

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE HEMORAGIK DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK
MENGGUNAKAN TERAPI *RANGE OF MOTION (ROM)* PASIF
DI RUANG MELATI DI RSD BALUNG JEMBER**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



Oleh:

Ivadatus Muttahida,S.Kep

NIM 22101027

PROGRAM STUDI PROFESI NERS

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS dr. SOEBANDI

JEMBER

2023

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE HEMORAGIK DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK
MENGGUNAKAN TERAPI *RANGE OF MOTION (ROM)* PASIF
DI RUANG MELATI DI RSD BALUNG JEMBER**

KARYA ILMIAH AKHIR (KIA)
Untuk Memenuhi Persyaratan Memperoleh Gelar Profesi Ners



Oleh:

Ivadatus Muttahida,S.Kep
NIM 22101027

PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS dr. SOEBANDI
JEMBER

2023

PERNYATAAN ORISINALIS KARYA ILMIAH AKHIR (KIA)

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ivadatus Muttahida

NIM : 22101027

Tempat,Tanggal Lahir : Lumajang, 03 agustus 1999

Program Studi : Profesi Ners

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Karya Ilmiah Akhir (KIA) yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambilan tulisan atau hasil tulisan orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan laporan Karya Ilmiah Akhir (KIA) ini adalah karya orang lain atau ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam Karya Ilmiah Akhir (KIA) ini. Maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Jember, 29 Desember 2023

Yang Menyatakan,



Ivadatus Muttahida,,S.Kep
22101027

LEMBAR PERSETUJUAN

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Hemoragik Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Menggunakan Terapi *Range Of Motion (Rom) Pasif* Di RSD Balung Jember.

Nama Lengkap : Iavadatus Muttahida

NIM : 22101027

Jurusan : Profesi Ners

Fakultas : Ilmu Kesehatan Universitas dr. Soebandi Jember

Dosen Pembimbing

Nama Lengkap : Akhmad Efrizal Amrullah, S.Kep, Ns.,M.Si

NIDN : 0719128102

Menyetujui,

Ketua Program Studi Profesi Ners,



Emi Eliya Astutik S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 07020028703

Dosen Pembimbing,



Akhmad Efrizal Amrullah, S.Kep, Ns.,M.Si
NIDN. 0719128102

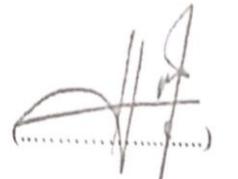
LEMBAR PENGESAHAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE HEMORAGIK DENGAN MASALAH KEPERAWATAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK MENGGUNAKAN TERAPI *RANGE OF MOTION (ROM)* *PASIF* DI RUANG MELATI DI RSD BALUNG JEMBER

Telah berhasil di pertahankan di hadapan Dewan Penguji dalam ujian sidang karya ilmiah akhir ners pada tanggal 27.Bulan 12.Tahun 2023 dan telah di terima sebagai persyaratan yang di perlukan untuk meraih gelar Ners pada Program Studi Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas dr.Soebandi Jember.

DEWAN PENGUJI

Penguji 1 : (Ns.Handana Indra, S.Kep)
NIP. 198511301010608084



Penguji 2 : (Wike Rosalini, S.Kep.,Ns.,M.Kes)
NIDN.0708059102



Penguji 3 : (Akhmad Efrizal Amnullah, S.Kep.,Ns.,M.Si) (.....)
NIDN.0719128102



KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, Segala Puji bagi Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penyusunan Karya Ilmiah Akhir (KIA) ini dapat terselesaikan. Karya Ilmiah Akhir (KIA) ini di susun untuk memenuhi salah satu persyaratan menyelesaikan pendidikan Program Studi Profesi Ners Universitas dr. Soebandi dengan judul “ Asuhan keperawatan pada Pasien Stroke Hemoragik Dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik Menggunakan Terapi *Range Of Motion (Rom)* Pasif di RSD Balung Jember” .

Selama proses penyusunan Karya Ilmiah Akhir (KIA) ini, penulis di bimbing dan dibantu oleh berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Andi Eka Pranata,S.ST., S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku Rektor Universitas dr Soebandi Jember
2. Apt. Lindawati Setyianingrum,.M.Farm Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas dr. Soebandi Jember
3. Emi Eliya Astutik, S.Kep.,Ns.,M.Kep Ketua Program Studi Profesi Ners Universitas dr. Soebandi Jember
4. Akhmad Efrizal Amrullah, S.Kep.,Ns.,M.Si selaku Pembimbing Akademik
5. Ns. Handana Indra, S.Kep selaku Ketua penguji karya ilmiah akhir (KIA) Program Profesi Ners Keperawatan Universitas dr Soebandi Jember

6. Wike Rosalini, S.Kep., Ns.,M.Kes selaku penguji II Karya Ilmiah Akhir (KIA) program profesi Ners Keperawatan Universitas dr. Soebandi Jember.

Penulis tentu menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih jauh dari kata sempurna. Penulis mengharapkan kritik serta saran dari semua pihak demi kesempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini. Semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat bermanfaat. Akhir kata penulis mengucapkan terimakasih.

Jember, 23 April 2023

Ivadatus Muttahida
NIM 22101027

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai civitas akademika Universitas dr Soebandi Jember, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :Ivadatus Muttahida
Nim :22101027
Departemen :Keperawatan Dasar
Fakultas :Kesehatan
Jenis Karya :Karya Ilmiah Akhir

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, saya menyetujui untuk memberikan kepada Universitas dr. Soebandi Hak Bebas *Royalti Nonekslusif (Non-exclusive Royalty Free Right)* atas karya ilmiah akhir saya yang berjudul:

“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Hemoragik Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Menggunakan Terapi Range Of Motion (Rom) Pasif Di Rsd Balung Jember”

Beserta perangkat yang ada (jika di perlukan). Dengan hak bebas royalti ini, maka universitas dr. Soebandi berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan karya ilmiah akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis, pencipta dan pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Di buat di : Jember

Tanggal :27 Desember 2023

Yang Menyatakan

(Ivadatus Muttahida, S.Kep)

22101027

ABSTRAK

Muttahida, Ivadatus* Amrullah, Akhmad Efrizal**2023 **Asuhan Keperawatan Pada Stroke Hemoragik Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Menggunakan Terapi Range Of Motion (Rom) Pasif di RSD Balung Jember.** Program Studi Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Dr Soebandi Jember.

Latar Belakang Stroke merupakan suatu sindrom klinis yang berkembang secara cepat akibat dari kelainan otak lokal atau global akibat adanya gangguan aliran darah dalam otak yang timbul secara tiba-tiba (dalam hitungan detik) atau cepat (dalam hitungan jam) sehingga dapat menyebabkan sumbatan atau pecahnya pembuluh darah otak. Stroke dapat menyebabkan hemiparesis yaitu suatu kondisi yang menyebabkan kelemahan pada sisi tubuh sehingga menyulitkan pergerakan dan menganggu aktivitas sehari-hari pada pasien dengan masalah motorik atau otot. Oleh karena itu dapat menjalani aktivitasnya perlu dilakukan latihan *Latihan Range Of Motion (ROM)* pasif .

Metode desain yang dilakukan pada penelitian ini wawancara, intervensi, observasi dan studi dokumentasi. Subjek penelitian ini yaitu pasien yang mengalami stroke dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik.

Hasil berdasarkan evaluasi pada hari pertama pasien tidak terjadi peningkatan kekuatan otot, kekuatan otot mengalami peningkatan satu poin setelah hari ke tiga.

Kesimpulan *Latihan Range of motion (ROM)* pasif efektif dalam meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik.

Kata Kunci: Stroke, Range of Motion (ROM), Gangguan Mobilitas Fisik

*Peneliti

** Pembimbing

ABSTRACT

Muttahida, Ivadatus* Amrullah, Ahmad, Efrizal** 2023 **Nursing Care For Hemoragic Stroke With Physical Mobility Impaired Nursing Problemz Using Passive Range Of Motion (Rom) Therapy at RSD Balung Jember.** Nursing Professional Study Program, Faculty of Health Sciences, Dr Soebandi Jember.

Introduction Stroke is a clinical syndrome that develops rapidly as a result of local or global brain abnormalities due to disruption of blood flow in the brain that arises suddenly (within seconds) or quickly (within hours) so that it can cause blockage or rupture of brain blood vessels. Stroke can cause hemiparesis, which is a condition that causes weakness in one side of the body, making movement difficult and disrupting daily activities due to motor or muscle problems. Therefore, to be able to carry out activities, you need to do passive Range of Motion (ROM) exercises.

Methods The design carried out in this research was interviews, intervention, observation and documentation studies. The subjects of this research were patients who experienced a stroke with nursing problems of impaired physical mobility.

Result Based on the evaluation on the first day of the patient there was no increase in muscle strength, muscle strength increased by one point after the third day.

Discussion Passive range of motion (ROM) exercises are effective in increasing muscle strength in stroke patients with nursing problems of impaired physical mobility.

Keywords: Stroke, Range of Motion (ROM), Physical Mobility Disorders

* Researcher

** Mentor

DAFTAR ISI

COVER.....	ii
PERNYATAAN ORISINTALIS KARYA ILMIAH AKHIR (KIA).....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS.....	viii
ABSTRAK.....	ix
<i>ABSTRACT</i>	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR SINGKATAN.....	xv
DAFTAR TABEL.....	xvi
DARTAR LAMPIRAN.....	xvii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.3.1 Tujuan Umum.....	3

1.3.2 Tujuan Khusus.....	3
1.4 Manfaat Penelitian	4
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	4
1.4.2 Manfaat Praktis.....	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	5
2.1 Konsep Stroke Hemoragik	5
2.1.1 Pengertian Stroke Hemoraagik	5
2.1.2 Etiologi Stroke Hemoragik	5
2.1.3 Manifestasi Klinis	6
2.1.4 Pathway	8
2.1.5 Penatalaksanaan Medis.....	9
2.1.4 Komplikasi Stroke Hemoragik.....	12
2.2 Konsep Mobilitas Fisik	13
2.2.1 Kebutuhan Mobilitas atau Mobilisasi.....	13
2.2.2 Etiologi	14
2.2.3 Tanda dan Gejala.....	15
2.3 Konsep Range Of Motion (Rom) Pasif	16
2.3.1 Pengertian <i>Range Of Motion (Rom)</i> Pasif	16
2.3.2 Tujuan <i>Range Of Motion (Rom)</i> Pasif.....	16
2.3.3 Manfaat <i>Range Of Motion (Rom)</i> Pasif.....	17
2.3.4 Prinsip Latihan <i>Range Of Motion (Rom)</i> Pasif.....	17
2.3.5 Jenis Jenis <i>Range Of Motion (ROM)</i> Pasif.....	18

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan.....	19
2.4.1 Pengkajian.....	19
2.4.2 Diagnosa Keperawatan	21
2.4.3 Intervensi Keperawatan	22
2.4.4 Implementasi Keperawatan.....	24
2.4.5 Evaluasi Keperawatan	24
2.4.6 Kerangka Teori	25
2.4.7 Keaslian Penelitian.....	26
BAB 3 GAMBARAN KASUS	30
3.1 Pengkajian.....	31
3.2 Metode Penelitian.....	77
3.2.1 Rancangan Penelitian.....	77
3.2.2 Lokasi Dan Waktu Penelitian.....	77
3.2.3 Subjek Penelitian.....	77
3.2.4 Pengumpulan data.....	79
BAB 4 PEMBAHASAN.....	79
4.1 Analisis Karakter Pasien	79
4.2 Analisis Masalah Keperawatan.....	80
4.3 Analisis Intervensi Keperawatan	81
4.4 Analisis Implementasi Keperawatan.....	82
4.5 Analisis Evaluasi Keperawatan.....	84

BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	84
5.1 Kesimpulan.....	84
5.2 Saran	85
DAFTAR PUSTAKA	86
LAMPIRAN.....	90

DAFTAR SINGKATAN

Rom :Range Of Motion

Who : World Health Organozation

DAFTAR TABEL

Tabel 2.4.1 Nilai Kekuatan Otot.....	21
Tabel 2.4.6 Kerangka Teori.....	25
Tabel 2.4.7 Keaslian Penelitian.....	26

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran Dokumentasi Implementasi.....	90
Lampiran SOP <i>Range of Motion</i> (Rom) pasif.....	92
Lampiran Lembar Konsul.....	96

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke merupakan suatu sindrom klinis yang berkembang secara cepat akibat dari kelainan otak lokal atau global akibat adanya gangguan aliran darah dalam otak yang timbul secara tiba-tiba (dalam hitungan detik) atau cepat (dalam hitungan jam) sehingga dapat menyebabkan sumbatan atau pecahnya pembuluh darah otak (Syahrim, 2019). Stroke adalah penyakit serebral yang menyerang otak yang di sebabkan oleh kekurangan oksigen yang di angkut darah ke otak, yang di sebabkan adanya sumbatan di pembuluh darah ke otak, di tandai dengan hipoksia, gangguan kualitas tidur, penurunan kesadaran dan penyebab kecacatan secara global (Bella, 2021). Stroke dapat menyebabkan hemiparesis, kondisi dimana salah satu sisi tubuh menjadi lemah dan sulit digerakkan. Stroke terbagi menjadi dua yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik.

Stroke Hemoragik adalah penyakit yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di sekitar atau di dalam otak, sehingga menghambat aliran darah ke jaringan otak. Darah yang pecah dapat membanjiri jaringan otak disekitarnya, sehingga menganggu fungsi otak (Kanggeraldo, 2018).

Stroke merupakan penyebab kematian nomer dua dan penyebab kecacatan nomer enam. Insiden stroke menurut *World Health Organozation* (WHO) 13,7 juta kasus baru stroke didiagnosis setiap tahunnya stroke dan sekitar 5,5 juta meninggal akibat stroke. Sedangkan di Indonesia sendiri, data Riskesdas tahun

2018 menunjukkan bahwa secara nasional prevalensi stroke di Indonesia sebesar 10,9 persen atau sekitar 2.120.362 orang menderita stroke. Prevalensi stroke di perkotaan lebih tinggi yaitu 63,9% dibandingkan 36,1% di perdesaan (Kemenkes R. , 2018).

Salah satu akibat yang dialami pasien stroke adalah kelemahan pada bagian tubuh lain yang terkena stroke. Kelemahan ini dapat menyebabkan gangguan keseimbangan dan Gangguan kekuatan, keseimbangan, dan koordinasi gerakan dapat membuat sulit berjalan. (Levine, 2020). Seseorang yang mengalami gangguan gerak atau gangguan kekuatan otot mempengaruhi aktivitasnya sehari-hari (aziz, 2019). Oleh karena itu, rehabilitasi diperlukan untuk meminimalkan cedera fisik dan melakukan aktivitas normal. Rehabilitasi dimulai sesegera mungkin setelah terjadinya stroke, dengan tujuan pemulihan fisik yang lebih cepat dan optimal serta menghindari kelemahan otot yang dapat terjadi jika tidak dilakukan rehabilitasi (Ramayanti, 2021).

Salah satu bentuk rehabilitasi yang dinilai cukup efektif dalam mencegah cedera pada pasien stroke adalah latihan *range of motion (ROM)* pasif. Tujuan dari latihan ini adalah untuk mempertahankan atau meningkatkan kemampuan menggerakkan sendi secara normal dan meningkatkan kekuatan otot. Latihan ROM pasif biasanya dilakukan pada pasien yang memiliki rentang gerak terbatas, tidak mampu melakukan salah satu atau semua gerakan secara mandiri, terbaring di tempat tidur, atau mengalami kelumpuhan total (Warsito., 2018).

Berdasarkan latar belakang di atas penulis membuat karya ilmiah akhir terkait dengan “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Hemoragik Dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik Menggunakan Terapi *Range Of Motion* (Rom) Pasif di RSD Balung Jember”

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana efektifitas terapi *range of motion* (Rom) pasif terhadap kekuatan otot gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke hemoragik?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui Manfaat Terapi *Range Of Motion* (Rom) pasif dengan masalah gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke hemoragik.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Mengidentifikasi kekuatan otot sebelum di berikan *range of motion* (Rom) pasif pada pasien stroke hemoragik?
- 2) Mengidentifikasi kekuatan otot sesudah di berikan *range of motion* (Rom) pasif pada pasien stroke hemoragik?
- 3) Menganalisis efektifitas *range of motion* (Rom) pasif terhadap kekuatan otot pada pasien stroke hemoragik?

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian kasus ini diharapkan mampu memberikan manfaat dalam dunia keperawatan khususnya bagi perawat dalam pengelolaan asuhan keperawatan pada pasien stroke dengan masalah gangguan mobilitas fisik

1.4.2 Manfaat Praktis

1) Bagi Institusi

Karya ilmiah akhir ners ini di harapkan dapat di gunakan sebagai salah satu referensi bagi mahasiswa ners untuk penyusunan laporan tugas akhir ners selanjutnya

2) Bagi Rumah Sakit

Karya ilmiah Akhir ini di harapkan dapat di gunakan sebagai bahan pertimbangan perawat dan instansi Rumah Sakit dalam memberikan asuhan keperawatan untuk pasien stroke.

3) Bagi Pasien Dan Keluarga

Karya Ilmiah Akhir Ners ini diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan dan ketrampilan bagi keluarga dan pasien dalam mengatasi masalah gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Stroke Hemoragik

2.1.1 Pengertian Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik adalah perdarahan ke dalam jaringan otak atau perdarahan subarachnoid, yaitu ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak. Stroke ini merupakan jenis stroke yang paling mematikan dan merupakan sebagian kecil dari keseluruhan stroke yaitu sebesar 10-15% untuk perdarahan intraserebrum dan sekitar 5% untuk perdarahan subarachnoid (Ramayanti, 2021).

Stroke hemoragik adalah suatu kondisi yang terjadi ketika pembuluh darah di sekitar atau di otak pecah sehingga menghambat suplai darah ke jaringan otak. Penggumpalan darah dapat membanjiri jaringan otak dan mengganggu fungsi otak (Kanggeraldo, 2018). Stroke hemoragik terjadi pada otak yang mengalami kebocoran atau pecahnya pembuluh darah yang ada di dalam otak, sehingga darah menggenangi atau menutupi ruang-ruang jaringan sel di dalam otak (Setiawan, 2021).

2.1.2 Etiologi Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik dapat terjadi melalui beberapa mekanisme. Stroke hemoragik yang berhubungan dengan hipertensi terjadi pada stroke dalam yang menembus arteri seperti basal ganglia (50%), lobus serebral (10% hingga 20%), thalamus (15%), pons, dan batang otak (10%). % - 20% dan stroke cerebelar (10%)

pada pasien usia lanjut berhubungan dengan angiopati amiloid serebral. Stroke hipertensi selain disebabkan oleh hipertensi, juga dapat disebabkan oleh tumor intrakranial, penyakit moyamoya, kelainan pembekuan darah, leukemia, dan juga dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin, ras/etnis, dan faktor genetik. (Setiawan, 2021).

Pada umumnya stroke hemoragik terjadi pada lanjut usia, dikarenakan penyumbatan terjadi pada dinding pembuluh darah yang sudah rapuh (aneurisma), pembuluh darah yang rapuh disebabkan oleh faktor usia (degeneratif), tetapi juga disebabkan oleh faktor keturunan (genetik) (Junaidi I. , 2018)

Menurut (Junaidi I. , 2018) Stroke hemoragik disebabkan oleh pecahnya arteri yang memasok darah ke otak. Pembuluh darah biasanya pecah karena arteri memiliki dinding tipis seperti balon yang disebut aneurisma atau arteri yang memiliki bekas luka oleh plak aterosklerotik. Penyebabnya adalah peningkatan tekanan darah secara tiba-tiba dan/atau stres psikologis yang parah.

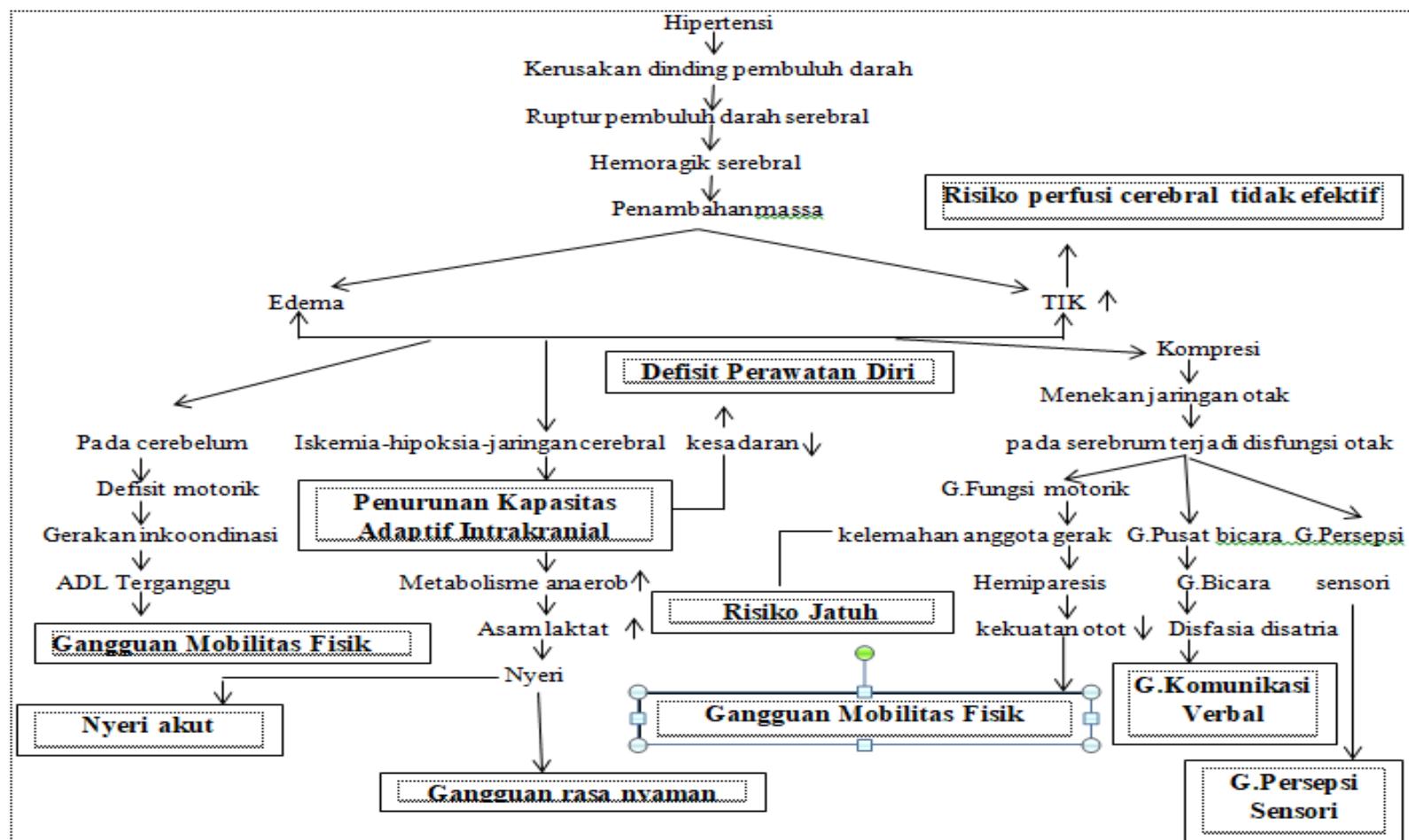
2.1.3 Manifestasi Klinis

Menurut (Fawwaz, 2023) manifestasi klinis umum dari stroke hemoragik meliputi :

- 1) Tiba-tiba sakit kepala hebat
- 2) Muntah menunjukkan peningkatan tekanan intrakranial dan sering terjadi pada hematoma serebral.
- 3) Gangguan bicara (afasia)
- 4) Bicara cadel atau pelo (disatria)

- 5) Kelumpuhan pada wajah atau separuh badan (hemiparesis) atau hemiplegia (kelumpuhan) yang terjadi secara tiba-tiba.
- 6) kesulitan menelan (disfagia). Kesulitan menelan akibat kerusakan saraf kranial IX
- 7) Hilangnya kemampuan motorik halus (gerakan).
- 8) Penurunan kesadaran

2.1.4 Pathway



2.1.5 Penatalaksanaan Medis

Menurut (Tawwoto, 2020) penatalaksanaan stroke terbagi atas :

a. Penatalaksanaan umum

1) Pada fase akut

- a) Pada terapi cairan stroke, terdapat risiko dehidrasi akibat kehilangan kesadaran atau disfagia. Terapi cairan ini penting untuk menjaga sirkulasi dan tekanan darah. American Heart Association merekomendasikan 50 ml/jam normal saline pada jam-jam pertama stroke iskemik akut. Segera setelah stroke stabil secara hemodinamik, terapi cairan pemeliharaan dalam bentuk KAEN 3B/KAEN 3A dapat diberikan. Kedua larutan tersebut lebih baik untuk dehidrasi hipertonik dan untuk memenuhi kebutuhan hemostatik kalium dan natrium. Setelah fase akut stroke, solusi pemeliharaan dapat diberikan untuk menjaga hemostatik elektrolit, terutama kalium dan natrium.
- b) Terapi oksigen, Pada pasien yang mendapat terapi oksigen, pada stroke iskemik dan hemoragik, aliran darah otak menurun. Oleh karena itu, Kebutuhan oksigen penting untuk mengurangi hipoksia dan menjaga fungsi otak. Mempertahankan jalan napas, memberikan oksigen, atau menggunakan ventilator merupakan tindakan yang dapat dilakukan berdasarkan hasil gas darah atau oksimetri.

- c) Tekanan intrakranial tinggi (TIK) Tekanan intrakranial yang tinggi diduga disebabkan oleh edema otak, sehingga penting untuk mengurangi pembengkakan, misalnya dengan pemberian manitol, kontrol atau pengaturan tekanan darah.
 - d) Pemantauan fungsi pernafasan: analisis gas darah
 - e) Pemantauan jantung dan fungsi vital, pemeriksaan EKG
 - f) Kaji status cairan dan elektrolit
 - g) Kendalikan kejang dengan pemberian antikonvulsan dan hindari risiko cedera
 - h) Pasang tabung NGT untuk mengurangi kompresi dan pengumpaman
 - i) Cegah emboli paru dan tromboflebitis dengan antikoagulan
 - j) Pemantauan gejala neurologis seperti tingkat kesadaran, kontrol pola, fungsi sensorik dan motorik, saraf kranial dan refleks
- 2) Fase rehabilitasi
- a) Mempertahankan nutrisi yang cukup
 - b) Program Pengelolaan Kandung Kemih dan Usus
 - c) Menjaga keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi (ROM)
 - d) Menjaga integritas kulit
 - e) Menjaga komunikasi yang efektif
 - f) Memenuhi kebutuhan sehari-hari
 - g) Mempersiapkan pasien untuk pulang

3) Pembedahan

Dilakukan ketika perdarahan otak berdiameter lebih dari 3 cm atau volume lebih besar dari 50 mL, untuk dekompreksi atau penempatan pintasan ventrikuloperitoneal pada hidrosefalus obstruktif akut.

4) Terapi obat-obatan

- a) Antihipertensi : Katropil, antagonis kalsium
- b) Diuretic : manitol 20%, furosemid
- c) Antikolvusan : fenitoin

Sedangkan menurut (Batticaca Fransisca, 2017) terapi perdarahan dan perawatan pembuluh darah pada pasien stroke perdarahan adalah :

- a) Antifibrinolitik untuk meningkatkan mikrosirkulasi dalam dosis kecil
 - 1) Asam aminokaproat 100-150 ml% dalam cairan isotonik 2 kali dalam 3-5 hari, kemudian 1 kali dalam 1-3 hari
 - 2) Antagonis untuk profilaksis permanen: Gordox dosis pertama 300.000 IU, kemudian 100.000 IU 4 kali sehari IV; Contrical dosis pertama 30.000 ATU, kemudian 10.000 ATU 2 kali sehari selama 5-10 hari.
- b) Natrium etamsilat (Dynone) 250 mg x 4 hari IV maksimal 10 hari
- c) Kalsium mengandung obat-obatan; Rutin, Vicasolum, Ascorbicum
- d) Pencegahan vasospasme
 - 1) Antagonis saluran kalsium (Nimotop 50 ml [10 mg setiap hari IV 2 mg setiap jam selama 10-14 hari])

- 2) Berikan dexazone 844 mg IV (tanpa DM, perdarahan dalam, ganas hipertensi) atau diuretik osmotik (dua hari sekali Rheugloman (manitol) 15% 200 ml IV diikuti dengan 20 mg Lasix setidaknya 10-15 hari kemudian).

2.1.4 Komplikasi Stroke Hemoragik

Menurut (Rahmayanti, 2019) komplikasi pada pasien stroke hemoragik adalah sebagai berikut :

- 1) Fase akut
 - a) Hipoksia serebral dan menurunnya aliran darah otak

Masalah perfusi jaringan terjadi karena penyumbatan darah otak mengalir ke area otak yang rusak akibat stroke atau pendarahan.. Aliran darah dan oksigen yang tidak mencukupi menyebabkan hipoksia jaringan otak. Fungsi otak sangat bergantung pada tingkat kerusakan dan lokasinya. Aliran darah otak sangat bergantung pada tekanan darah, fungsi jantung atau curah jantung, dan integritas pembuluh darah. Oleh karena itu, aliran darah yang cukup diperlukan pada pasien stroke untuk memastikan perfusi jaringan yang baik untuk menghindari hipoksia serebral.
 - b) Edema serebral

Edema terjadi ketika terjadi hipoksia atau iskemia pada suatu area, Pembuluh darah melebar dan meningkatkan tekanan, meningkatkan aliran

darah ke area tersebut, sehingga menghasilkan cairan interstisial. masuk ke area tersebut. Selain itu, jaringan otak membengkak.

c) Peningkatan Tekanan Intrakranial (TIK)

Peningkatan massa otak, seperti perdarahan atau edema serebral, meningkatkan tekanan intrakranial, yang dimanifestasikan oleh defisit neurologis seperti gangguan motorik dan sensorik, sakit kepala, dan gangguan memori. Peningkatan tekanan intrakranial yang signifikan dapat menyebabkan kerusakan otak dan kemungkinan kematian.

d) Aspirasi

Pasien stroke yang tidak sadarkan diri atau koma sangat rentan terhadap aspirasi karena ketidakmampuan mereka untuk batuk atau menelan.

2) Komplikasi pada masa pemulihan atau lanjut

- a) Komplikasi yang terjadi selama perjalanan atau pemulihan akibat imobilitas, seperti pneumonia, luka baring, kista, trombosis vena dalam, atrofi dan urin.
- b) Kejang disebabkan oleh kerusakan atau gangguan aktivitas listrik otak.
- c) Sakit kepala kronis seperti migrain, sakit kepala, sakit kepala cluster.
- d) Gizi buruk karena makanan yang tidak memadai.

2.2 Konsep Mobilitas Fisik

2.2.1 Kebutuhan Mobilitas atau Mobilisasi

Mobilitas atau mobilisasi merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak bebas dan mudah dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari, baik sendiri maupun

dengan bantuan orang lain (Widuri, 2010). Mobilitas merupakan kemampuan manusia untuk bergerak bebas, fleksibel dan terus menerus untuk memenuhi kebutuhan hidup. Tindakan tersebut bertujuan untuk mencapai dan meningkatkan kesehatan serta menunda perkembangan penyakit, terutama penyakit degeneratif.. Gerakan meningkatkan sirkulasi darah, meningkatkan pernapasan dalam dan merangsang fungsi pencernaan. Mendorong pergerakan tungkai dan kaki mungkin dalam waktu 12 jam (Mubarak, 2008).

Gangguan mobilitas fisik adalah terbatasnya gerak fisik pada satu atau lebih anggota tubuh individu (PPNI T. P., Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), 2016). Sedangkan menurut (Herdman, 2015) gangguan mobilitas fisik mengacu pada pembatasan aktivitas fisik yang spesifik dan disengaja, pada satu atau lebih anggota tubuh.

2.2.2 Etiologi

Menurut (PPNI T. P., Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), 2016) penyebab gangguan mobilitas adalah struktur tulang yang buruk, perubahan metabolisme, ketidakstabilan fisik, kontrol otot yang buruk, penurunan massa otot, penurunan kekuatan dan keterlambatan perkembangan. , kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, penyakit otot, penyakit neuromuskular, indeks massa tubuh lebih dari persentil 75 terhadap usia, efek obat farmasi, program pencegahan aktivitas, nyeri, kurangnya informasi tentang aktivitas fisik, kecemasan, keterbelakangan mental, penghambatan. Gerakan dan persepsi sensorik terganggu.

2.2.3 Tanda dan Gejala

Faktor-faktor yang mempengaruhi mobilisasi yaitu :

1. Gaya hidup dan gerak seseorang dipengaruhi oleh adat istiadat, tradisi dan lingkungan (masyarakat) dimana tinggal.
2. Kelemahan, ketidakmampuan melakukan aktivitas sehari-hari, karena kelemahan fisik atau mental.

Kelemahan dibagi menjadi dua kategori:

- a. Kelemahan primer mungkin disebabkan oleh penyakit atau cedera (misalnya kelumpuhan akibat cedera atau trauma sumsum tulang belakang).
 - b. Penyakit sekunder disebabkan oleh efek samping dari penyakit primer (seperti kelemahan otot dan tirah baring). Beberapa penyakit dan cedera dapat memengaruhi pergerakan.
3. Tingkat energi

Banyak hal yang mereka lakukan, salah satunya adalah olahraga. Dalam hal ini, setiap orang mempunyai cadangan energi yang berbeda-beda.

4. Usia

Usia berpengaruh terhadap kemampuan seseorang dalam melakukan mobilisasi. Pada individu lansia, kemampuan untuk melakukan aktifitas dan mobilisasi menurun sejalan dengan penuaan.

2.3 Konsep *Range Of Motion (Rom)* Pasif

2.3.1 Pengertian *Range Of Motion (Rom)* Pasif

Rentang gerak atau *Range Of Motion (Rom)* merupakan gerakan sendi yang meningkatkan sirkulasi perifer dan mencegah kekakuan otot/sendi. Tujuannya untuk memperbaiki dan mencegah kekuatan otot/sendi, memelihara/meningkatkan kelenturan sendi, memelihara/ meningkatkan pertumbuhan tulang dan mencegah kontraktur. Latihan mobilitas sendi dapat segera dilakukan untuk meningkatkan kekuatan otot dan kekuatan otot (daya tahan), sehingga melancarkan peredaran darah dan oksigenasi jaringan sehingga mempercepat proses penyembuhan (Eldawati, 2011)

ROM pasif adalah energi yang dikeluarkan dalam gerakan yang berasal dari orang lain (perawat) atau alat mekanis. Perawat menggerakkan sendi klien melalui rentang gerak normalnya (klien pasif) dengan gaya 50%. Latihan ROM pasif merupakan latihan ROM yang dilakukan oleh pasien dengan bantuan perawat untuk semua gerakannya. Indikasi mobilisasi pasif meliputi pasien setengah koma dan tidak sadarkan diri, pasien dengan mobilitas terbatas yang tidak mampu melakukan gerakan individu atau total, pasien yang terbaring di tempat tidur, atau pasien lumpuh. (Suratun, 2016).

2.3.2 Tujuan *Range Of Motion (Rom)*

Adapun tujuan dari ROM (*Range Of Motion*), yaitu :

1. Meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot

2. Mempertahankan fungsi jantung dan pernapasan
3. Mencegah kekakuan pada sendi
4. Merangsang sirkulasi darah
5. Mencegah kelainan bentuk, kekakuan dan kontraktur

2.3.3 Manfaat *Range Of Motion* (Rom) Pasif

Adapun manfaat dari *Range Of Motion* (ROM) yaitu :

1. Menentukan nilai kemampuan sendi tulang dan otot dalam melakukan suatu gerakan.
2. Kaji tulang, sendi dan otot.
3. Hindari kekakuan sendi
4. Meningkatkan sirkulasi darah
5. Tonus otot membaik.
6. meningkatkan mobilisasi sendi
7. Meningkatkan otot untuk latihan.

2.3.4 Prinsip Latihan *Range Of Motion* (Rom) Pasif

Prinsip latihan *range of motion*, diantaranya :

- 1) ROM Pasif harus diulang sekitar 3 kali selama 15 menit dengan durasi 2-5 menit.
- 2) ROM pasif dilakukan dengan hati-hati agar tidak melelahkan pasien.

- 3) Saat merencanakan latihan ROM pasif, pertimbangkan usia pasien, diagnosis, tanda-tanda vital, dan lamanya tirah baring
- 4) Bagian tubuh yang dapat melakukan latihan ROM pasif adalah leher, jari tangan, tangan, siku, bahu, pergelangan kaki, telapak kaki, dan pergelangan kaki.
- 5) ROM pasif dapat dilakukan pada semua sendi, hanya jika dicurigai mengalami proses penyakit.
- 6) Melakukan ROM pasif harus sesuai waktunya. Misalnya ketika pasien belum sadar.

2.3.5 Jenis Jenis *Range Of Motion* (ROM)

Menurut (Ramayanti, 2021) *Range of Motion* (ROM) dibedakan menjadi dua jenis, yaitu :

- 1) *Range Of Motion* (ROM) Aktif

Aktif *Range of Motion* (ROM) aktif yaitu Gerakan-gerakan dilakukan oleh orang (pasien) dengan menggunakan kekuatannya sendiri. Perawat memotivasi dan membimbing klien untuk secara mandiri melakukan gerakan sendi dalam rentang gerak normal (klien aktif) dengan kekuatan otot 75%.

- 2) *Range of Motion* (ROM) Pasif

Range of motion (ROM) pasif yaitu energi yang dikeluarkan untuk latihan yang berasal dari orang lain (perawat) atau alat mekanik. Perawat

menggerakkan sendi klien melalui rentang gerak normalnya (klien pasif) dengan kekuatan otot 50%.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan suatu proses berkelanjutan, karena perawat akan mendapatkan data tentang kondisi atau situasi klien sebelumnya dan saat ini, sehingga informasi tersebut dapat digunakan untuk menyusun perencanaan pada tahap berikutnya (Muflihat, 2017). Pengkajian yang di fokuskan pada pasien stroke dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisiki meliputi:

1) Identitas pasien

Identitas pasien meliputi nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, status perkawinan, waktu masuk rumah sakit, nomer registrasi dan diagnosa medis.

2) Keluhan utama

Keluhan utama yang muncul pada pasien stroke yaitu mengeluh sulit menggerakan ekstermitas.

3) Riwayat penyakit sekarang

Riwayat penyakit sekarang merupakan anamnesis yang dilakukan perawat untuk menggali permasalahan yang timbul dari keluhan utama diantaranya adanya keluhan mendadak pada saat melakukan aktivitas dan timbulnya gejala kelumpuhan separuh badan.

4) Riwayat penyakit dahulu

Pengkajian riwayat penyakit dahulu digunakan untuk mendukung permasalahan pasien pada saat ini seperti riwayat penyakit jantung yang dapat menyebabkan terjadinya stroke.

5) Data fisiologis

Pasien dengan gangguan mobilitas fisik termasuk kedalam kategori fisiologis dan subkategori aktivitas atau istirahat. Perawat harus mengkaji tanda dan gejala yang muncul dari gangguan mobilitas fisik meliputi tanda gejala mayor dan minor tercantum dalam buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia, DPP PPNI (2017) yaitu :

a) Gejala dan tanda mayor

(1) Subyektif : mengeluh sulit menggerakan ekstermitas

(2) Obyektif : kekuatan otot menurun dan rentan gerak ROM menurun

b) Gejala dan tanda minor

(1) Subyektif : nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak.

(2) Obyektif : sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah.

6) Kekuatan otot Derajat kekuatan otot dapat ditentukan dengan skala dan karakteristik.

Tabel 2.4 Nilai Kekuatan Otot

Skala	Ciri-Ciri
0	Paralisis total
1	Tidak ada gerakan teraba/terlihat adanya kontraksi otot
2	Ada gerakan pada sendi tetapi tidak dapat melawan gravitasi (hanya bergeser)
3	Bisa melawan gravitasi tetapi tidak dapat menahan / melawan tahanan pemeriksa.
4	Bisa bergerak melawan tahanan pemeriksa tetapi kekuatanya berkurang.
5	Dapat melawan tahanan pemeriksa dengan kekuatan maksimal.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap respon pasien terhadap masalah kesehatan atau kehidupan yang dialaminya. Tujuan analisis keperawatan adalah untuk menentukan respon pasien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berhubungan dengan kesehatan. Diagnosa

keperawatan yang muncul pada pasien stroke hemoragik yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan penurunan kekuatan otot di tandai dengan mengeluh susah menggerakan ekstremitas, rentang gerak (ROM) menurun (PPNI, 2016).

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah pengobatan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan klinis dan penilaian untuk mencapai hasil yang diharapkan. intervensi keperawatan ada tiga komponen: label, definisi dan tindakan (Tim Pokja SIKI PPNI, 2018). Label merupakan kata kunci untuk memperoleh informasi terkait intervensi keperawatan. Definisi merupakan komponen yang menjelaskan tentang makna dari lebel intervensi keperawatan. Tindakan adalah rangkaian perilaku atau aktivitas yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplemantasikan intervensi keperawatan. Tindak-tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (Tim Pokja SIKI PPNI, 2018).

1) Tujuan dan kriteria hasil

Tujuan dan kriteria hasil dari diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik dengan mengambil luaran keperawatan mobilitas fisik menurut standar luaran Keparawatan Indonesia (SLKI) 2019,adalah:

- a) Pergerakan ekstermitas meningkat
- b) Kekuatan otot meningkat
- c) Rentang gerak (ROM) meningkat
- d) Kelemahan fisik menurun

2) Intervensi

Intervensi yang dapat digunakan pada diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yaitu intervensi utama dukungan mobilisasi dan intervensi pendukung pengaturan posisi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

a) Dukungan mobilisasi

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
- 4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
- 5) Monitor status oksigen

b) Terapeutik

- 1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur)
- 2) Fasilitasi melakukan mobilisasi dini
- 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
- 4) Motivasi melakukan ROM aktif atau pasif

c) Edukasi

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- 2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini
- 3) Pengaturan posisi, ubah posisi setiap 2 jam

2.4.4 Implementasi Keperawatan

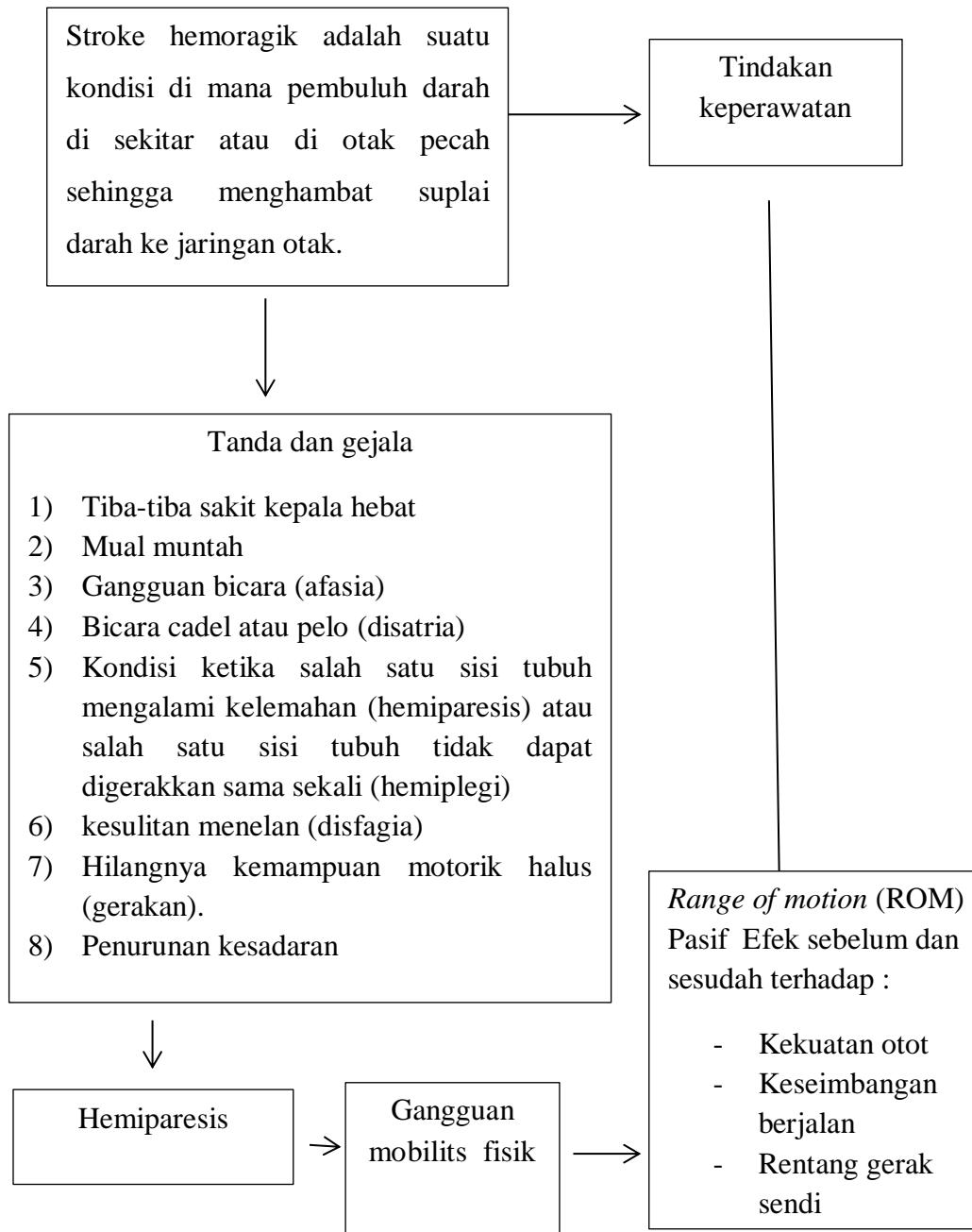
Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah di tetapkan. Kegiatan dan implementasi juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru.

Dalam pelaksanaan pada pasien yang mengalami stroke hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik. Ada beberapa hal yang harus disiapkan segala sesuatu yang akan diperlukan dalam tindakan. Beberapa diantaranya adalah review tindakan keperawatan di identifikasi pada tahap perencanaan. Konsisten melaksanakan implementasi sesuai dengan rencana tindakan berdasarkan prinsip-prinsip ilmiah, ditujukan kepada individu sesuai dengan kondisi klien, serta mengetahui komplikasi dari tindakan keperawatan yang mungkin timbul (Ramayanti,2021).

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah langkah kelima dan terakhir dalam keperawatan. Pengkajian merupakan bagian penting dalam keperawatan karena kesimpulan yang diambil dari pengkajian menentukan intervensi keperawatan apa yang diperlukan. harus diakhiri, di lanjutkan atau di rubah. Adapun proses evaluasi keperawatan pada pasien yang mengalami stroke hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik adalah klien dan keluarga mampu memahami akan teknik latihan rom pasif yang telah diajarkan, bagaimana kemaampuan pasien bersama keluarga dalam mempraktikkan kembali latihan yang sudah diajarkan (Ramayanti, 2021)

2.4.6 Kerangka Teori



2.2 Kerangka Teori

2.4.7 Keaslian Penelitian

Peneliti dan tahun penerbit	Judul	Desain penelitian,sampel,dan analisis	Hasil	Kesimpulan
Eva Dwi Ramayanti (2021)	Pengaruh Edukasi Suportif Terstruktur Terhadap Pelaksanaan Latihan ROM (Range Of Motion) Pada Keluarga Pasien Dengan Stroke	Desain penelitian : Quasi Experiment pre and post test design Sampel: 36 orang dengan teknik consecutive sampling. Analisis data: wawancara dan observasi	Hasil analisis menunjukkan bahwa ada perbedaan dan peningkatan pengetahuan responden sebelum dan setelah edukasi. Variabel kedua yang diteliti adalah sikap responden mengenai pelaksanaan	Dari penelitian dikatahui bahwa terjadi peningkatan sikap di kedua Rumah Sakit (p=0,000). Keberhasilan peningkatan sikap secara umum pada responden dikedua

			latihan ROM.	RS juga disebabkan adanya faktor lain di luar penelitian yang ternyata berpengaruh yaitu pengalaman.
Didik Prapto Sasongko, (2023)	Penerapan range of motion (ROM) pada asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik pasien stroke hemoragik	menggunakan lembar observasi	Berlandaskan hasil penelitian yang dilakukan di RSUD Kardinah Kota Tegal selama 3 hari dan dilakukan implementasi terapi ROM dua kali dalam sehari terhadap pasien	Sesuai pernyataan penulis, penggunaan latihan ROM berkhasiat dalam meningkatkan potensi otot dan mempertahankan fungsi

			Tn. E, did apatkan hasil kekuatan otot Tn. E mengalami peningkatan	kardiovaskular, serta memfasilitasi pelatihan pernapasan, sehingga mencegah timbulnya kontraktur dan kekakuan sendi
Anggriani , Nurul Aini , Sulaiman(2020)	Efektivitas Latihan Range Of Motion Pada Pasien Stroke Di Rumah Sakit Siti Hajar.	<p>Desain penelitian : quasi eksperimen</p> <p>Sampel : 30 sampel menggunakan one group pre-post desain.</p> <p>Analisis data :</p>	Terdapat peningkatan otot sesudah dilakukan intervensi sebesar 1.8, sedangkan kekuatan otot terjadi sampai dengan kondisi 5	Latihan ROM efektif untuk meningkatkan kekuatan otot bagi pasien

		menggunakan uji Wilcoxon Match Pairs	(normal) setelah dilakukan intervensi sebanyak 40%.	
Dewi Nur sukma Purqotri (2020)	Pengaruh Range Of Motion (Rom) Terhadap Kekuatan Otot Ekstremitas Pada Pasien Stroke Di Rs Pusat Otak Nasional (PON).	<p>Desain: Quesi_Experimental dengan pendekatan one group pre post test design.</p> <p>Sampel : 10 orang</p> <p>Analisis data: paired t tes</p>	<p>Sebelum dilakukan terapi ROM, derajat kekuatan otot pasien termasuk kategori derajat 0 hingga derajat 2. Dan sesudah dilakukan terapi ROM, derajat kekuatan otot pasien termasuk kategori derajat 2 hingga derajat</p>	<p>Terdapat perbedaan (peningkatan) derajat kekuatan otot pasien sebelum dan sesudah terapi ROM dengan nilai $p = 0,000 < 0,05$. Terapi Rom terbukti dalam meningkatkan kekuatan anggota tubuh pada pasien stroke.</p>

Tabel 2.3 Keaslian Peneliti

BAB 3

GAMBARAN KASUS

3.1 Pengkajian

A. Biodata

Tanggal/ jam MRS : 5 April 2023
Ruang : Melati
No. Register : -
Diagnosa Medis : Stroke Ich+hipertensi
Tgl/ jam pengkajian : 6 April 2023/ 09.00 WIB

1. IDENTITASKLIEN

Nama : Ny.A Suami/Istri/Orangtua
Umur : 71 tahun Nama : Tn.H
Jenis : Perempuan Pekerja : Wiraswata
kelamin an
Agama : Kristen Alamat : Dsn.Krajan 002/012,
Kasiyan
Suku/ : Jawa/
bangsa Indonesian

Bahasa : Jawa Penanggung jawab

Pendidikan : SMA Nama : Tn.H

Pekerjaan : Supir Alamat : Dsn.Krajan 002/012,
Kasiyan

Status : Menikah

Alamat : Dsn.Krajan
002/012,
Kasiyan

B. Anamnesa Pra Assesment

Keluhan utama: pasien mengatakan pusing hingga menjalar tengkuk leher tangan dan kaki sebelah kiri lemas sulit di gerakan.

Riwayat penyakit sebelumnya : Keluarga mengatakan sebelum masuk Rs sebelum tanggal 5 pasien mengatakan pusing, kejang, pasien jatuh di kamar mandi, terdapat kelemahan anggota gerak kiri.

1. Riwayat Alergi obat: Pasien tidak memiliki riwayat alergi obat
2. Nyeri (Vas Scale):

P: Nyeri kepala menjalar ke tengkuk leher

Q: Seperti Tertekan

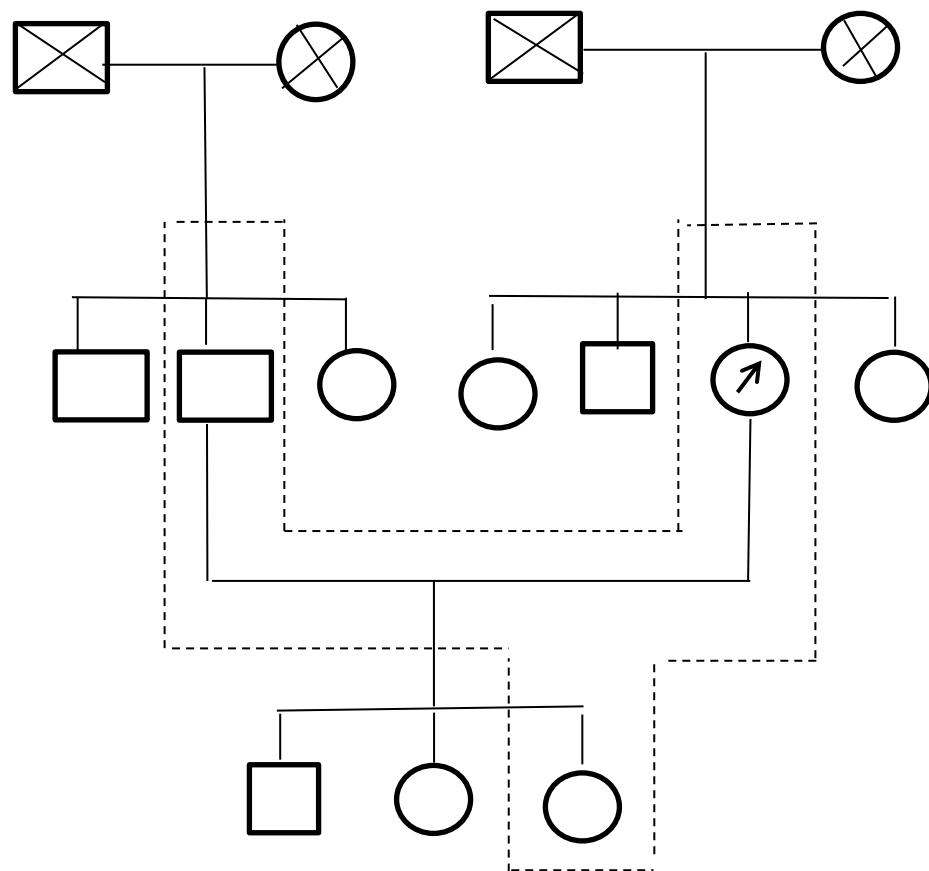
R: di bagian belakang tengkuk leher

S: Skala 4

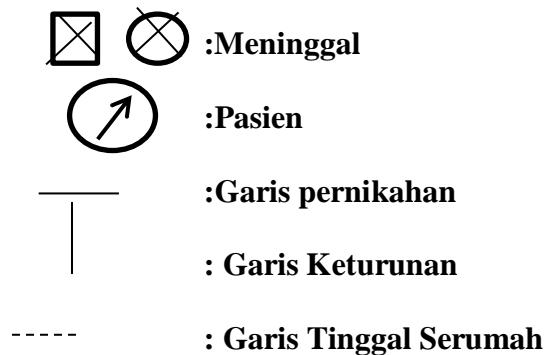
T: Hilang timbul

3. Riwayat penyakit dahulu: Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi.
4. Riwayat penyakit keluarga: Pasien memiliki riwayat tekanan darah tinggi dari ibunya

Genogram



Keterangan :  : Laki Laki
 : Perempuan



5. Resiko Jatuh (Morse Scale)

Resiko Jatuh (Morse Scale)		Skor
✓ (Cheklist) pada kotak skor		
Riwayat Jatuh yang baru atau dalam 3bulan terakhir	Tidak	0= 0
	Ya	25=25
Diagnosis medis sekunder >1	Tidak	15= 15
	Ya	0 =0
Alat bantu jalan	Bed rest	0= 0
	Penompang tongkat	15=
	Furnitur	30=
Memakai terapi heparin lock/iv	Tidak	0=
	Ya	20= 20
Cara berjalan/ Berpindah	Normal/bedrest/imobilis	0= 0

	asi	
	Lemah	10=10
	Terganggu	20=0
Status mental	Orientasi sesuai kemampuan	0= 0
	Lupa keterbatasan	15=0
	Kesimpulan : 0-24 (tidak berisiko), >24-45 (risiko sedang), >45 (risiko tinggi) Skor Total: 45 (Resiko jatuh)	

Diagnosa keperawatan : Resiko jatuh

C. Pengkajian Pola Aktifitas Sehari-hari/Activity Daily Live (ADL)

1. Pola Nutrisi dan cairan

a. Pola makan

- Diit khusus saat ini : ada/ tidak ada
 - Saring/ cair lunak Bubur kasar
 - Tinggi kalori Tinggi protein Rendah protein
 - Rendah garam Rendah lemak Nasi biasa

Jumlah kalori / hari : < 2000

Kalori.....

- Cara makan

- Per oral (biasa) : 3 X / hari
- Per sonde :cc / hari. Diberikan : X / hari

Total parental nutrisi, berupa :cc / hari

- Makanan pantangan : Tidak ada makanan pantangan
- Nafsu makan saat ini :
- Frekuensi makan2 X/ hari. Porsi yang dihabiskan 7 sendok
- Keluhan / masalah makan saat ini :

Mual

MuntahX/ hari, jumlah.....cc, ket:.....

Sakit dimulut

Lain lain, sebutkan

Deskripsi singkat mengenai keluhan yang dirasakan : tidak ada keluhan

- Riwayat makan sebelum sakit :

Nafsu makan : Normal

Frekuensi : 3x/ hari

Jenis makanan : Nasi sayur dan lauk pauk

Utama : Nasi

Kudapan/ makanan : -

ringan

Jumlah kalori yang : Kurang lebih 2000 kalori

dikonsumsi per hari

Makanan pantangan : Makanan yang asin

Riwayat alergi : Tidak ada riwayat alergi makanan
makanan

Kebiasaan makan : Pasien mengatakan sering makan junkfood diluar rumah

b. Pola minum

KETERANGAN	SEBELUM SAKIT	SAAT SAKIT
Jenis minuman	Air putih	Air putih
Jumlah minum/ hari	7 gelas	3-5 gelas
Keluhan/ masalah Minum	Tidak ada	Tidak ada
Minum minuman Beralkohol	Tidak	Tidak

Masalah yang ditemukan :Tidak masalah dalam pola minum

2. Pola Eliminasi

a. ELIMINASI URIN

KETERANGAN	SEBELUM SAKIT	SAAT SAKIT
Frekuensi BAK/ hari	4-5 x/hari	Menggunakan kateter
Jumlah Urine/ hari	Kurang lebih 1500 cc/hari	2000 cc/hari
Warna Urine	Kuning	Kuning
Bau	Khas	Khas

- Masalah BAK saat ini :

Tidak ada Pancaran kencing tidak lancer (menetes)

masalah

nyeri saat kencing Perasaan tidak puas setelah kencing

Sering kencing Retensi urine

Kencing darah Terpasang kateter menetap

Kencing nanah stotomi

Ngompol Lain lain,

sebutkan.....

Deskripsi singkat mengenai keluhan yang dirasakan : Tidak ada masalah pada pola eliminasi urine pasien

ELIMINASI ALVI

KETERANGAN	SEBELUM SAKIT	SAAT SAKIT
Frekuensi BAB	1-2x/hari	Belum BAB sedari sakit
Warna	Kuning kecoklatan	-
Konsistensi	Padat	-
Bau	Khas	-

- Masalah BAB saat ini :

Tidak ada Inkontinensia alvi

masalah

- Feses campur Colostomy
- darah
- Melena Penggunaan obat obat pencahar
- Konstipasi lain, sebutkan.....

Deskripsi singkat mengenai keluhan yang dirasakan : Tidak ada masalah saat

BAB

3. Pola Istirahat

KETERANGAN	SEBELUM SAKIT	SAAT SAKIT
Jml jam tidur siang	2 jam	2 jam
Jml jam tidur malam	8 jam	7 jam
Alat pengantar tidur	Tidak ada	Tidak ada
Obat yg digunakan	Tidak ada	Tidak ada
Perasaan waktu bangun	Segar bugar	Segar

Lingkungan tempat tidur yang disukai : Pasien tidak suka keramaian dan sedikit redup

Gangguan tidur yang dialami saat ini

▪ **Jenis**

- Sulit jatuh Tidak merasa bugar setelah bangun
- tidur

Sulit tidur Lain lain, sebutkan :

lama
.....

Terbangun

dini
.....

- Deskripsi lengkap tentang gangguan tidur yang sedang dialami : Tidak ada masalah pada pola tidur pasien

4. Pola Aktifitas dan Latihan

a. Pola aktivitas di rumah

- Jenis : pasien mengatakan suka bersih-bersih dan menemani cucu-cucunya
- **Keluhan yang pernah dirasakan dalam menjalankan aktivitas rutin:**

Tidak ada keluhan

- **Upaya untuk mengatasi :**

Tidak ada

- **Penggunaan waktu senggang**

Santai santai di teras rumah, berkumpul bersama keluarga pada sore hari

b. Pola aktivitas di rumah sakit

No.	Aktivitas	0	1	2	3	4
1	Mandi			✓		
2	Menyikat gigi			✓		
3	Merias wajah			✓		
4	Menyisir rambut			✓		

5	Berpakaian			✓	
6	Perawatan kuku			✓	
7	Perawatan rambut			✓	
8	Toileting			✓	
9	Makan dan minum			✓	
10	Mobilitas diatas tempat tidur			✓	
11	Berpindah			✓	
12	Berdiri – berjalan			✓	

Keterangan :

1 : Dibantu dengan alat 4 : Tergantung secara total

2 : Dibantu dengan orang lain

- Deskripsi lengkap mengenai gangguan aktivitas yang sedang dialami: Px saat ini dalam melakukan aktivitas dibantu oleh suaminya, anaknya dan perawat.

5. Pola Kognitif dan Sensorik:

Tidak ada masalah terkait pola kognitif dan sensori pada pasien

6. Konsep Diri

Gambaran : Pasien mengatakan menyadari perubahan diri tubuhnya saat sakit, pasien ingin cepat sembuh dari penyakitnya

- Ideal diri : Pasien mengatakan ingin segera sembuh dan pulang karna ingin cepat beraktivitas kembali sebagai ibu rumah tangga
- Harga diri : Pasien mengatakan sadar terhadap penyakitnya, pasien menerima keadaan sakit yang di alami saat ini dan tidak memikirkan tanggapan orang lain terhadap penyakit yang diderita
- Peran diri : Pasien adalah seorang ibu rumah tangga dan memiliki 3 anak
- Identitas diri : Pasien tidak bekerja namun pasien sebagai ibu rumah tangga

Masalah yang di temukan: Tidak ada masalah pada konsep diri

7. Pola hubungan peran

Hubungan pasien dan keluarga terjalin dengan baik. Selama di RS suami dan anaknya bergantian untuk menjaga dan membantu keperluan pasien.

Masalah yang ditemukan :

Tidak ada masalah pada pola hubungan peran pasien

8. Pola fungsi seksual – seksualitas

Pasien mengatakan untuk saat ini tidak memikirkan kebutuhan seksualnya

9. Pola mekanisme coping

Pasien mengatakan perlahan menerima keadaan sakit yang di derita dan berikhtiar untuk berobat

Masalah yang di temukan:

Tidak ada masalah pada pola mekanisme coping pasien

10. Pola nilai dan kepercayaan

Pasien mengatakan beribadah sesuai agama yang di anut yaitu kristen

D. Pemeriksaan Fisik Head To Toe

1. Pemeriksaan Umum (TTV Dasar)

- a. Kesadaran : Composmentis
- b. GCS : E 4 V 5 M 6
- c. Tekanan Darah : 149/85 MmHg
- d. Nadi : 85x/menit
- e. Suhu : 36,7 C
- f. RR : 22x menit

2. Pemeriksaan Kepala

(Lingkari salah satu sesuai dengan kondisi yang ditemukan pada klien):

Inspeksi

- a. Bentuk Kepala : Bulat/ Lonjong/ Benjol
- b. Ukuran Kepala : Normocephali/ makrocephali/microcephali
- c. Kondisi Kepala : Simetris/ Tidak

d. Kulit Kepala : Ada Luka/Tidak, Bersih/Kotor,

Berbau/Tidak, Ada Ketombe/Tidak

e. Rambut :

1) Penyebaran/ Pertumbuhan Rambut : Rata/Tidak

2) Keadaan Rambut : Rontok, Pecah-Pecah, Kusam

3) Warna Rambut : Hitam/ Merah/ Sedikit ada uban/ Menggunakan Cat Rambut

4) Bau Rambut : Berbau/ Tidak

f. Wajah

1) Warna Kulit Wajah : Pucat/Kemerahan/ Kebiruan

2) Struktur Wajah : Simetris/ Tidak

3) Sembab : Ada/ Tidak

Palpasi

a. Ubun-Ubun : Datar/ Cekung/ Cembung

b. Benjolan : Ada/ Tidak

3. Pemeriksaan Mata

Inspeksi

a. Kelengkapan Mata : Lengkap/ Tidak

b. Kesimetrisan Mata : Simetris/ Tidak

Inspeksi dan Palpasi

a. Palpebra:

- 1) Edema : Ada/ **Tidak**
- 2) Lesi : Ada/ **Tidak**
- 3) Benjolan : Ada/ **Tidak**
- 4) Ptosis : Ada/ **Tidak**
- 5) Bulu Mata : Rontok/ **Tidak**, Kotor/ **Bersih**
- b. Konjungtiva : **Pucat**/Merah/ Hiperemis, Edema/ **Tidak**
- c. Sclera : **Putih**/ Kuning
- d. Pupil:
- 1) Refleks Cahaya : **Baik**/ Tidak
- 2) Respon : **Miosis**/ Midreasis
- 3) Ukuran : **Isokor**/ Anisokor
- e. Kornea dan Iris
- 1) Peradangan : Ada/ **Tidak**
- 2) Gerakan Bola Mata : **Normal**/ Tidak
- f. Tes Ketajaman Penglihatan
- a. Visus Kanan : 6
- b. Visus Kiri : 5
- g. Tekanan Bola Mata (Tonometer): normal
- h. Luas Lapang Pandang : **Normal**/ Abnormal

4. Pemeriksaan Hidung

Inspeksi

- a. Os Nasal & Septum Nasal : Deviasi/ **Normal**

- b. Os Nasal : Ada Sekret/ **Tidak Ada**, Ada Sumbatan/ Tidak Ada
- c. Selaput Lendir : **Kering**/ Lembab/ Basah (Hipersekresi), Ada Perdarahan/ **Tidak Ada**
- d. Tes Penciuman : **Normal**/ Abnormal

Palpasi

- a. Nasal : Bengkak/ **Tidak**, Nyeri/ Tidak, Krepitasi/ **Tidak**

5. Pemeriksaan Telinga

Inspeksi dan Palpasi

- a. Bentuk Telinga : **Simetris**/ Tidak
- b. Ukuran Telinga : Lebar/ **Sedang**/ Kecil
- c. Ketegangan Daun Telinga : Tegang/ **Lentur**
- d. Os Mastoid : Hiperemis/ **Normal**, Nyeri/ **Tidak**, Benjolan/ **Tidak**

Inspeksi

- a. Lubang Telinga : Ada Serumen/ **Tidak**, Ada Benda Asing/ **Tidak**, Ada Perdarahan/ **Tidak**, **Membran Timpani Utuh**/ Pecah
- b. Tes Pendengaran : **Normal**/ Abnormal

6. Pemeriksaan Mulut dan Faring

Inspeksi

- a. Bibir : Cyanosis/ **Tidak**, **Kering**/ Basah, Ada Luka/ **Tidak**, Ada Labioschiziz/ **Tidak**
- b. Gusi dan Gigi : **Normal**/ Tidak, Ada Sisa Makanan/ **Tidak**, Ada Caries Gigi/ **Tidak** (Jika ada caries, uraikan secara rinci ukuran dan mulai kapan terjadinya), Ada Karang Gigi/ **Tidak** (Jika ada, uraikan banyaknya dan lokasinya) Ada Perdarahan/ _____ (Jika ada, jelaskan sumber perdarahan dan banyaknya) Ada Abses/ **Tidak** (Jika ada, uraikan sejak kapan, apa penyebabnya dan lokasinya)
.....
- c. Lidah
- 1) Warna : **Merah**/ Putih, Warna Merata/ Tidak
 - 2) Hygiene : Kotor/ **Bersih**, Ada Bercak Putih/ Tidak
- d. Orofaring : Ada Bau Napas/ **Tidak**, Ada Peradangan/ **Tidak**, Ada Labiopalatoschiziz/ **Tidak**, Ada Luka/ **Tidak**, **Uvula Simetris**/ Asimetris, Ada Peradangan Tonsil/ **Tidak**, Ada Pembesaran Tonsil/ **Tidak**, Selaput Lendir Kering/ **Basah**, Ada Perubahan Suara/ **Tidak**, Ada Dahak/ **Tidak**, Ada Benda Asing/ **Tidak**
- e. Tes Perasa : **Normal**/ Abnormal

7. Pemeriksaan Leher

Inspeksi dan Palpasi

- a. Posisi trachea : Simetris/ Tidak
- b. Kelenjar Thyroid : Ada Pembesaran/ Tidak
- c. Kelenjar Limfe : Ada Pembesaran/ Tidak
- d. Vena Jugularis : Ada Pembesaran/ Tidak
- e. Denyut Carotis : Adekuat/ Inadekuat

8. Pemeriksaan Integumen dan Kuku

Inspeksi dan Palpasi

- a. Warna Kulit : Putih/ Hitam/ Cokelat, Kuning Langsat, **Kuning Sawo** Matang
- b. Hygiene Kulit : Bersih/ Kotor
- c. Hygiene Kuku : Bersih/ Kotor
- d. Kehangatan Kulit : Hangat/ Dingin/ Panas
- e. Kelembaban : Lembab/ Kering/ Basah
- f. Tekstur Kulit : Halus/ Lembut/ Kasar
- g. Turgor : < 2 detik/ > 2 detik
- h. Kuku : Ada Clubbing of Finger/ Tidak Ada
- i. Capillary Refill Time : < 2 detik/ > 2 detik
- j. Kelainan Pada Kulit (sebutkan jika ada) :tidak ada

9. Pemeriksaan kelamin.

Klien perempuan:

- a. Distribusi rambut Pubis : **Merata/ Tidak Merata**
- b. Hygiene Pubis : **Bersih/ Kotor**
- c. Kulit Sekitar Pubis : (Ada Lesi/
Tidak), (Ada Eritema/ **Tidak**),(Ada Fluor Albus/
Tidak), (Ada Bisul/ **Tidak**)
- d. Labia Mayora dan Minora : Ada Lecet/ **Tidak**, Ada Peradangan/
Tidak
- e. Klitoris : Ada Lesi/ **Tidak**
- f. Meatus Urethra : **berlubang/ Tidak**, Ada Sekresi
Cairan/ **Tidak**
- g. Rabas vagina : ada/**tidak**

Palpasi

- a. Daerah Inguinal : Ada Benjolan/ **Tidak**
- b. Denyut Femoralis : **Teraba/ Tidak Teraba**

10. Pemeriksaan Thoraks

Pemeriksaan Paru

Inspeksi

- a. Bentuk thoraks : Normal Chest/ Pigeon Chest/ Funnel Chest/ Barrel Chest/Kifosis/ Skoliosis/ Kifoskheliosis
- b. Frekuensi Napas : Reguler/ Irreguler
- c. Retraksi Intercostae : Ada/ Tidak
- d. Retraksi Suprasternal : Ada/ Tidak
- e. Tanda-Tanda Dyspneu : Ada/ Tidak
- f. Cyanosis : Ada/ Tidak
- g. Batuk : Produktif/ Kering/ Whooping/ Tidak Ada
- h. Pernapasan Cuping Hidung : Ada/ Tidak

Palpasi

- a. Fokal fremitus : Normal

Perkusi

- a. Suara perkusi : Sonor

Auskultasi

- a. Suara Auskultasi : Sonor

Pemeriksaan Jantung

Inspeksi dan Palpasi Prekordium

- a. Ictus Cordis : tidak terlihat

Perkusi

- 1) Batas Jantung : ICS 4-6

- 2) Kesimpulan ukuran jantung : Panjang 12 cm, lebar 8 cm, tebal 6 cm,
berat 300 gr

Auskultasi

- a. S1 dan S II : **tunggal**/ganda
b. S III dan S IV : ada/**tidak**

11. Pemeriksaan Abdomen

Inspeksi

- a. Bentuk Abdomen : **Flat**/ Cekung/ Cembung
b. Benjolan/ Massa : Ada Benjolan/ **Tidak**

Auskultasi

- a. Bising Usus
1) Frekuensi : 12 x/mnt
2) Kualitas : **Adekuat**/ Inadekuat

Palpasi

- a. Nyeri : Ada/**Tidak Ada**
b. Benjolan : Ada/ **Tidak Ada**
c. Turgor Kulit : **< 2 detik**/ > 2 detik
d. Palpasi Hepar :
1) Hasil : Teraba/ **Tidak Teraba**
2) Kesimpulan : Hepatomegali/ **Tidak**
e. Palpasi Lien:

- 1) Hasil : Teraba/ **Tidak Teraba**
- 2) Kesimpulan : Splenomegali/ **Tidak**
- f. Palpasi Acites
- 1) Hasil : Ada/ **Tidak Ada**
- g. Palpasi Ginjal
- 1) Hasil : Teraba/ **Tidak Teraba**
- 2) Kesimpulan : Pembesaran Ginjal/ **Tidak**

Perkusi

- a. Bunyi Perkusi : **Timpani**/ Hipertimpani/ Dullness/ Pekak
- b. Perkusi Acites : Ada (Shifting Dullness)/ **Tidak**, Ada Acites/ **Tidak**

12. Pemeriksaan Anus

Inspeksi

- a. Lubang Anus (Pada Bayi) : **Ada**/ Tidak Ada
- b. Perdarahan : Ada/ **Tidak**
- c. Haemorhoid : Ada/ **Tidak**
- d. Tumor : Ada/ **Tidak**
- e. Polip : Ada/ **Tidak**
- f. Fissura Ani : Ada/ **Tidak**
- g. Fistel : Ada/ **Tidak**
- h. Perineum : Ada Jahitan/ **Tidak**, Ada Luka/ **Tidak**, Ada Benjolan/ **Tidak**, Ada Pembengkakan/ **Tidak**

Palpasi

- a. Nyeri Tekan : Ada/ **Tidak**
- b. Kontraksi Sfingter : **Adekuat**/ Inadekuat

13. Pemeriksaan Muskuloskeletal

Inspeksi

- a. Bentuk Vertebrae : Normal
- b. Kesimetrisan Tulang : **Simetris**/ Asimetris
- c. Pergerakan Otot Tidak Disadari : Ada/**tidak**
- d. ROM : Aktif/**pasif**

Palpasi

- a. Edema Ekstremitas : Ada/ **Tidak**
- b. Kualitas Edema (jika ada) : tidak ada
- c. Kekuatan Otot :

5	2
5	2

14. Pemeriksaan Neurologi

Tanda Meningeal Sign

- a. Kaku Kuduk : Kaki kuduk positif
- b. Tanda Brudzinski I : Tanda Brudzinski I negatif
- c. Tanda Brudzinski II : Tanda Brudzinski II negatif

- d. Tanda Kernig : Tanda Kernig negatif

Uji Syaraf Kranialis

- a. Nervus Olfaktorius (I) : pasien dapat membedakan bau
- b. Nervus Opticus (II) : pasien dapat melihat dengan normal
- c. Nervus Oculomotorius (III) : pasien dapat menggerakkan mata
- d. Nervus Trochlearis (IV) : pasien dapat menggerakkan otot mata
- e. Nervus Trigeminus (V) : pasien dapat berkedip
- f. Nervus Abdusens (VI) : pasien dapat mengangkat alis
- g. Nervus Facialis (VII) : pasien dapat tersenyum
- h. Nervus Auditorius (VIII) : pasien dapat mendengar dengan normal
- i. Nervus Glossopharingeal (IX) : pasien dapat membedakan rasa
- j. Nervus Vagus (X) : pasien dapat membedakan rasa
- k. Nervus Accesorius (XI) : pasien dapat menggerakkan bahu dan leher
- l. Nervus Hypoglossal (XII) : pasien dapat mengendalikan lidah

Fungsi Motorik

Fungsi motorik ekstermitas atas dan bawah mengalami penurunan kekuatan otot.

Fungsi Sensorik

Pasien dapat merasakan rangsangan nyeri, suhu, sentuhan

Refleks Fisiologis

- a. Refleks Pectoralis : Ada reflek
- b. Refleks Biceps ; Ada reflek
- c. Refleks Triceps : Ada reflek
- d. Refleks Brachialis : Ada reflek
- e. Refleks Fleksor Jari : Ada reflek
- f. Refleks Patella : Ada reflek
- g. Refleks Achilles : Ada reflek

Refleks Patologis

- a. Refleks Babinski : Negatif
- b. Refleks Chaddock : Negatif
- c. Refleks Schaeffer : Negatif
- d. Refleks Oppenheim : Negatif
- e. Refleks Gordon : Negatif
- f. Refleks Bing : Negatif
- g. Refleks Gonda : Negatif

E. PEMERIKSAAN PENUNJANG

1. Pemeriksaan cek lab

Tgl 07-04-2023

NAMA PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI NORMAL
HEMATOLOGI			
DARAH LENGKAP AHA			
Hemoglobin/HGB	10,6	[g/dL]	L:13,4-18,5/ P:11,5-16,5
Eritrosit/RBC	5,05	[10 ⁶ /uL]	L:4,5-6,5 / P: 3,6-5,6
Hemtokrit/HCT	33,7	[%]	L:37,0-47,0/ P:37,0-47,0
Leukosit/WBC	13,53	[10 ³ /uL]	4,0-10,0
Trombosit/PLT	305*	[10 ³ /uL]	150-450
DIABETES			
Glukosa darah sewaktu	100.8	mg/dl	<200
TES FUNGSI GINJAL			
Kreatinin	0,47	mg/dL	L:0.6-1.1/P:0.5-1.0
Urea	36,0	mg/dL	20-40
TES FUNGSI HATI			

SGOT	49,1	U/L	L:<37 / P:<31
SGPT	48,1	U/L	L:<43 / P:<36

Tgl 07-04-2023

NAMA PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI NORMAL
SERUM ELEKTROLIT			
Natrium	138,4	mmol/L	135-147
Kalium	3,21	mmol/L	3,2-5,5
Clorida	107,2	mmol/L	90-110

2. Foto Rongen/USG/ECG/dll

- a. Hasil pemeriksaan CT-SCAN : Ich ganglia kanan dengan perifocal brain edema

F. PENATALAKSANAAN DAN TERAPI

No	Jenis terapi	Dosis	Rute	Indikasi
1.	Infus nacl	500 ml (21 Tpm)	IV	Penggantian cairan terjadi pada kasus dehidrasi berat, syok hipovolemik, hemoragik sepsis dan alkalosis metabolik dengan kekurangan cairan.
2.	Infus manitol	6 x 100 ml	IV	Diuretik osmotik melindungi fungsi ginjal dan mengurangi peningkatan tekanan intrakranial dan intraokuler pada gagal ginjal.
3.	Metoclopramide	3x1 gr	IV	Untuk meredakan mual dan muntah
4.	Lansoprazol	2 x 1 gr	IV	Untuk mengatasi kondisi yang berkaitan dengan peningkatan asam lambung.
5.	Tablet candesartan	8 mg	Oral	Obat untuk menurunkan tekanan darah pada hipertensi.

Jember 6 april 2023

Pemeriksa,

(Ivadatus Muttahida,,S.Kep)
22101027

ANALISA DATA

NO	Data (Tanda & Gejala, Faktor Resiko)	Penyebab	Masalah
1.	<p>Hipertensi berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak</p> <p>-TD:149/85</p> <p>-N: 85 X/Menit</p> <p>-RR: 22x Menit</p>	<p>Hipertensi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kerusakan dinding pembuluh darah</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Ruptur pembuluh darah serebral</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hemoragik serebral</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Penambahan massa</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">↑</p> <p>TIK</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)</p>	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif di tandai dengan hipertensi (D.0017)</p>

2.	<ul style="list-style-type: none"> -Usia > 65 tahun pada dewasa - Riwayat jatuh - kekuatan otot menurun 	<p style="text-align: center;"> ↓ TIK ↑ ↓ Kompresi ↓ Menekan jaringan ↓ Pada sereblum terjadi disfungsi otak ↓ Kelemahan anggota gerak ↓ Hemiparesis ↓ Risiko jatuh (D.0143) </p>	<p>Risiko jatuh di tandai dengan usia, riwayat jatuh, kekuatan otot menurun (D.0143)</p>
3.	DS:	Iskemia hipoksia	Nyeri akut
	Pasien mengatakan nyeri.	↓	berhubungan dengan
	P: Nyeri kepala menjalar ke tengkuk	jaringan cerebral	agen pencedera fisik
	leher	↓	di tandai dengan
		Penurunan kapasitas	pasien mengatakan
		intrakranial	nyeri
		↓	

	<p>Q: Seperti Tertekan</p> <p>R: di bagian belakang tengkuk leher</p> <p>S: Skala 4</p> <p>T: Hilang timbul</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tampak meringis -TD:149/85 	<p>Metabolisme anaerob</p> <p>↓</p> <p>Asam laktat</p> <p>↓</p> <p>Nyeri</p> <p>↓</p> <p>Nyeri akut (D.0077)</p>	<p>,gelisah,frekuensi nadi meningkat,tekanan darah meningkat (D.0077)</p>
4.	<p>Data Subjektif:</p> <p>Pasiens mengatakan tangan dan kaki kiri pasien terasa lemas sulit digerakan.</p> <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - K/U lemah - Gcs :456 - composmentis - TD:149/85 mmHg - N: 85 x/menit 	<p>Hipertensi</p> <p>↓</p> <p>Kerusakan dinding pembuluh darah</p> <p>↓</p> <p>Ruptur pembuluh darah serebral</p> <p>↓</p> <p>Hemoragik serebral</p> <p>↓</p> <p>Penambahan massa</p> <p>↓</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal, penurunan kekuatan otot di tandai dengan pasien mengeluh tangan dan kaki kiri pasien terasa lemas sulit digerakan (D.0054)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - S:36,6 C - RR:22 X/Menit - Makan minum dibantu keluarga, personal hygiene dibantu keluarga,ganti pakaian dibantu keluarga,menyisir rambut dan hemiparesis tangan dan kaki kiri - kekuatan otot: <table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">5</td><td style="padding: 2px;">2</td></tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; border-top: 1px solid black; padding: 2px;">5</td><td style="border-top: 1px solid black; padding: 2px;">2</td></tr> </table>	5	2	5	2	<p style="text-align: center;"> TIK ↑ ↓ Kompresi ↓ Menekan jaringan orak ↓ Pada serebrum terjadi disfungsi otak ↓ Gangguan fungsi motorik ↓ Kelemahan anggota gerak ↓ Hemiprase ↓ Kekuatan otot menurun ↓ Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) </p>
5	2					
5	2					

DIAGNOSA KEPERAWATAN

NO	DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN
1.	Risiko perfusi serebral tidak efektif di tandai dengan hipertensi (D.0017)
2.	Risiko jatuh di tandai dengan usia, riwayat jatuh, kekuatan otot menurun (D.0143)
3.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik di tandai dengan pasien mengatakan nyeri ,gelisah,frekuensi nadi meningkat,tekanan darah meningkat (D.0077)
4.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskletal, penurunan kekuatan otot di tandai dengan pasien mengatakan tangan dan kaki kiri pasien terasa lemas sulit digerakan (D.0054)

INTERVENSI KEPERAWATAN

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	KRITERIA HASIL (SLKI)	INTERVENSI (SIKI)												
1.	Risiko perfusi serebral tidak efektif di tandai dengan hipertensi (D.0017)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam di harapkan perfusi serebral (L.02014) meningkat dengan kriteria hasil:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">Kriteria hasil</td><td style="width: 20%;">SA</td><td style="width: 20%;">ST</td></tr> <tr> <td>Tekanan intrakranial</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">5</td></tr> <tr> <td>Sakit kepala</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">5</td></tr> <tr> <td>Gelisah</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">5</td></tr> </table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 	Kriteria hasil	SA	ST	Tekanan intrakranial	2	5	Sakit kepala	2	5	Gelisah	2	5	<p>Manajaman peningkatan tekanan intrakranial (I.06194)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK. 2. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK 3. Monitor MAP 4. Berikan posisi semi fowler 5. Cegah terjadinya kejang
Kriteria hasil	SA	ST													
Tekanan intrakranial	2	5													
Sakit kepala	2	5													
Gelisah	2	5													

		<p>3. Sedang</p> <p>4. Cukup menurun</p> <p>5. Menurun</p>	<p>Kolaborasi</p> <p>6. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan.</p>									
2.	Risiko jatuh di tandai dengan usia, riwayat jatuh, kekuatan otot menurun (D.0143)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam di harapkan tingkat jatuh (L.14138) menurun dengan kriteria hasil:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>SA</th> <th>ST</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jatuh saat berjalan</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Jatuh saat di kamar mandi</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan:</p> <p>1. Meningkat</p>	Kriteria hasil	SA	ST	Jatuh saat berjalan	2	5	Jatuh saat di kamar mandi	2	5	<p>Pencegahan jatuh (I.14540)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi faktor resiko jatuh</p> <p>2. Identifikasi resiko jatuh setidaknya sekali setiap shif.</p> <p>Terapeutik</p> <p>3. Pastikan roda tempat tidur dan selalu dalam keadaan terkunci</p> <p>4. Pasang handral tempat tidur</p> <p>Edukasi</p>
Kriteria hasil	SA	ST										
Jatuh saat berjalan	2	5										
Jatuh saat di kamar mandi	2	5										

		<p>2. Cukup meningkat</p> <p>3. Sedang</p> <p>4. Cukup menurun</p> <p>5. Menurun</p>	<p>5. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah.</p> <p>6. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh.</p>												
3.	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik di tandai dengan pasien mengatakan nyeri ,gelisah,frekuensi nadi meningkat,tekanan darah meningkat (D.0077)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam di harapkan tingkat nyeri (L.08065) menurun dengan kriteria hasil:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>SA</th> <th>ST</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tekanan intrakranial</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Sakit kepala</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p>	Kriteria hasil	SA	ST	Tekanan intrakranial	2	5	Sakit kepala	2	5	Gelisah	2	5	<p>Manajaman nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi skala karakteristik, durasi,frekuensi,kualitas,intens itas nyeri. Identifikasi skala nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Berikan teknik non farmakologis untuk
Kriteria hasil	SA	ST													
Tekanan intrakranial	2	5													
Sakit kepala	2	5													
Gelisah	2	5													

	<ol style="list-style-type: none">1. Meningkat2. Cukup meningkat3. Sedang4. Cukup menurunMenurun	<p>mengurangi nyeri (Teknik nafas dalam)</p> <p>4. Fasilitasi istirahat tidur</p> <p>Observasi</p> <p>5. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat.</p> <p>6. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri.</p> <p>Kolaborasi</p> <p>7. Kolaborasi pemberian analgesik ,candansantran dan manitol.</p>
--	--	---

4.	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskletal, penurunan kekuatan otot di tandai dengan pasien mengatakan tangan dan kaki kiri pasien terasa lemas sulit digerakan (D.0054)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam di harapkan mobilitas fisik (L.05042) meningkat dengan kriteria hasil:</p> <table border="1" data-bbox="794 595 1322 899"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th><th>SA</th><th>ST</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pergerakan ekstremitas</td><td>2</td><td>4</td></tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td><td>2</td><td>4</td></tr> <tr> <td>Rentang gerak</td><td>2</td><td>4</td></tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 	Kriteria hasil	SA	ST	Pergerakan ekstremitas	2	4	Kekuatan otot	2	4	Rentang gerak	2	4	<p>Dukungan Mobilisasi (1.06171)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor tekanan darah sebelum memmulai ambulasi 4. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, Terapi rom pasif 5. Libatkan keluarga untuk memmbantu pasien dalam meningkatkan ambulasi <p>Terapeutik</p>
Kriteria hasil	SA	ST													
Pergerakan ekstremitas	2	4													
Kekuatan otot	2	4													
Rentang gerak	2	4													

		<p>5. Meningkat</p>	<p>Edukasi</p> <p>6. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi</p> <p>7. Anjurkan melakukan ambulasi dini</p> <p>Ajarkan ambulasi sederhana yang pernah di lakukan.</p> <p>Kolaborasi</p> <p>8. Kolaborasi obat farmakologi dan fisioterapi.</p>
--	--	---------------------	--

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

No	DIAGNOSA KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskletal, penurunan kekuatan otot di tandai dengan pasien mengeluh tangan dan kaki kiri pasien terasa lemas sulit digerakan (D.0054)	1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Mengidentifikasi fisik melakukan ambulasi 3. Memonitor tekanan darah sebelum memulai ambulasi 4. Memfasilitasi melakukan mobilisasi fisik, Terapi rom pasif 5. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi	S: Pasien mengatakan tangan dan kaki kiri pasien terasa lemas sulit digerakan. O : K/U lemah Gcs :456 composmentis TD:149/87 mmHg N: 85 x/menit S:36,6 C RR:22 X/Menit

	<p>6. Menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi</p> <p>7. Mengajurkan melakukan ambulasi dini</p> <p>8. Mengajarkan ambulasi sederhana yang pernah di lakukan.</p> <p>9. Memberikan obat farmakologi.</p>	<p>Makan minum di bantu keluarga, personal hygiene di bantu keluarga,ganti pakaian di bantu keluarga,menyisir rambut dan hemiparesis tangan dan kaki kiri kekuatan otot:</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">5</td><td style="padding: 5px;">2</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">5</td><td style="padding: 5px;">2</td></tr> </table> <p>A:</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Kriteria hasil</th><th style="width: 12.5%;">SA</th><th style="width: 12.5%;">SC</th><th style="width: 12.5%;">ST</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pergerakan ekstremitas</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">4</td></tr> </tbody> </table>	5	2	5	2	Kriteria hasil	SA	SC	ST	Pergerakan ekstremitas	2	2	4
5	2													
5	2													
Kriteria hasil	SA	SC	ST											
Pergerakan ekstremitas	2	2	4											

			<table border="1"><tr><td>Kekuatan otot</td><td>2</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>Rentang gerak</td><td>2</td><td>2</td><td>4</td></tr></table>	Kekuatan otot	2	2	4	Rentang gerak	2	2	4
Kekuatan otot	2	2	4								
Rentang gerak	2	2	4								
			<p>P:</p> <p>Intervensi di lanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none">1. Memonitor tekanan darah sebelum mememulai ambulasi2. Memfasilitasi melakukan mobilisasi fisik, Terapi rom pasif3. Melibatkan keluarga untuk memmbantu pasien dalam meningkatkan ambulasi4. Menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi								

			5. Memberikan obat farmakologi.
2.	Gangguan Mobilitas Fisik b.d penurunan kekuatan otot d.d sulit menggerakan kaki dan tangan (D.0054)	1. Memonitor tekanan darah sebelum memulai ambulasi 2. Memfasilitasi melakukan mobilisasi fisik, Terapi rom pasif 3. Melibatkan keluarga untuk membbantu pasien dalam meningkatkan ambulasi 4. Menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 5. Memberikan obat farmakologi	S: Pasien mengatakan tangan pergelangan jari kiri mulai bisa di gerakan dan kaki kiri terasa sulit untuk di gerakan. O: K/U cukup Gcs :456 composmentis TD:137/90 mmHg N: 93x/menit S:36,5 C RR:22 X/Menit

			<p>Makan minum di bantu keluarga, personal hygiene di bantu keluarga,ganti pakaian di bantu keluarga,menyisir rambut dan hemiparesis tangan dan kaki kiri kekuatan otot:</p> <p>5 2 —+— 5 3</p> <p>A:</p> <p>Masalah teratas sebagian</p>
Kriteria hasil	SA	SC	ST
Pergerakan ekstremitas	2	2	4
Kekuatan otot	2	3	4

			Rentang gerak	2	3	4
			P:			
			Intervensi di lanjutkan			
			1. Memonitor tekanan darah sebelum mememulai ambulasi			
			2. Memfasilitasi melakukan mobilisasi fisik, Terapi rom pasif			
			3. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi			
			4. Menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi			
			5. Memberikan obat			

			farmakologi dan fisioterapi
3.	Gangguan Mobilitas Fisik b.d penurunan kekuatan otot d.d sulit menggerakan kaki dan tangan (D.0054)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tekanan darah sebelum memulai ambulasi 2. Memfasilitasi melakukan mobilisasi fisik, Terapi rom pasif 3. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi 4. Menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 5. Memberikan obat farmakologi dan kolaborasi fisioterapi 	<p>S: Pasien mengatakan tangan bagian jari mulai bisa di gerakan dan kaki kiri bagian pergelangan pasien sedikit bisa di gerakan.</p> <p>O:K/U Cukup Gcs :456 composmentis TD:130/95 mmHg N: 83x/menit S:36,5 C RR:22 X/Menit</p> <p>Makan minum sudah mandiri, personal hygiene di bantu keluarga,ganti pakaian di bantu keluarga,menyisir rambut dan hemiparesis tangan dan kaki kiri</p>

			kekuatan otot: <table><tr><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>5</td><td>4</td></tr></table> A: Masalah teratasi sebagian <table><thead><tr><th>Kriteria hasil</th><th>SA</th><th>SC</th><th>ST</th></tr></thead><tbody><tr><td>Pergerakan ekstremitas</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr><tr><td>Kekuatan otot</td><td>2</td><td>4</td><td>4</td></tr><tr><td>Rentang gerak</td><td>2</td><td>4</td><td>4</td></tr></tbody></table> P: Intervensi di lanjutkan keluarga pasien di rumah.	5	3	5	4	Kriteria hasil	SA	SC	ST	Pergerakan ekstremitas	2	3	4	Kekuatan otot	2	4	4	Rentang gerak	2	4	4
5	3																						
5	4																						
Kriteria hasil	SA	SC	ST																				
Pergerakan ekstremitas	2	3	4																				
Kekuatan otot	2	4	4																				
Rentang gerak	2	4	4																				

3.2 Metode Penelitian

3.2.1 Rancangan Penelitian

Desain penelitian adalah cara sistematis yang di gunakan agar memperoleh jawaban yang di gunakan agar memperoleh jawaban atau penjelasan dari permasalahan yang akan di teliti (Maturoh & T,A 2018). Penelitian ini menggunakan desain deskriptif pada pasien stroke hemoragik dengan penerapan teknik *range of motion* (Rom) pasif untuk mengatasi masalah gangguan mobilitas fisik. Pendekatan yang di gunakan pada studi kasus ini yaitu proses asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi pada pasien Ny. A dengan diagnosa stroke hemoragik di ruang melati RSD. Balung Jember.

3.2.2 Lokasi Dan Waktu Penelitian

Studi kasus penelitian ini di lakukan di ruang melati RSD.Balung Jember pada tanggal 06 April 2023.

3.2.3 Subjek Penelitian

Subjek penelitian yang di gunakan adalah NY.A dengan stroke hemoragik + hipertensi

3.2.4 Pengumpulan Data

1. Teknik pengumpulan data
 - a. Wawancara

Hasil anamnesis yang dilakukan pada saat pengkajian yaitu tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit keluarga. Data hasil wawancara dapat bersumber dari klien, keluarga dan perawat yang ada di ruang Melati RSD Balung Jember.

b. Riwayat Kesehatan Pasien

Data focus yang di dapatkan pada pasien riwayat kesehatan sesuai dengan keluhan yang di rasakan yaitu dengan kebutuhan muskuloskletal dan kekuatan otot.

2. Instrumen Pengumpulan Data

Data alat instrument pengumpulan data menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan dengan dengan focus pengkajian pada NY.A dengan stroke hemoragik.

BAB 4

PEMBAHASAN

4.1 Analisis Karakter Pasien

Pasien atas nama Ny.A, berusia 71 tahun, jenis kelamin perempuan, status pendidikan SMA, agama kristen, bahasa yang sering digunakan adalah bahasa Jawa, pasien sebagai ibu rumah tangga, pasien masuk di ruang melati pada tanggal 5 april 2023. Pengkajian yang dilakukan pada pasien di dapatkan data pasien mengatakan tangan dan kaki kirinya terasa lemas sulit di gerakan hasil pemeriksaan CT Scan Ich ganglia kanan dengan perifocal brain edema.

Stroke hemoragik biasanya terjadi pada orang lanjut usia akibat adanya penyumbatan pada dinding pembuluh darah yang lemah (aneurisma), penyumbatan pada dinding pembuluh darah yang melemah akibat penuaan (degeneratif), atau penyumbatan yang disebabkan oleh sifat genetik (pola genetik). (Junaidi, 2018). Menurut '(National Stroke Association, 2010), kematian akibat stroke sebanyak 51% di dunia disebabkan oleh tekanan darah tinggi.

Gejala stroke meliputi kelemahan mendadak atau mati rasa pada wajah, lengan, atau tungkai, biasanya pada salah satu sisi tubuh (WHO, 2017). Akibat stroke berupa hemiplegia (kelemahan) dan hemiplegia (kelumpuhan) merupakan salah satu bentuk kelemahan motorik. Penyakit neuron motorik ditandai dengan hilangnya kendali gerakan volunter (gerakan sadar), diskinesia, kelemahan otot dan refleks (Susanti & Bistara, 2019).

Melihat kondisi tersebut peneliti berpendapat bahwa faktor usia lanjut dan faktor keturunan mempengaruhi terjadinya stroke hemoragik di karenakan pada usia lanjut rentang terkena darah tinggi penyebabnya tidak seimbangnya pola hidup dan dukungan lingkungan sekitar.

4.2 Analisis Masalah Keperawatan

Pada pengkajian berdasarkan data fokus pemeriksaan muskuloskletal pada Ny.A Mengalami gangguan mobilitas fisik dengan diagnosa medis stroke Ich. Ny.A dengan keluhan tangan dan kaki kirinya terasa lemas dan sulit di gerakan dengan Keadaan Umum lemah,Gcs :456 composmentis, TD:149/87 mmHg, N: 85 x/menit, S:36,6 C RR:22 X/Menit, Makan minum di bantu keluarga, personal hygiene di bantu keluarga,ganti pakaian di bantu keluarga,menyisir rambut dan hemiparesis tangan dan kaki kiri dengan kekuatan otot kanan sebelah kiri 2 dan kaki sebelah kiri 2. Menurut teori pasien yang mengalami gangguan mobilitas yang di rasakan sulit menggerakan ekstremitas, kekuatan otot menurun,rentang gerak menurun (PPNI,2016)

Gangguan mobilitas fisik yang di alami pada Ny.A yaitu keluhan sulit mnggerakan ektremitas, kekuatan otot menurun dengan skor ekstremitas kiri 2 dan eksstremitas bawah 2 kekuatan otot skor ekstremitas kanan normal yaitu 5. Solusi yang di lakukan dalam mengatasi gangguan mobilitas fisik yaitu terapi *range of motion* (Rom) pasif.

Berdasarkan data pengkajian peneliti mengambil masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekuatan otot menurun di tandai dengan pasien mengeluh tangan dan kaki kiri lemas sulit di gerakan.

4.3 Analisis Intervensi Keperawatan

Berdasarkan intervensi yang di lakukan perawat pada Tn.A yaitu dukungan ambulasi dengan terapi non farmakologi menggunakan teknik terapi *range of motion (Rom) pasif* untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik dengan tujuan agar kekuatan otot pasien meningkat rentang gerak pasien meningkat.

SIKI adalah tolak ukur yang di pergunakan sebagai panduan dalam penyusunan intervensi keperawatan dalam rangka memberikan asuhan keperawatan yang aman, efektif dan etis. SIKI merupakan salah satu komitmen profesi keperawatan dalam memberikan perlindungan kepada masyarakat sebagai klien asuhan keperawatan yang di lakukan oleh anggota profesi perawat (PPNI, 2018). Komponen intervensi keperawatan ini merupakan rangkaian perilaku atau aktivitas yang di kerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan-tindakan intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi. Intervensi gangguan mobilitas fisik salah satunya yaitu dukungan mobilisasi dengan kode (1.06171). Dukungan ambulasi Intervensi yang dilakukan perawat untuk meningkatkan aktivitas fisik pasien. Peneliti memberikan intervensi terapi non farmakologi teknik range of motion (Rom) pasif sesuai dengan diagnosa yang sudah di tentukan berdasarkan pengkajian yang sudah di lakukan Ny.A.

4.4 Analisis Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada Ny.A di lakukan selama 3 hari yaitu menggunakan terapi non-farmakologi teknik *range of motion (Rom)* pasif untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik untuk mencapai kekuatan otot meningkat. Implementasi keperawatan adalah catatan tentang tindakan yang di berikan secara mandiri maupun kolaboratif, serta pemenuhan kriteria hasil terhadap tindakan keperawatan yang di berikan kepada pasien. Implementasi keperawatan berfungsi untuk meningkatkan, memelihara atau memulihkan kesehatan, mencegah penyakit dan memfasilitasi rehabilitasi (PPNI,2018).

Pada tanggal 6 April 2023 telah dilakukan implementasi keperawatan sesuai dengan perencanaan yang telah di susun sebelumnya dan di sesuiakan dengan terapi yang telah di lakukan oleh perawat. Implementasi yang di berikan pada Ny.A di lakukan selama 3 hari. Implementasi keperawatan pada Ny.A yaitu Teknik *range of motion (Rom) pasif* untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik agar mencapai kekuatan otot meningkat. *Teknik range of motion (Rom)* pasif yang pertama yaitu pasien berbaring terlentang di bed (Tempat tidur pasien) dengan posisi supinasi di sesuiakan dengan kenyamanan pasien,memonitor tekanan darah serta menjelaskan prosedur dan tujuan selanjutnya melakukan teknik *range of motion* pada tangan dan kaki pasien selama 3 kali selama 15 menit dengan durasi 2-5 menit (Made dkk. (2009). Pada hari pertama implementasi pasien mengatakan tangan dan kaki kiri pasien terasa lemas sulit digerakan,daily activity masih di bantu keluarga dan perawat, kekuatan otot dan tonus otot tangan dan kaki kiri 2 Skor capaian masih 2,

hari ke 2 implementasi pasien tangan pergelangan jari kiri mulai bisa di gerakan dan kaki kiri terasa sulit untuk di gerakan,daily activity masih di bantu keluarga dan perawat kekuatan otot dan tonus otot tangan 3 dan kaki 2 Skor capaian 3, hari ke 3 implementasi Pasien mengatakan tangan bagian jari mulai bisa di gerakan dan kaki kiri bagian pergelangan pasien sedikit bisa di gerakan,daily activity sebagian di bantu keluarga dan perawat,kekuatan otot dan tonus otot tangan dan kaki 4 Skor capaian naik satu poin yaitu 4 sesuai dengan skor target dan intervensi di lanjutkan oleh keluarga di rumah dengan mengedukasi terapi *range of motion (Rom)* pasif.

4.5 Analisis Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi pada Ny.A pada hari ke 3 di dapatkan data subjektif pasien,pasien mengatakan tangan bagian jari mulai bisa di gerakan dan kaki kiri bagian pergelangan pasien sedikit bisa di gerakan,daily aktivity sebagian di bantu di bantu keluarga dan perawat, kekuatan otot dan tonus otot tangan 3 dan kaki dengan skor capaian 4 yang sebelumnya skor 2 sehingga skor capaian naik satu poin yaitu 4 sesuai dengan skor target dan intervensi di lanjutkan keluarga dengan mengedukasi terapi *range of motion (Rom)* pasif.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini di sampaikan kesimpulan dan saran “Asuhan Keperawatan pada pasien stroke hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik menggunakan *terapi range of motion* (ROM) Pasif di Ruang Melati RSD Balung Jember.

5.1 Kesimpulan

1. Pengkajian pada Ny.A 71 tahun di dapatkan hasil pasien mengalami gangguan mobilitas fisik. Gangguan mobilitas fisik yang di alami saat ini yaitu sulit menggerakan kaki dan tangan kiri, kekuatan otot menurun pasca stroke.
2. Diagnosa keperawatan sesuai dengan hasil pengkajian pada pasien adalah gangguan mobilitas fisik b.d kekuatan otot menurun d.d mengeluh sulit menggerakan kaki dan kanan.
3. Rencana keperawatan pada pasien di sesuaikan dengan diagnosa keperawatan. Intervensi keperawatan yang di gunakan yaitu mobilitas fisik dengan terapi *range of motion* (Rom) pasif yaitu bertujuan agar kekuatan otot dan tonus otot pasien meningkat.
4. Implementasi keperawatan pada pasien di lakukan selama tiga hari yaitu dengan menggunakan teknik *range of motion* (Rom) pasif untuk mengatasi masalah keperawatan yang di alami pasien yaitu gangguan mobilitas fisik. Sehingga perawat mengajarkan pada pasien dan keluarga bagaimana cara melakukan teknik *range of motion* (Rom) pasif agar kekuatan otot pasien meningkat dan keluhan sulit menggerakan tangan kakinya menurun.

5. Pada akhir evaluasi tanggal 8 april 2023, masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian intervensi di lanjutkan keluarga di rumah dengan terapi *range of motion (Rom)* pasif.

5.2 Saran

1. Bagi Pelayanan Keperawatan Di Rumah Sakit

Tindakan keperawatan teknik *range of motion (Rom)* pasif yang telah di berikan perawat dapat di jadikan pedoman dalam penatalaksanaan dengan masalah keperawatan dengan gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke hemoragik.

2. Institusi Pendidikan

Di harapkan dapat mempertimbangkan sebagai evidence based practice bagi mahasiswa keperawatan sehingga di jadikan sumber ilmu atau referensi baru demi menambah wawasan dalam intervensi mandiri keperawatan.

3. Bagi Keluarga dan Pasien

Pasien dan keluarga hendaknya lebih memperhatikan terkait gangguan mobilitas fisik pada anggota keluarga yang mengalami stroke hemoragik untuk mencapai kekuatan otot meningkat dan keluhan sulit menggerakan ekstremitas menurun.

DAFTAR PUSTAKA

- American Heart Association (2010). Heart disease & stroke statistics – 2010 Update. Dallar, Texas: American Heart Association
- Anggita.T. Nuari & Masturoh I, 2018. Metodologi Penelitian Kesehatan.; Jakarta.
- Aziz. (2019). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta-Salemba medika.
- Batticaca Fransisca, C. (2017). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan System Pernafasan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Bella, C. I. (2021). Penerapan Range of Motion (Rom) Pasif untuk Mengatasi Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik pada Pasien Hemoragik di kota Metro. *Jurnal Cendikia Muda*, 216–222.
- Eldawati. (2011). Pengaruh Latihan Kekuatan Otot Pre Operasi Terhadap Kemampuan Ambulasi Dini Pasien Pasca Operasi Fraktur Ekstremitas Bawah Di Rsup Fatmawati Jakarta. *Tesis. Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah Universitas*.
- Fawwaz, F. S. (2023). Asuhan Keperawatan Stroke Non-Hemoragik Pada Ny. R Dengan Diagnosa Keperawatan Utama Hambatan Mobilitas Fisik Di Ruang Edelweis Atas Rsud Kardinah. *Jurnal Sehat Mandiri*, 18(1),, 33–41.
- Herdman, T. .. (2015). *Diagnosis KeperawatanDefinisi & Klasifikasi2015-2017 Edisi 10*. jakarta: EGC.

- Junaidi, I. (2018). *Panduan Praktis Pencegahan dan Pengobatan Stroke*. Jakarta: PT.Bhuana Ilmu Populer.
- Junaidi, I. (2018). Stroke Waspadai Ancamannya. Yogyakarta: ANDI.
- Kanggeraldo, J. S. (2018). Sistem Pakar Untuk Mendiagnosis Penyakit Stroke Hemoragik dan Iskemik Menggunakan Metode Dempster . *Jurnal RESTI (Rekayasa Sistem Dan Teknologi Informasi)*, 498–505.
- Kemenkes. (2019). *Infodatin Stroke Kemenkes RI 2019.In Infodatin Stroke Kemenkes RI 2019*.
- Levine, P. G. (2020). *Stronger After Stroke: Panduan Lengkap dan Efektif, Terapi Pemulihan Stroke*Alih bahasa: Rika Iffiat Farihah. Jakarta: Etera.
- Mubarak, W. I. (2008). *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia Teori & Aplikasi dalam Praktik*. jakarta: EGC.
- Muflihatin, S. (2017). Analisis Praktik Klinik Keperawatan Pada Pasien Stroke Hemoragik Dengan Terapi Inovasi Mobilisasi (Rom Pasif) Dan Rangsangan Taktil Terhadap Pemulihan.
- PPNI. (2016). Standa Diagnosis Keperawatan Indonesia (Definisi dan Indikator Diagnostik)(Edisi 1).
- PPNI, T. P. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*. Jakarta: Persatuan Perawat Indonesia.

- PPNI, T. P. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) Edisi*. Jakarta: Persatuan Perawat Indonesia.
- Rahmayanti, D. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Hemoragik Di Ruang Rawat Inap Saraf RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Karya Tulis Ilimiah, Prodi D-III Keperawatan.*
- Ramayanti, E. D. (2021). Pengaruh Edukasi Suportif Pengaruh Edukasi Suportif Pelaksanaan Latihan ROM (Range Of Motion) Pada Keluarga Pasien Dengan Stroke. *Nursing Sciences Journal*, 5(1), 27.
- Kemenkes RI (2018). *Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018.Kementerian Kesehatan RI.*
- Setiawan, A. (2021). *Memahami Penelitian Keperawatan:Membangun Praktik Berbasis Bukti (7th ed.)*. Jakarta: Elsevier Singapore.
- Susanti, S., Susanti, S., & BIstara, D. N. (2019). Pengaruh Range of Motion (ROM) terhadap Kekuatan Otot pada Pasien Stroke. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 4(2), 112. <https://doi.org/10.22146/jkesvo.44497>
- Syahrim, W. A. (2019). efektivitas latihan rom terhadap peningkatan kekuatan otot pada pasien stroke: Study Systematic Review. 2 (3).
- Tarwoto, & W. (2020). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Warsito., D. M. (2018). Latihan Range Of Motion (ROM) Pasif. *Idea Nursing Journal.*, Vol VII No.2,ISSN 2087-2879.

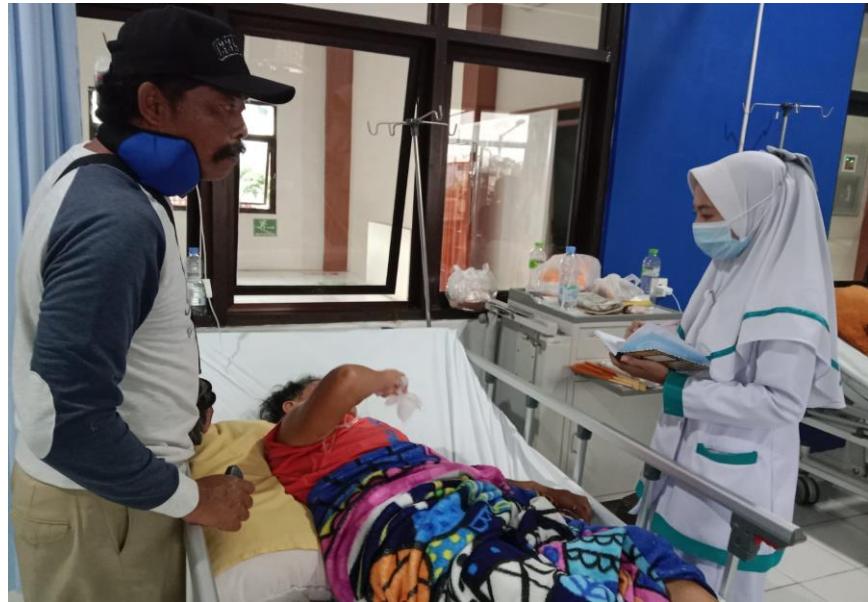
World Health Organization. Noncommunicable Disease Progress Monitor, 2017. World Health Organization, 2017.

Widuri, H. (2010). Kebutuhan Dasar Manusia (Aspek Mobilitas dan Istirahat) (Sujono Riyadi, Ed.). yogyakarta: Gosyen Publishing.

LAMPIRAN

1. Jadwal kegiatan

Hari 1 pengkajian



Hari 1 Implementasi



Hari 2 Implementasi**Hari 3 Implementasi**

LAMPIRAN

SOP RANGE OF MOTION (ROM) PASIF			
	NO.DOKUMEN	NO. REVISI	HALAMAN
PENGERTIAN	Latihan pergerakan perawat atau petugas lain yang menggerakkan persendian klien sesuai dengan rentang geraknya		
TUJUAN	Menjaga fleksibilitas dari masing-masing persendian		
INDIKASI	1. Pasien yang mengalami hambatan mobilitas fisik 2. Pasien yang mengalami keterbatasan rentang gerak		
KONTRAINDIKASI	Klien dengan fraktur, kelainan sendi atau tulang, dan lien fase imobilisasi karena kasus penyakit (jantung).		
PERSIAPAN PASIEN	1. Memberikan salam, memperkenalkan diri, dan mengidentifikasi pasien dengan memeriksa identitas pasien secara cermat 2. Menjelaskan tentang prosedur tindakan yang akan dilakukan, memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan menjawab seluruh pertanyaan pasien. 3. Mengatur posisi pasien sehingga merasa aman dan nyaman		
PERSIAPAN ALAT	1. Handuk kecil 2. Minyak penghangat bila perlu (misal : minyak telon)		
PROSEDUR PELAKSANAAN	a). Prosedur Umum 1. Cuci tangan		

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Jaga privasi klien 3. Beri penjelasan kepada klien mengenai apa yang akan anda lakukan dan minta klien untuk dapat bekerja sama 4. Atur ketinggian tempat tidur yang sesuai agar memudahkan perawat dalam bekerja, terhindar dari masalah pada penjajaran tubuh dan pergunakan selalu prinsip-prinsip mekanik tubuh 5. Posisikan klien dengan posisi supinasi dekat dengan perawat dan buka bagian tubuh yang akan digerakkan 6. Rapatkan kedua kaki dan letakkan kedua lengan pada masing-masing sisi tubuh 7. Kembalikan pada posisi awal setelah masing-masing gerakan. Ulangi masing-masing gerakan 3 kali 8. Selama latihan pergerakan, kaji kemampuan untuk menoleransi gerakan rentang gerak (ROM) dari masing-masing persendian yang bersangkutan 9. Setelah latihan pergerakan, kaji denyut nadi dan ketahanan tubuh terhadap latihan 10. Catat dan laporan setiap masalah yang tidak diharapkan atau perubahan pada pergerakan klien, misalnya ada kekakuan dan kontraktur <p>b). Prosedur Khusus Pergerakan bahu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pegang pergerakan tangan dan siku penderita, lalu angkat selebar bahu, putar ke luar dan ke dalam 2. Angkat tangan gerakan ke atas kepala dengan di bengkokan, lalu kembali ke posisi awal 3. Gerakan tangan dengan mendekatkan lengan ke arah badan, hingga menjangkau tangan yang lain.
--	---

	<p>c). Pergerakan siku</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Buat sudut 90° pada siku lalu gerakan lengan ke atas dan ke bawah dengan membuat gerakan setengah lingkaran 2. Gerakan lengan dengan menekuk siku sampai ke dekat dagu. <p>d). Pergerakan tangan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pegang tangan pasien seperti bersalaman, lalu putar pergelangan tangan 2. Gerakan tangan sambil menekuk tangan ke bawah 3. Gerakan tangan sambil menekuk tangan ke atas 4. Pergerakan jari tangan 5. Putar jari tangan satu persatu 6. Pada ibu jari lakukan pergerakan menjauh dan mendekat dari jari telunjuk, lalu dekatkan pada jari-jari yang lain <p>e). Pergerakan kaki</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pegang pergelangan kaki dan bawah lutut kaki lalu angkat sampai 30° lalu putar. 2. Gerakan lutut dengan menekuknya sampai 90° 3. Angkat kaki lalu dekatkan ke kaki yang satu kemudian gerakan menjauh 4. Putar kaki ke dalam dan ke luar 5. Lakukan penekanan pada telapak kaki ke luar dan ke dalam 6. Jari kaki di tekuk-tekuk lalu di putar <p>f). Pergerakan leher</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pegang pipi pasien lalu gerakan ke kiri dan ke kanan
--	---

	2. Gerakan leher menekuk ke depan dan ke belakang
TERMINASI	1. Mengevaluasi hasil tindakan 2. Berpamitan dengan pasien 3. Membereskan dan kembalikan alat ke tempat semula 4. Mencuci tangan 5. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan

LOG BOOK BIMBINGAN PENYUSUNAN KARYA ILMIAH AKHIR

Judul : Aruhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Hemoragik Dengan Gangguan Mobilitas Fisik menggunakan Terapi Range Of Motion (Rom) pasif di RSUD Balung Jember.

Nama Mahasiswa : Iavadatus Muttahida

NIM : 22101027

Jurusan : Program Studi Ners

Dosen Pembimbing : Akhmad Efrizal Amrullah, S.Kep,Ns.,M.Si

NIDN : 07191288102

Tanggal	Kegiatan	Interpretasi	Interpretasi Solusi Tindakan Lanjut	Tanda Tangan Pembimbing
27/23 /10	- konsul judul - konsul Bab 1 dan jurnal		Analisa judul & kejng.	
11/23	- Acc Bab 1 - Lanjut Bab 2 - Intervensi Implementasi		Identifikasi permasalahan & Tujuan kejng.	
24/23 /11	- konsul Bab 3 - pembahasan.		Intervensi & Implementasi	
29/23 /11	Konsul abstrak		Akhirnya	

