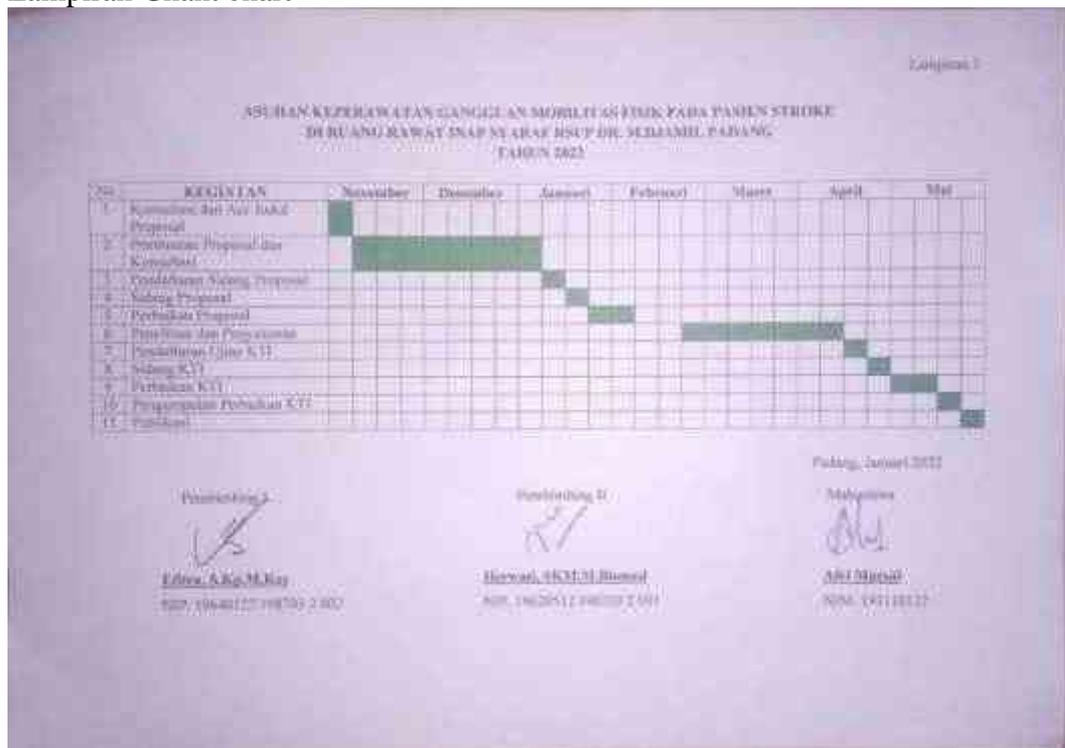
15 April 2022	Gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan kelemahan otot	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur tekanan darah klien sebelum dilakukan latihan mobilisasi pukul 10.30 wib. TD : 140/90 mmhg. 2. Menkaji apakah adanya tanda tanda peningkatan TIK (sakit kepala, muntah proyektil, edema, kejang dll) 3. Mengatur posisi klien semi fowler atau senyaman muungkin. 4. Melakukan tindakan ROM pada ekstermitas bagian kiri. 5. Mengukur tekanan darah klien setelah dilakukanya tindakan ROM. TD : 140/90 6. Mengajarkan keluarga merubah dan mengatir posisi klien. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan anggota gerak bagian kiri masih lemah dan terasa berat. • Terganggunya aktifitas yang dilakukan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kekuatan otot ekstermitas bagian kiri masih bernilai 3. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masalh belum teratasi. <p>P :</p> <p>Intervensi dan implementasi latihan mobilisasi(ROM) dilanjutkan.</p>	
15 April 2022	Resiko jatuh	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi resiko jatuh. 2. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang mempengaruhi resiko jatuh. 3. Memantau gaya klien dalam berjalan. 4. Memantau kemampuan klien dalam berpindah. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan masih memerlukan bantuan dalam melakukan aktifitas khususnya berjalan ke kamar mandi. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien masih tampak lambat dan berhati hati dalam berjalan. • Klien berjalan tampak menggunakan tongkat dan dibantu oleh keluarga atau perawat. 	

			<p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masalah belum teratasi. <p>P :</p> <p>Intervensi dan implementasi tindakan pencegahan jatuh dilanjutkan</p>	
16 April 2022	Gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan kelemahan otot	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur tekanan darah klien sebelum dilakukan latihan mobilisasi pukul 10.30 wib. TD : 140/90 mmhg. 2. Menkaji apakah adanya tanda tanda peningkatan TIK (sakit kepala, muntah proyektil, edema, kejang dll) 3. Mengatur posisi klien semi fowler atau senyaman muungkin. 4. Melakukan tindakan ROM pada ekstermitas bagian kiri. 5. Mengukur tekanan darah klien setelah dilakukanya tindakan ROM. TD : 140/90 6. Mengajarkan keluarga merubah dan mengatir posisi klien. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan anggota gerak bagian kiri masih lemah dan terasa berat. • Terganggunya aktifitas yang dilakukan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kekuatan otot ekstermitas bagian kiri mengalami peningkatan, kekuatan otot bernilai 4 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masalh belum teratasi. <p>P :</p> <p>Intervensi dan implementasi latihan mobilisasi(ROM) dilanjutkan</p>	

16 April 2022	Resiko jatuh	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi resiko jatuh. 2. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang mempengaruhi resiko jatuh. 3. Memantau gaya klien dalam berjalan. 4. Memantau kemampuan klien dalam berpindah. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> •Klien mengatakan masih memerlukan bantuan dalam melakukan aktifitas khususnya berjalan ke kamar mandi. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> •Klien masih tampak lambat dan berhati hati dalam berjalan. •Klien berjalan tampak menggunakan tongkat dan dibantu oleh keluarga atau perawat. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> •Masalah belum teratasi. <p>P :</p> <p>Intervensi dan implementasi tindakan pencegahan jatuh dilanjutkan</p>	
17 April 2022	Gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan kelemahan otot	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur tekanan darah klien sebelum dilakukan latihan mobilisasi pukul 10.30 wib.TD : 140/90 mmhg. 2. Menkaji apakah adanya tanda tanda peningkatan TIK (sakit kepala, muntah proyektil, edema, kejang dll) 3. Mengatur posisi klien semi fowler atau senyaman 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> •Klien mengatakan anggota gerak bagian kiri masih lemah dan terasa berat. •Terganggunya aktifitas yang dilakukan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> •Kekuatan otot ekstermitas bagian kiri mengalami peningkatan, kekuatan otot bernilai 4 	

		<p>muungkin.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Melakukan tindakan ROM pada ekstermitas bagian kiri. 5. Mengukur tekanan darah klien setelah dilakukanya tindakan ROM. TD : 140/90 6. Mengajarkan keluarga merubah dan mengatur posisi klien. 	<p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masalh belum teratasi. <p>P :</p> <p>Intervensi dan implementasi latihan mobilisasi(ROM) dilanjutkan</p>	
17 April 2022	Resiko jatuh	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi resiko jatuh. 2. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang mempengaruhi resiko jatuh. 3. Memantau gaya klien dalam berjalan. 4. Memantau kemampuan klien dalam berpindah. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien sudah mampu sendiri dalam melakukan aktifitas khususnya berjalan ke kamar mandi. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien berhati hati dalam berjalan. • Klien berjalan tampak menggunakan tongkat. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masalah teratasi sebagian. <p>P :</p> <p>Intervensi dan implementasi dilanjutkan secara mandiri oleh klien</p>	

Lampiran Ghant chart



Lampiran survey data

	KEMENTERIAN KESEHATAN RI BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG <small>Jl. Simpang Pandoik Kopi Mandialit Telp. (0751) 7051200 Faks. (0751) 7051128 PADANG 25144 Email : cspp@kspad.kemkes.go.id Telp. Jurusan Keperawatan (0751) 7051040</small>	
Nomor	: PP.03.01/0864 / 2021	16 Desember 2021
Lamp		
Perihal	: <u>Izin Survey Data</u>	
 Kepada Yth. : Direktur RSLP Dr. M. Djamil Padang. Di Tempat		
Dengan hormat,		
Sehubungan dengan dilaksanakannya Penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah (KTI) / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang Semester Ganjil TA. 2021/2022, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan Survey Data di Instansi yang Bapak/Ibu Pimpin (Nama Mahasiswa Terlampir);		
Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih.		
 Direktur Poltekkes Kemenkes Padang  Dr. Buchan Muslim, SKM, M.Si Nip. 196101131986031002		

Lampiran Nama-nama mahasiswa yang melakukan survey

 KEMENTERIAN KESEHATAN RI BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG <small>N. KAMPANG POMORIS BUNTI MANUSIAID TELP. (0753) 7051390 FAX: (0753) 7054128 PADANG 25142</small>			
		Lampiran	
		Notasi	PP.03.01/ /2021
		Tanggal	16 Desember 2021
NAMA-NAMA MAHASISWA YANG MELAKUKAN SURVEY DATA			
NO	NAMA	NIM	JUDUL PROPOSAL KTI
1	Areka Novita	193110136	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Vitalitas dan Tidur pada Pasien TB Paru Di Ruang IRNA Penyakit Dalam RSUP DR.M.Djamil Padang.
2	Bunga Latifa	193110130	Asuhan Keperawatan pada Pasien CHF Di Bangsal Jantung RSUP DR.M.Djamil Padang
3	Gusti Anggun Rizovi	193110134	Asuhan Keperawatan pada Pasien Kanker Payudara Di IRNA Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang
4	Indah Triana Putri	193110137	Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Sindroma Nefrotik Di Ruang IRNA Kebidanan Dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang
5	Mutiara Putri Sari	193110141	Asuhan Keperawatan pada Pasien Kanker Serviks Di IRNA Kebidanan & Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang
6	Nurul Fatihah Sari	193110144	Asuhan Keperawatan Jiwa Gangguan Konsep Diri pada Pasien Stroke Di RSUP Dr.M.Djamil Padang.
7	Ade Surya Ningsih	193110121	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigen pada Pasien dengan Tb Paru Di Irna Penyakit Dalam RSUP Dr.M.Djamil Padang
8	Sinta Arya Ningsih	193110153	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi pada Pasien CHF di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang
9	Zahrotul Jannah	193110200	Asuhan Keperawatan pada Pasien Hipertensi dengan Diabetes Mellitus (DM) Di IRNA Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang

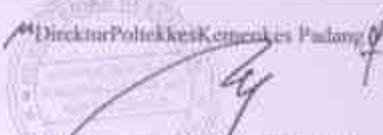


KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG



Jl. EMPANG POROH KOTO WANGGAL II TELP. (0751) 7081700 FAX. (0751) 7081129 PADANG 26144

10	Adei Tamara	193110161	Asuhan Keperawatan Gangguan Rasa Nyaman Nyeri pada Pasien dengan Infark Miokard Akut di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang
11	Afri Murni	193110122	Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Iskemik di Ruang Inap Syarif RSUP DR. M. Djamil Padang
12	Farda Apta Wandri	193110173	Asuhan Keperawatan pada Pasien Human Immunodeficiency Virus (HIV) Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) Di Ruang Penyakit Dalam RSUP DR. M. Djamil Padang
13	Ali Akbar Prayana	193110123	Asuhan Keperawatan Gangguan Keseimbangan Cairan dan Elektrolit pada Pasien dengan CKD di RSUP Dr. M. Djamil Padang


Direktur Poltekkes Kemenkes Padang
Dr. Burhan Muslim, SKM, M.Si
Nip. 196101131986031002

Lampiran Izin survei awal instalasi rekam medis

LEMBAGA / ORGANISASI
Instalasi Rekam Medis

Instansi
Nama : Koordinator Penelitian Dan Pendidikan
No. / Ringkasan : 2018 Survei Awal / Izin Melakukan Penelitian di : *RS. ...*

ISTRUKSI / INFORMASI :	DITERUSKAN KEPADA :
<p><i>Dr. Ferry ...</i></p> <p><i>Maha ...</i></p> <p><i>Yang ...</i></p> <p style="text-align: right;"><i>30.12.2018</i></p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Ka Instalasi Rekam Medis<input type="checkbox"/> Sekretaris Rekam Medis<input type="checkbox"/> Sub PJ Administrasi<input type="checkbox"/> Sub PJ Logistik<input type="checkbox"/> PJ Rekam Medis IGD<input type="checkbox"/> PJ Rekam Medis Rawat Jalan<input type="checkbox"/> PJ Pengelolaan Rekam Medis Rawat Inap<input checked="" type="checkbox"/> PJ Monitoring-Evaluasi Rekam Medis & Penelitian<input type="checkbox"/>

Lampiran ka. Instalasi rekam medis



RSUP DR. M. DJAMIL PADANG
DIREKTORAT SDM, PENDIDIKAN DAN UMUM
KELOMPOK SUBSTANSI PENDIDIKAN & PENELITIAN

Jl. Perintis Kemerdekaan Padang - 25127
Telp. (0751) 853334, 850232, 850254, ext 248
Email : drham@rsupamdiptak.com

NOTA DINAS
Nomor : LB.01.02/KM/1.3.2021-0/KM/2021

Vts : 1) Ka. Instalasi Rekam Medis
2) Ka. RNA Non Bedah (Neuro)

Dari : SUC-Koordinator Penelitian dan Pengembangan
142 : Iain Survei Awal
Tanggal : 23 Desember 2021

Sehubungan dengan rencana tersebut di bawah ini akan melakukan studi pendahuluan guna menyusun proposal penelitian, maka dengan ini kami mohon bantuannya untuk memberikan data awal/terangan sebagai:

Nama : Ahi Mursal
NIM/SP : 193110122
Institusi : D3 Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

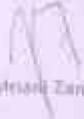
Untuk mendapatkan informasi di Bagian Baskitbu dalam rangka melakukan penelitian dengan judul:

"Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien Stroke Iskemik di Ruang Inap Syarif RSUP Dr. M. Djamil Padang"

Demiikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

ka. U.P. Kurni Sita: SUC

Dr. 28/12/21 (10:51)


H. Afrizal Zenu

Lampiran ka. IRNA Non Bedah (Neuro)



RSUP DR. M. DJAMIL PADANG
DIREKTORAT SDM, PENDIDIKAN DAN UMUM
KELOMPOK SUBSTANSI PENDIDIKAN & PENELITIAN

Jl. Perintis Kemerdekaan Padang 25127
Telp. (0751) 893324, 810253, 810254, ext 245
Email : dkk@rsupjamil@yahoos.com

NOTA DINAS

Nomor : LB.01.02/KVI.1.3.2/Ver2/XII/2021

Yth
1. Ka. Instalasi Rekam Medis
2. Ka. IRNA Non Bedah (Neuro)

Dari : JIub Koordinator Penelitian dan Pengembangan
Hal : Izin Survei Awal
Tanggal : 23 Desember 2021

Sehubungan dengan peneliti tersebut di bawah ini akan melakukan studi pendahuluan guna menyusun proposal penelitian, maka dengan ini kami mohon bantuannya untuk memberikan data awal/keterangan kepada

Nama : Afri Mursal
NIM/ BP : 193110122
Instansi : D3 Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Untuk mendapatkan informasi di Bagian Bapak/Ibu dalam rangka melakukan penelitian dengan judul

"Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien Stroke Iskemik di Ruang Inap Syaraf RSUP Dr. M. Djamil Padang"

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih

Kepada Yth Bapak dan Ibu kami
A. intervensi Non Bedah (Neurolog) Agar dapat
libas penelitian ini di Afri Mursal
Atas bantuan dan pertimbangannya diucapkan
Terima kasih

dr. Adriani Zanir

Lampiran Izin Penelitian

 **KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG
JL. SIKKANG PONDOK KEP. HANDELO TELP. (0751) 702201 FAX: (0751) 702228 PADANG 25145
WWW.POLITEKNIKKESEHATANPADANG.AC.ID 

Nomor : PP.03.01/s-PTG/2022
Perihal : Izin Penelitian 11 Februari 2022

Kepada Yth :
Direktur RSUP Dr.M.Djamil Padang
Di
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan telah dilaksanakannya Ujian Seminar Proposal Karya Tulis Ilmiah / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D-3 Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan *Penelitian* di Institusi yang Bapak/Ibu Pimpin a.n :

NO	N A M A /NIM	JUDUL KTI
1	Afri Marsal / 193110122	Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien Stroke di Ruang Rawat Inap Syaraf RSUP Dr.M.Djamil Padang Tahun 2022

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih.


Dr. Barhan Muslim, N.K.M.Ni
NIP. 199101111986151002

Lampiran Izin Melakukan Penelitian

 **KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH-SAKIT UMUM PUSAT DR. M. DJAMIL PADANG
Jalan Perintis Kemerdekaan Padang - 25127
Phone: (0751) 32271, 610253, 510254 Fax: (0751) 323731
Website: www.rsdjamil.co.id E-mail: rsudjamil@yahoo.com



Nama: **Dr. M. Nur Hafid** No. 10/2022 06 April 2022
Pendid: **Dokter Spesialis Penyakit
a.b. An Mursaf**

Yang terhormat,
Direktur Poliklinik Kesehatan Padang
Di Tempat

Sehubungan dengan surat Direktur Poliklinik Kesehatan Padang Nomor
PP.03.01/10/2022 tanggal 11 Februari 2022 perihal tersebut di atas, bersama ini kami
sampaikan bahwa tidak ada prasyarat kami tidak keberatan untuk memberi izin kepada:

Nama: **An Mursaf**
NIP: **193110122**
Jabatan: **Dokter Program Studi Keperawatan Poliklinik Kesehatan Padang**

Untuk melakukan penelitian di rumah sakit yang Bapak/Ibu pimpin dalam rangka
pembuatan tesis dan skripsi dengan judul:

**"Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien Stroke di
Ruang Rawat Inap Syaraf RSUP Dr. M Djamil Padang Tahun 2022"**

Dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Penelitian yang bersifat ilmiah, telah mendapat persetujuan dari panitia etik
penelitian kesehatan sebelum dilaksanakannya "Ethical Clearance".
2. Semua informasi yang diperoleh di RSUP Dr. M. Djamil Padang semata-mata
digunakan untuk perkembangan ilmu pengetahuan dan tidak disebarkan
pada pihak lain yang tidak bersangkutan.
3. Hasil penelitian yang telah selesai karya tulis ke Bagian Diklat RSUP Dr.
M. Djamil Padang dalam bentuk CD soft copy/soft link
rsudjamil@yahoo.com
4. Seluruh biaya yang bersangkutan pembayaran penelitian adalah tanggung jawab si
peneliti.

Demi keadilan kami sampaikan, jika perhatian dan kerjasamanya diharapkan terima
kasih.

a.n. Koordinator Pendidikan & Penelitian
Sub Koordinator Penelitian & Pengembangan


dr. Adhikar Lubis
NIP. 197301112005012008

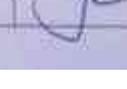
Terselamat
1. Kepada Tuhan
2. Yang berkeadilan

 **TERAKREDITASI KAR**
★★★★★

Lampiran Lembar Konsul KTI Pembimbing 1

PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES PADANG

Nama : Afi Mursil
 NIM : 193110122
 Pembimbing I : Effira, S.Kp, M.Kep
 Judul : Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Iskemik di ruang Rawat Inap RSLP DR. M. Djamil Padang Tahun 2022

No	Tanggal	Kegiatan atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	11 September 2021	Identifikasi masalah Pasg	
2	16 Oktober 2021	BAB I	
3	18 Oktober 2021	BAB I, II	
4	8 November 2021	BAB I, II, III	
5	16 Desember 2021	-/-	
6	20 Desember 2021	-/-	
7	30 Desember 2021	-/-	
8	6 Januari 2022	-/-	
9	10 Januari 2022	-/-	
10	13/1 - 2022	ACE 7/8/3	

No	Tanggal	Kegiatan atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
11	8 Mei	bas III & IV	
12	9 Mei	-6-	
13	12 Mei	-11-	
14	14 Mei 2022	Atc / S128	

Catatan:

1. Lembar konsul harus dibawa setiap kali konsultasi
2. Lembar konsul diserahkan ke panitia sidang sebagai salah satu syarat pendaftaran sidang

Mengetahui

Ketua Prodi D III Keperawatan Padang



Heppi Saumih, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwu

Lampiran Lembar konsul KTI Pembimbing 2

**LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES PADANG
POLTEKKES KEMENKES PADANG**

NAMA : Afri Murnia
 NIM : 193110122
 PEMBIMBING 2 : Herwati, SKM, M.Biomed
 JUDUL : Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien Stroke Iskemik di Ruang Inap Syaraf RSUP Dr.M.Dajmil Padang Tahun 2022

No	Tanggal	Kegiatan atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	14 Desember 2021	Ace Judul	
2	16 Desember 2021	Konsul Bab I, Daftar isi	
3	30 Desember	Konsul BAB 1 BAB 2 Daftar Pustaka	
4	4 Januari 2022	Konsul BAB 1 BAB 2 Kaba Pengantar Daftar Pustaka	
5	8 Januari 2022	Konsul BAB 1 BAB 2 Kaba Pengantar Daftar Pustaka	
6	6 Januari 2022	Konsul BAB 1 BAB 2 BAB 3 Kaba Pengantar Pustaka	
7	3 Januari 2022	Konsul BAB 3 Soal trial Daftar Pustaka	
8	9 Januari 2022	Ace ujian Proposal	
9	9 Mei 2022	BAB III IV V	
10	10 Mei	— II —	
11	11 Mei	— II —	
12	12 Mei	Ace ujian Hasil KTI	

Lampiran Informed Consent

Lampiran

INFORMED CONCENT

(Lembar Persetujuan)

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Responden : *Atha Kampani*
Umur/ tgl lahir : *58 tahun / 14-08-1963*
Penanggung jawab : *Muhammad Ali Hafid*
Hubungan : *Anda ke-3*

Setelah mendapat penjelasan dari saudara peneliti, saya bersedia menjadi responden pada penelitian atas nama **Afri Mursal, NIM 193110122**, Mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Demikianlah surat persetujuan ini saya tanda tangan tanpa ada paksaan dari pihak manapun

Padang, 2022

Responden

AP
(*Ali Hafid*)

Lampiran Daftar Hadir Penelitian

DAFTAR HADIR PENELITIAN

Nama : Afri Mursal
Nim : 193110122
Institusi : Poltekkes Kemenkes RI Padang
Judul : Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien Stroke di Ruang Inap Syaraf RSUP Dr.M.Djamil Padang Tahun 2022

No	Hari/Tanggal	TTD Mahasiswa	TTD Pegawai Ruangan
1.	Rabu, 13 April 2022	Afri	Dr. Don Yeston
2.	Kamis, 14 April 2022	Afri	Dr. Anggi Marlina
3.	Jumat, 15 April 2022	Afri	Dr. ...
4.	Sabtu, 16 April 2022	Afri	Dr. ueni sur susanti
5.	Minggu, 17 April 2022	Afri	Dr. ...

Padang, April 2022
Ka. Ruangan IRNA Syaraf
(Inap syaraf Neuro)

(

)


Lampiran Telah selesai penelitian

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. M. DJAMIL PADANG
Jalan Perintis Kemerdekaan Padang - 26127
Phone : (0751) 32371, 810253, 810254 Fax. (0751) 323731
Website : www.rsdjamil.co.id, E-mail : rsupdjamil@yahoo.com



SURAT KETERANGAN
LB.01.02/XVI.1.3.2/000.V/2022

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. Adriani Zanir
NIP : 197309112008012008
Jabatan : Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Ari Mursal
NIM/BP : 193110123
Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Telah selesai melakukan penelitian di Instalasi Rawat Inap Non Bedah (Penyakit Dalam) RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 13 April 2022 s.d 17 April 2022, guna pembuatan karya tulis/skripsi/tesis/disertasi yang berjudul :

"Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien Stroke di Ruang Rawat Inap Syaraf RSUP Dr. M Djamil Padang Tahun 2022 "

Demikianlah surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Padang, 12 Mei 2022

u.p. Koordinator Pendidikan & Penelitian
Sub Koordinator Penelitian & Pengembangan


dr. Adriani Zanir
NIP. 197309112008012008

 **TERAKREDITASI KARS**
★ ★ ★ ★ ★ ★