

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN**  
**MOBILISASI PADA PASIEN STROKE NON HAEMORAGIK DI RUANG ICU**  
**RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG TANGGAL 01-04 JUNI 2017**



**OLEH :**

**HANA DIANA DAKAHAMAPU**

**NIM. PO 530320114065**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**

**PRODI D III KEPERAWATAN**

**2017**

**LEMBAR PENGESAHAN**  
**KARYA TULIS ILMIAH ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN PEMENUHAN**  
**KEBUTUHAN MOBILISASI PADA PASIEN STROKE NON HAEMORAGIK**  
**DI RUANG ICU RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG**


Disusun Oleh  
Hana Diana Dakahamapu  
NIM. PO. 530320114065

Telah Diuji di Depan Dewan Penguji Studi Kasus Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan  
Kupang Prodi D III Keperawatan

Pada Tanggal 13 Juni 2017

Pembimbing

Ns. Yoani M. V. B. Aty, S.Kep.Ns, M.Kep  
NIP : 197908052001122001

	DEWAN PENGUJI	TANDA TANGAN
Penguji I	<u>Dominggos Gonsalves, S.Kep.Ns, M.Kep</u> NIP: 197108061992031001	1. 
Penguji II	<u>Ns. Yoani. M. V. B. Aty, S.Kep.Ns, M.Kep</u> NIP: 197908052001122001	2. 
Penguji III	<u>Sebastianus Banggut, SST. M.Pd</u> NIP: 195703231981031002	3. 

Mengetahui  
**Ketua Jurusan Keperawatan Kupang**  
  
M. Margaretha U. W. SKp, MHSc  
NIP : 195602171986032001



## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN


Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Hana Diana Dukahamapu  
NIM : PO 530320114065  
Program Studi : D III Keperawatan  
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Studi Kasus yang saya tulis ini adalah benar – benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Studi Kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Mengetahui  
Pembimbing

  
Ns. Yenni M. V. B. Aty, S.Kep, M.Kep.  
NIP : 19790805 2001122001

Kupang 08 Juni 2017  
Pembuat Pernyataan



Hana Diana Dukahamapu  
NIM : PO 530320114065

### **BIODATA PENULIS**

Nama : Hana Diana Dakahamapu

Tempat/Tanggal Lahir : Kalabahi, 02 September 1985

Jenis Kelamin : Perempuan

Alamat : Desa Air Kenari, Kabupaten Alor.

Riwayat Pendidikan : 1. Tamat SD Gmit Lawahing – Kalabahi Tahun 1997

2. Tamat SMPN 1 Kalabahi Tahun 2000

3. Tamat SPK PEMDA Waikabubak Tahun 2004

4. Sejak Tahun 2014 Kuliah Di Program Studi D III  
Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.

### **Motto**

**“Takut Akan Tuhan Adalah Permulaan Pengetahuan. Dengarkanlah Nasihat Dan Terimalah Didikan, Supaya Engkau Menjadi Bijak Dimasa Depan”**

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur patut penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yesus atas berkat, perlindungan serta campur tanganNya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Karya Tulis Ilmia dengan judul Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Mobilisasi Pada Pasien Stroke Non Haemoragi Di Ruang ICU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. Laporan Studi Kasus ini Penulis selesaikan dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan D III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.

Penulis menyadari bahwa Laporan Karya Tulis ini banyak mendapat dukungan dan bantuan dari berbagai pihak yang dengan caranya masing-masing demi keberhasilan studi, untuk itu penulis ingin menyampaikan terima kasih yang tak terhingga terutama kepada :

1. Ibu Ns, Yoani Maria V B Aty, S.Kep,M.Kep sebagai pembimbing dan penguji II yang telah sabar membimbing serta mengarahkan penulis dalam penyelesaian laporan studi kasus ini.
2. Bapak Dominggos Gonsalves, S.Kep.Ns,M.Sc sebagai penguji I yang telah banyak memberikan kritik dan saran yang bersifat membangun guna penyelesaian Laporan Studi Kasus ini.
3. Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah membimbing penulis selama menyelesaikan pendidikan di Politeknik Kesehatan Kemenkes kupang.

4. Para Dosen jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah sabar membimbing penulis selama mengikuti pendidikan baik di institusi maupun di lahan praktek.
5. Bapak dan mama tercinta juga saudara-saudara tersayang yang selalu membantu dan mendukung baik secara materi maupun spiritual serta seluruh rumpun keluarga yang selalu

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Hana Diana Dakahamapu  
NIM : PO 530320114065  
Program Studi : D III Keperawatan  
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Studi Kasus yang saya tulis ini adalah benar – benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Studi Kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Mengetahui  
Pembimbing

  
Ns. Yenni M. V. B. Aty, S.Kep, M.Kep.  
NIP : 19790805 2001122001

Kupang 08 Juni 2017  
Pembuat Pernyataan

  
Hana Diana Dakahamapu  
NIM : PO 530320114065

**DAFTAR ISI**

HALAMAN JUDUL .....	
LEMBAR PERSETUJUAN .....	i
LEMBAR PENGESAHAN .....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN .....	iii
BIODATA PENULIS .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
DAFTAR ISTILAH .....	xi
ABSTRAK.....	xii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan Studi Kasus .....	6
1.4 Manfaat Studi Kasus .....	7
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Konsep Stroke.....	8
2.2 Asuhan Keperawatan .....	19
2.3 Mobilisasi Pada Pasien Stroke .....	34



## BAB 3 METODE STUDI KASUS

3.1 Jenis/Design/Rancangan Studi Kasus .....	41
3.2 Subyek Studi Kasus .....	41
3.3 Fokus Studi .....	41
3.4 Definisi Operasional Fokus Studi .....	41

vii

3.5 Intstrumen Studi Kasus .....	42
3.6 Metode Pengumpulan Data.....	42
3.7 Lokasi dan Waktu Studi Kasus .....	43
3.8 Analisis Data dan Penyajian Data.....	43
3.9 Etika Studi Kasus.....	43

## BAB 4 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Studi Kasus.....	45
4.2 Pembahasan.....	57
4.3. Keterbatasan Studi Kasus .....	65

## BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan .....	66
5.2 Saran .....	68

**DAFTAR TABEL**

	Halaman
Tabel 1. Pengkajian Kekuatan Otot .....	23
Tabel 1.2 Kategori Kemampuan Aktivitas .....	24

**DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran I    Format pengkajian
- Lampiran II    Surat Pengantar Studi Kasus
- Lampiran III    Surat keterangan selesai Studi Kasus

**DAFTAR ISTILAH**

CT-Scan	: Computed Tomografi Scan
CVA	: Cerebro Vaskuler Accident
DI	: Daerah Istimewa
DKI	: Daerah Khusus Ibukota
DM	: Diabetes Melitus
EMV	: Eye Motorik Verbal
GCS	: Glassglow Coma Scale
GERD	: Gastroesophageal Reflux
ICU	: Intensif Care Unit
Kemenkes	: Kementrian Kesehatan
NGT	: Naso Gastric Tube
Ny	: Nyonya
MRI	: Magnetic Resonance Imaging
RISKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar
RL	: Ringer Laktat
ROM	: Range Of Motion
RSUD	: Rumah Sakit Umu Daerah
SNH	: Stroke Non Haemoragik

TIK : Tekanan Intra Kranial  
Tn : Tuan  
TPM : Tetes Per Menit

xi

## ABSTRAK

Poltekkes Kemenkes Kupang  
Prodi D III Keperawatan  
Hana. D. Dakahamapu

### **Judul :**

Studi Kasus Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Mobilisasi Pada Pasien Stroke

**Latar Belakang :** stroke merupakan peringkat ketiga penyebab kematian, dengan laju mortalitas 18% sampai 37% untuk stroke pertama dan sebesar 62% untuk stroke selanjutnya. Terdapat kira-kira 2 juta orang bertahan hidup dari stroke yang mempunyai beberapa kecacatan; dari angka ini, 40% memerlukan bantuan dalam aktivitas kehidupan sehari-hari. Penelitian memperlihatkan bahwa kejadian stroke terus meningkat di negara berkembang (termasuk Indonesia).

**Tujuan** penelitian ini adalah untuk meningkatkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan gangguan pemenuhan kebutuhan mobilisasi pada pasien stroke yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

**Metode** yang digunakan adalah desain deskriptif dengan pendekatan studi kasus, dimana studi untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan dengan gangguan pemenuhan oksigenasi pada diagnosa medis stroke. Penelitian diobservasi selama 4 hari diruangan ICU RSUD Prof.W.Z.Johanes Kupang. Sumber informasi dilakukan melalui anamnesa dari pasien atau keluarga, pemeriksaan fisik, serta data penunjang berupa hasil laboratorium.

**Hasil :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam didapatkan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik belum dapat teratasi, sehingga memerlukan tindakan keperawatan yang lebih lanjut dan berkesinambungan, namun tidak dapat dilanjutkan penulis karena selesainya waktu penelitian.

**Kesimpulan :** Stroke merupakan penyakit yang memerlukan perawatan dan penanganan yang cukup lama, sebab itu peran perawat dalam perawatan pasien sangat menentukan tingkat keberhasilan pemulihan gangguan mobilitas pasien.

**Kata kunci :** Asuhan Keperawatan, Stroke, Mobilisasi.

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Cerebro Vaskuler Accident (CVA) biasa dikenal oleh masyarakat dengan istilah stroke. Istilah ini lebih populer dibanding CVA. Kelainan ini terjadi pada organ otak, lebih tepatnya adalah gangguan pembuluh darah otak berupa penurunan kualitas pembuluh darah otak. Berupa penurunan kualitas pembuluh darah otak. Stroke menyebabkan angka kematian yang tinggi. Kejadian sebagian besar dialami oleh laki-laki daripada perempuan (selisih 19% lebih tinggi) dan usia umumnya diatas 55 tahun. (Padila, 2012 : 57).

Hasil Riset Kesehatan Dasar (*RISKESDAS*) Kemenkes RI tahun 2013, didapatkan data tentang penyakit stroke dan disimpulkan bahwa stroke adalah penyakit pada otak berupa gangguan fungsi syaraf lokal dan/atau global, munculnya mendadak, progresif, dan cepat. Gangguan fungsi syaraf pada stroke disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatik. Gangguan syaraf tersebut menimbulkan gejala antara lain: kelumpuhan wajah atau anggota badan, bicara tidak lancar, bicara tidak jelas (pelo), mungkin perubahan kesadaran, gangguan penglihatan, dan lain-lain. Didefinisikan sebagai stroke jika pernah didiagnosis menderita penyakit stroke oleh tenaga kesehatan (dokter/perawat/bidan) atau belum pernah didiagnosis menderita penyakit stroke oleh nakes tetapi pernah mengalami secara mendadak keluhan kelumpuhan pada satu sisi tubuh atau kelumpuhan pada satu sisi tubuh yang disertai

kesemutan atau baal satu sisi tubuh atau mulut menjadi mencong tanpa kelumpuhan otot mata atau bicara pelo atau sulit bicara/komunikasi dan atau tidak mengerti pembicaraan.

Stroke merupakan masalah neurologik primer di Amerika Serikat dan di dunia. Meskipun upaya pencegahan telah menimbulkan penurunan pada insiden dalam beberapa tahun terakhir, stroke merupakan peringkat ketiga penyebab kematian, dengan laju mortalitas 18% sampai 37% untuk stroke pertama dan sebesar 62% untuk stroke selanjutnya. Terdapat kira-kira 2 juta orang bertahan hidup dari stroke yang mempunyai beberapa kecacatan; dari angka ini, 40% memerlukan bantuan dalam aktivitas kehidupan sehari-hari, (Brunner & Suddarth, 2010).

Berdasarkan hasil RISKESDAS 2013 menunjukkan kasus penyakit stroke berada pada urutan ke-9 penyakit tidak menular terbanyak di Indonesia, didapatkan dari data hasil pengkajian berupa wawancara dengan responden umur  $\geq 15$  tahun. Prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 7 per mil dan yang terdiagnosis tenaga kesehatan atau gejala sebesar 12,1 per mil. Prevalensi Stroke berdasarkan diagnosis nakes tertinggi di Sulawesi Utara (10,8‰), diikuti DI Yogyakarta (10,3‰), Bangka Belitung dan DKI Jakarta masing-masing 9,7 per mil. Prevalensi Stroke berdasarkan terdiagnosis nakes dan gejala tertinggi terdapat di Sulawesi Selatan (17,9‰), DI Yogyakarta (16,9‰), Sulawesi Tengah (16,6‰), diikuti Jawa Timur sebesar 16 per mil.

Prevalensi penyakit stroke pada kelompok yang didiagnosis nakes serta yang didiagnosis nakes atau gejala meningkat seiring dengan bertambahnya umur, tertinggi pada umur  $\geq 75$  tahun (43,1‰). Prevalensi stroke cenderung lebih tinggi pada masyarakat dengan pendidikan rendah baik yang didiagnosis nakes (16,5‰) maupun diagnosis nakes atau gejala (32,8‰). Prevalensi stroke di kota lebih tinggi dari di desa, baik berdasarkan diagnosis nakes (8,2‰) maupun berdasarkan diagnosis nakes atau gejala (12,7‰). Prevalensi lebih tinggi pada masyarakat yang tidak bekerja baik yang didiagnosis nakes (11,4‰) maupun yang

didiagnosis nakes atau gejala (18%). Prevalensi stroke berdasarkan diagnosis atau gejala lebih tinggi pada kuintil indeks kepemilikan terbawah dan menengah bawah masing masing 13,1 dan 12,6 per mil.

Data RISKESDAS tahun 2013 menunjukkan bahwa prevalensi penyakit stroke di Nusa Tenggara Timur berdasarkan terdiagnosis sebanyak 4,2% dan terdiagnosis dengan gejala sebanyak 12,1%, dan mendapat urutan terbanyak kasus stroke ke 15 dari seluruh provinsi yang ada di Indonesia. Berdasarkan data yang diperoleh dari Diklat RSUD Prof. Dr. W. Z Johannes Kupang, penderita stroke yang menjalani rawat inap dan rawat jalan tahun 2013-2015, tercatat penderita stroke non haemoragi pada tahun 2013 sebanyak 107 kasus orang, dan tahun 2014 sebanyak 263 kasus, dan tahun 2015 sebanyak 109 kasus.

Dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI No 854/Menkes/SK/IX/2009, menyatakan bahwa Program pemerintah dalam kaitannya dengan penanganan penyakit tidak menular terutama penyakit jantung dan pembuluh darah, salah satunya yaitu stroke, kegiatan yang dilakukan yaitu : melaksanakan review dan memperkuat "*aspek legal*" pengendalian penyakit jantung dan pembuluh darah di Unit Pelaksana Teknis (UPT), Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/kota, dan Puskesmas, melaksanakan advokasi dan sosialisasi; melaksanakan intensifikasi, akselerasi, dan inovasi program/kegiatan pengendalian penyakit jantung dan pembuluh darah sesuai dengan kemajuan teknologi dan kondisi daerah setempat (*local area specific*) melalui perencanaan terpadu dan kegiatan terkoordinasi; mengembangkan (investasi) sumber daya manusia antara lain dengan melaksanakan TOT (*training of trainer*) dan berbagai bentuk pelatihan (*training*) sesuai dengan kebutuhan dalam pengendalian penyakit jantung dan pembuluh darah; melaksanakan deteksi dini, surveilans epidemiologi dan pengembangan sistem informasi; monitoring dan evaluasi; mengembangkan sistem pembiayaan pengendalian faktor resiko (APBN, APBD



Provinsi, APBD Kabupaten/Kota, *Sharing Cost* : Lintas Program, Lintas Sektor, dan sumber dana lainnya).

Penanganan pasien stroke di Rumah Sakit terdiri dari beberapa tindakan berdasarkan stadium penyakit, yaitu : stadium hiperakut, tindakan ini dilakukan di instalasi Rawat Darurat dan merupakan tindakan resusitasi serebro-kardio-pulmonal bertujuan agar kerusakan jaringan otak tidak meluas; stadium akut, dilakukan penanganan faktor-faktor etiologik maupun penyulit. Juga dilakukan tindakan terapi fisik, okupasi, wicara dan psikologis serta telaah sosial untuk membantu pemulihan pasien; stadium subakut, tindakan medis dapat berupa terapi kognitif, tingkah laku, menelan, terapi wicara, dan *bladder training* (termasuk terapi fisik). Mengingat perjalanan penyakit yang panjang, dibutuhkan penatalaksanaan khusus intensif pasca stroke di Rumah Sakit dengan tujuan kemandirian pasien, mengerti, memahami dan melaksanakan program preventif, (Ismail Setyopranoto, Unit Stroke RSUP Dr Sardjito, 2009)

Stroke akan mengakibatkan dampak yang fatal bagi tubuh seseorang, diantaranya seperti gangguan dalam masalah oksigenasi, penurunan aktivitas atau gangguan mobilisasi. Sumbatan pada darah akan mengakibatkan penurunan suplai oksigen dan nutrisi sehingga mengakibatkan gangguan pada sistem saraf pusat. Saraf yang kekurangan nutrisi lama kelamaan akan kehilangan fungsinya. Seorang pasien stroke mungkin mengalami kelumpuhan pada salah satu sisi bagian tubuh atau semua bagian tubuh. Kelumpuhan ini akan mempengaruhi kontraksi otot, berkurangnya kontraksi otot akan mempengaruhi kekuatan otot pasien sehingga akan berdampak pada gangguan mobilisasi pada pasien.

Mobilisasi merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Setiap orang butuh untuk bergerak. Kehilangan kemampuan untuk bergerak menyebabkan ketergantungan dan ini membutuhkan tindakan keperawatan. Mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan

kemandirian diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit, khususnya penyakit degeneratif, dan untuk aktualisasi diri (harga diri dan citra tubuh). (Chayatin Nurul, dkk, 2008).

Imobilitas merupakan suatu kondisi yang relatif. Maksudnya, individu tidak saja kehilangan kemampuan gerakanya secara total, tetapi juga mengalami penurunan aktivitas dari kebiasaan normalnya (Cahyati Nururl, 2008).

Mobilisasi yang dilakukan bertujuan untuk ekspresi emosi dengan tingkah lakuverbal, non verbal, pertahanan diri, terpenuhinya kebutuhan dasar, aktivitas harian dan rekreasi untuk memelihara aktivitas fisik yang normal, sistem saraf, sistem otot dan sistem rangka harus utuh dan berfungsi dengan baik. Bila salah satu sistem ini tidak berfungsi dengan baik maka seseorang tidak dapat melakukan mobilisasi dengan baik karena terjadi kecacatan dan akan terjadi imobilisasi pada bagian tubuh yang cacat. Imobilisasi bisa terjadi sebagian, bisa juga terjadi secara total. Semakin meningkatnya imobilisasi dan imobilisasi yang lama akan memperbesar resiko terjadinya kecacatan yang lebih parah akibat imobilisasi.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Data RISKESDAS tahun 2013 menunjukkan bahwa prevalensi penyakit stroke di Nusa Tenggara Timur berdasarkan terdiagnosis sebanyak 4,2% dan terdiagnosis dengan gejala sebanyak 12,1%, dan mendapat urutan terbanyak kasus stroke ke 15 dari seluruh provinsi yang ada di Indonesia. Ini merupakan angka kejadian penyakit yang cukup besar, untuk itu peran perawat sangat dibutuhkan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien stroke agar dapat meningkatkan kualitas hidup pasien.

## **1.3 Tujuan Studi Kasus**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Meningkatkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan gangguan pemenuhan kebutuhan mobilisasi pada pasien stroke non haemoragi di ruang ICU RSUD Prof. Dr. W Z Johannes Kupang.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Melakukan pengkajian keperawatan gangguan pemenuhan kebutuhan mobilisasi pada pasien stroke.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan gangguan pemenuhan kebutuhan mobilisasi pada pasien stroke.
3. Membuat perencanaan keperawatan gangguan pemenuhan kebutuhan mobilisasi pada pasien stroke.
4. Melakukan tindakan keperawatan gangguan pemenuhan kebutuhan mobilisasi pada pasien stroke.
5. Melakukan evaluasi hasil asuhan keperawatan gangguan pemenuhan kebutuhan mobilisasi pada pasien stroke.

## **1.4 Manfaat Studi Kasus**

### **1.4.1 Manfaat Teori**

Meningkatkan pengetahuan pembaca dan untuk mengembangkan ilmu keperawatan agar dapat melakukan asuhan keperawatan gangguan pemenuhan kebutuhan mobilisasi pada pasien stroke dengan tepat.

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

Dapat dipakai untuk acuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan bagi pasien khususnya pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan mobilisasi dan melakukan pencegahan; dan dapat menambah wawasan tentang asuhan keperawatan pada pasien stroke.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Stroke**

##### **2.1.1 Pengertian**

Stroke atau penyakit serebrovaskuler menunjukkan adanya beberapa kelainan otak baik secara fungsional maupun struktural yang disebabkan oleh keadaan patologis dari pembuluh darah serebral atau dari seluruh sistem pembuluh darah otak (Doenges, 2009).

Stroke atau cedera serebrovaskuler (CVA) adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah kebagian otak (Smeltzer & Bare, 2010).

CerebroVaskuler Accident (CVA) biasa dikenal masyarakat dengan istilah Stroke. Istilah ini lebih populer dibanding CVA. Kelainan ini terjadi pada organ otak, lebih tepatnya adalah gangguan pembuluh darah otak berupa penurunan kualitas pembuluh darah otak. Stroke menyebabkan angka kematian yang tinggi, sebagian besar dialami oleh kaum laki-laki dari pada wanita (selisih 19% lebih tinggi) dan usia umumnya diatas 55 tahun (Padila, 2012).

Ruang Perawatan Intensif (*Intensive Care Unit=ICU*) adalah bagian dari bangunan rumah sakit dengan kategori pelayanan kritis, selain instalasi bedah dan instalasi gawat darurat (Kemenkes RI 2010). Pelayanan kesehatan kritis diberikan kepada pasien yang

sedang mengalami keadaan penyakit yang kritis selama masa kedaruratan medis dan masa krisis. Pelayanan intensif adalah pelayanan spesialis untuk pasien yang sedang mengalami keadaan yang mengancam jiwanya dan membutuhkan pelayanan yang komprehensif dan pemantauan terus-menerus.

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1778/MENKES/SK/XII/2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan ICU di rumah sakit, ICU digunakan untuk memenuhi kebutuhan pelayanan observasi, perawatan dan terapi pasien-pasien yang menderita penyakit, cedera atau penyulit-penyulit yang mengancam nyawa atau potensial mengancam nyawa dengan prognosis dubia yang diharapkan masih reversible (Kemenkes RI, 2010).

Adapun pasien yang layak dirawat di ICU antara lain (Kemenkes RI 2010):

1. Pasien yang memerlukan intervensi medis segera oleh tim *intensive care*;
2. Pasien yang memerlukan pengelolaan fungsi sistem organ tubuh secara terkoordinasi dan berkelanjutan sehingga dapat dilakukan pengawasan yang konstan terus menerus dan metode terapi titrasi;
3. Pasien sakit kritis yang memerlukan pemantauan kontinyu dan tindakan segera untuk mencegah timbulnya dekompensasi fisiologis

Pasien yang menderita stroke, pada fase akut (48-72 jam) pasien stroke membutuhkan perawatan intensif, terutama pasien stroke yang mengalami tanda perdarahan otak (stroke haemoragi) seperti penurunan kesadaran, gangguan pernapasan, peningkatan TIK. Perawatan intensif perlu diberikan kepada pasien stroke yang mengalami keadaan-keadaan seperti diatas sampai pasien melewati fase akut dan masa kritis, untuk mencegah kecacatan dan kematian, serta mempertahankan kelangsungan hidup pasien. (Baughman, 2010).

### **2.1.2 Penyebab Stroke**

Menurut Smeltzer & Bare, 2010; stroke biasanya diakibatkan oleh salah satu dari 4 kejadian berikut ini :

1. Trombosis serebri (bekuan darah dalam pembuluh otak atau leher).
2. Embolisme Serebral (bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain).
3. Iskemia (penurunan aliran darah ke area otak).
4. Haemoragi Serebral (pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak).

Akibatnya adalah penghentian suplai darah ke otak, yang menyebabkan kehilangan sementara atau permanen gerakan, berpikir, memori, bicara, atau sensasi.

### **2.1.3 Faktor resiko terjadinya stroke**

Menurut Baghman, 2010; faktor resiko terjadinya stroke yaitu :

1. Hipertensi merupakan faktor risiko utama.
2. Penyakit kardiovaskular (embolisme serebral mungkin berasal dari jantung).
3. Kadar hematokrit normal tinggi (yang berhubungan dengan infark serebral).
4. Diabetes melitus (peningkatan eterogenesis).
5. Kontrasepsi oral, peningkatan oleh hipertensi yang mentertai, usia diatas 35 tahun, perokok kretek, dan kadar estrogen yang tinggi.
6. Penurunan tekanan darah yang berlebihan atau dalam jangka panjang dapat menyebabkan iskemia serebral umum.
7. Penyalahgunaan obat, terutama pada remaja dan dewasa muda.
8. Peningkatan kolesterol, obesitas.
9. Mungkin terdapat hubungan antara konsumsi alkohol dengan stroke.
10. Riwayat kesehatan keluarga adanya stroke.
11. Umur (insiden meningkat sejalan dengan meningkatnya umur).

12. Stres emosional.

#### **2.1.4 Klasifikasi Stroke**

Stroke dapat diklasifikasikan menurut patologi dan gejala kliniknya (Wijaya Saferi Andra, 2013) yaitu :

##### **1. Stroke haemoragi**

Merupakan perdarahan serebral dan mungkin perdarahan subarachnoid. Disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada daerah otak tertentu. Biasanya kejadiannya saat melakukan aktivitas atau saat aktif, namun bisa juga terjadi saat istirahat, kesadaran pasien umumnya menurun. Stroke haemoragi adalah disfungsi fokal yang akut dan disebabkan oleh perdarahan primer substansi otak yang terjadi secara spontan bukan oleh karena trauma kapitis, disebabkan oleh karena pecahnya pembuluh arteri, vena dan kapiler. (Wijaya Saferi Andra, 2013).

##### **2. Stroke non haemoragi**

Merupakan stroke yang terjadi akibat adanya obstruksi/sumbatan dalam pembuluh darah yang memasok darah ke otak, dapat berupa iskemia atau emboli dan trombosis serebral, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau dipagi hari. Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksi dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder. Kesadaran umumnya baik (Wijaya Saferi Andra, 2013).

#### **2.1.5 Manifestasi Klinis**

Menurut Padila, 2012; manifestasi klinis yang terjadi pada pasien stroke yaitu sebagai berikut :

##### **1. Jika terjadi peningkatan TIK maka dijumpai tanda dan gejala :**

- a. Perubahan tingkat kesadaran : penurunan orientasi dan respon terhadap stimulus.
- b. Perubahan kemampuan gerak ekstremitas : kelemahan sampai paralysis.

- c. Perubahan ukuran pupil : bilateral atau unilateral dilatasi. Unilateral tanda dari perdarahan serebral.
  - d. Perubahan tanda vital : nadi rendah, tekanan darah meninggi, nafas ireguler, peningkatan suhu tubuh.
  - e. Keluhan kepala pusing.
  - f. Muntah projectile (tanpa adanya rangsangan).
2. Kelumpuhan dan kelemahan.
  3. Penurunan penglihatan.
  4. Deficit kognitif bahasa (komunikasi) : disartria (kesulitan berbicara), disfasia atau afasia (bicara defektif atau kehilangan bicara), apraksia (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya).
  5. Pelo/disartiaria.
  6. Inkontinensia alvi dan uri.
  7. Kehilangan sensori (kemampuan untuk merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh serta kesulitan dalam menginterpretasikan stimuli visual, taktil, dan aurutorius).

### **2.1.6 Patofisiologi**

Otak sangat tergantung pada oksigen dan tidak mempunyai cadangan oksigen. Jika aliran darah kesetiap bagian otak terhambat karena trombus dan embolus, maka mulai terjadi kekurangan oksigen ke jaringan otak. Kekurangan selama satu menit dapat mengarah pada gejala yang dapat pulih seperti kehilangan kesadaran. Selanjutnya kekurangan oksigen dalam waktu yang lebih lama dapat menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron-neuron. Area nekrotik kemudian disebut infark. Kekurangan oksigen pada awalnya mungkin akibat iskemia umum (karena henti jantung atau hipotensi) atau hipoksia karena akibat proses anemia dan kesukaran untuk bernafas. Stroke karena embolus dapat merupakan akibat dari bekuan darah, udara, plaque, ateroma fragmen lemak. Jika etiologi stroke adalah hemoragi



maka faktor pencetus adalah hipertensi. Abnormalitas vaskuler, aneurisma serabut dapat terjadi ruptur dan dapat menyebabkan haemoragi.

Pada stroke trombosis atau metabolik maka otak mengalami iskemia dan infark sulit ditentukan. Ada peluang dominan stroke akan meluas setelah serangan pertama sehingga dapat terjadi edema serebral dan peningkatan tekanan intrakranial (TIK) dan kematian pada area yang luas. Prognosisnya tergantung pada daerah otak yang terkena dan luasnya saat terkena.

Gangguan pasokan aliran darah otak dapat terjadi dimana saja didalam arteri-arteri yang membentuk sirkulasi Willis : arteria karotis interna dan sistem vertebrobasilar dan semua cabang-cabangnya. Secara umum, apabila aliran darah ke jaringan otak terputus selama 15 sampai 20 menit, akan terjadi infark atau kematian jaringan. Perlu diingat bahwa oklusi disuatu arteri tidak selalu menyebabkan infark di daerah otak yang diperdarahi oleh arteri tersebut (Wijaya Saferi andra, 2013). Alasannya adalah bahwa mungkin terdapat sirkulasi kolateral yang memadai daerah tersebut. Proses patologik yang mendasari mungkin salalu satu dari berbagai proses yang terjadi di dalam pembuluh darah yang memperdarahi otak. Patologinya dapat berupa :

- a. Keadaan penyakit pada pembuluh darah itu sendiri, seperti aterosklerosis dan trombosis, robeknya dinding pembuluh darah atau peradangan.
- b. Berkurangnya perfusi akibat gangguan aliran darah, misalnya syok atau hiperviskositas darah.
- c. Gangguan aliran darah akibat bekuan atau embolus infeksi yang berasal dari jantung atau pembuluh ekstrakranium.
- d. Ruptur vaskular didalam jaringan otak atau ruang subaraknoid.

### **2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik**

1. Angiografi serebral : membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruksi arteri, oklusi/ruptur.
2. Elektro encefalography : mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak atau mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
3. Sinar X tengkorak : menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari masa yang luas, klasifikasi karotis interna terdapat pada trobus serebral. Klasifikasi parsial dinding, aneurisma pada pendarahan sub arachnoid.
4. Ultrasonography doppler : mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah sistem arteri karotis/aliran darah/muncul plaque/arterosklerosis).
5. CT-Scan : memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia dan adanya infark.
6. MRI : menunjukan adanya tekanan abnormal dan biasanya ada trombosisi, emboli, dan TIA, tekanan meningkatan dan cairan mengandung darah menunjukan haemoragi sub arachnoid/perdarahan intrakranial.
7. Pemeriksaan foto thorax : dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pemebesaran ventrikel kiri yang merupakan sala satu tanda hipertensi kronis pada penderita struk, menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah berlawanan dari massa yang meluas.
8. Pemeriksaan laboraturium :
  - a. Pemeriksaan pungsi lumbal (atas indikasi).
  - b. Periksaan darah rutin.
  - c. Pemeriksaan kimia darah.
  - d. Massa protombin.
  - e. Urinalisis.
  - f. Trombosit.
  - g. Waktu perdarahan dan waktu pembekuan.

### **2.1.8 Penatalaksanaan Medis**

Menurut Padila, 2012; penatalaksanaan medis pada pasien stroke yaitu sebagai berikut :

#### 1. Konservatif

- a. Pemunuhan cairan dan elektrolit dengan pemasangan infus.
- b. Mencegah peningkatan TIK.
  - 1) Antihipertensi.
  - 2) Deuretika.
  - 3) Vasodilator perifer.
  - 4) Antikoagulan.
  - 5) Diasepam bila kejan.
  - 6) Anti tukak misal cimetidine.
  - 7) Kortikosteroid : pada kasus ini tidak ada manfaatnya karena klien akan mudah terkena infeksi, hiperglikemi dan stres ulcer/perdarahan lambung.
  - 8) Manitol : mengurangi edema otak.

#### 2. Operatif

Apabila upaya menurunkan TIK tidak berhasil maka perlu dipertimbangkan evakuasi hematom karena hipertensi intrakranial yang menetap akan membahayakan kehidupan klien.

#### 3. Pada fase sub akut/pemulihan (> 10 hari) perlu :

- a. Terapi bicara.
- b. Terapi fisik dan stoking anti embolisme.

### **2.1.9 Penatalaksanaan Keperawatan Pasien Stroke**

Menurut Wijaya Safery Andra, 2013; penatalaksanaan keperawatan yang harus dilakukan pada pasien stroke yaitu :

1. Atur posisi tidur pasien yang tepat, yaitu posisi kepala dan badan atas 20-30 derajat, posisi lateral dekubitus bila disertai muntah. Boleh dimulai mobilisasi bertahap bila hemodinamik stabil.
2. Bebaskan jalan napas dan usahakan ventilasi adekuat.
3. Kontrol tanda-tanda tekanan darah 1-2 jam, dipertahankan normal.
4. Suhu tubuh harus dipertahankan
5. Tanda-tanda vital usahakan stabil
6. Pertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit.
7. Bedrest
8. Nutrisi peroral hanya boleh diberikan setelah tes fungsi menelan baik, bila terdapat gangguan menelan atau pasien yang kesadaran menurun, dianjurkan NGT.
9. Mobilisasi dan rehabilitasi dini jika tidak ada kontraindikasi.
10. Membantu pasien untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari.
11. Memberikan dukungan terhadap proses mekanisme coping dan mengintegrasikan perubahan konsep diri.
12. Memberikan informasi tentang proses penyakit, prognosis, pengobatan dan kebutuhan rehabilitasi.

Tujuan akhir keperawatan pada pasien stroke yaitu :

1. Meningkatnya fungsi serebral dan menurunnya defisit neurologis
2. Mencegah/meminimalkan komplikasi
3. Tanda-tanda vital tetap dalam batas normal.
4. Kebutuhan sehari-hari terpenuhi baik oleh dirinya maupun orang lain.
5. Mekanisme coping positif dan mampu merencanakan keadaan setelah sakit.
6. Mengerti terhadap proses penyakit dan prognosis.

#### **2.1.10 Komplikasi Pasien Stroke**

Menurut Wijaya Saferi Andra, 2013; komplikasi yang terjadi pada penderita stroke diantaranya yaitu :

1. Berhubungan dengan imobilisasi
  - a. Infeksi pernapasan
  - b. Nyeri yang berhubungan dengan daerah yang tertekan
  - c. Konstipasi
  - d. Tromboflebitis
2. Berhubungan dengan mobilisasi
  - a. Nyeri pada daerah punggung dan dislokasi sendi
3. Berhubungan dengan kerusakan otak
  - a. Epilepsi
  - b. Sakit kepala
  - c. Kraniotomi
  - d. Hidrosefalus

#### **2.1.11 Upaya pencegahan**

Menurut Wijaya Saferi Andra, 2013, upaya pencegahan yang dapat dilakukan pada pasien stroke yaitu :

1. Mengurangi kegemukan.
2. Berhenti merokok.
3. Berhenti minum kopi.
4. Kontrol teratur tekanan darah.
5. Batasi konsumsi darah/lemak.
6. Tingkatkan masukan kalium.
7. Menurunkan konsumsi kolesterol dan kontrol kolesterol rutin
8. Mempertahankan kadar gula normal.

9. Mencegah minum lakohol dan rajin berolahraga.
10. Mengubah gaya hidup.
11. Menghindari obat-obat yang dapat meningkatkan tekanan darah.

## **2.2 Asuhan Keperawatan**

### **2.2.1 Pengkajian**

#### 1. Pengkajian Fisik

- a. Biodata : Umur, jenis kelamin, ras, suku bangsa dan lain-lain.
- b. Riwayat kesehatan dahulu :
  1. Riwayat hipertensi.
  2. Riwayat penyakit kardiovaskuler misalnya embisme serebral
  3. Riwayat tinggi kolesterol.
  4. Obesitas.
  5. Riwayat DM.
  6. Riwayat aterosklerosis.
  7. Merokok.
  8. Riwayat pemakaian kontrasepsi yang disertai hipertensi dan meningkatnya kadar estrogen.
  9. Riwayat konsumsi alkohol.
- c. Riwayat kesehatan sekarang
  1. Kehilangan komunikasi.
  2. Gangguan persepsi.
  3. Kehilangan motorik.
  4. Merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegi), merasa mudah lelah, susah beristirahat (nyeri, kejang otak).

d. Riwayat kesehatan keluarga

Apakah ada riwayat penyakit degeneratif dalam keluarga, perlu dikaji mungkin ada anggota keluarga sedarah yang pernah mengalami stroke.

2. Pengkajian Data Dasar

a. Aktivitas/istirahat

1. Merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia).
2. Merasa mudah lelah, susah beristirahat (nyeri, kejang otot)
3. Gangguan tonus otot (flaksid, spastik), paralitik hemiplegia dan terjadi kelemahan umum.
4. Gangguan penglihatan
5. Gangguan tingkat kesadaran
6. Pemenuhan kebutuhan sehari-hari : apabila mengalami kelumpuhan sampai terjadinya koma, maka perlu klien membutuhkan bantuan dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari dari bantuan sebagian sampai total, meliputi : mandi, makan/minum, BAB/BAK, berpakaian, berhias, aktifitas mobilisasi.

b. Integritas ego

- a. Perasaan tidak berdaya, perasaan putus asa.
- b. Emosi labil, ketidakpuasan untuk makan sendiri dan gembira
- c. Kesulitan untuk mengekspresikan diri.

c. Eliminasi

- a. Perubahan pola berkemih seperti : inkontinensia urine, anuria.
- b. Distensi abdomen, bising usus (-)

d. Makanan/cairan

- a. Nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut/peningkatan TIK.

- b. Kehilangan sensasi (rasa kecap pada lidah, pipi dan tengkorak).
- c. Disfagia, riwayat DM, peningkatan lemak dalam darah.
- d. Kesulitan menelan (gangguan pada refleks palatum dan faringeal), obesitas.
- e. Interaksi sosial  
Masalah berbicara, tidak mampu berkomunikasi.

### 3. Pemeriksaan Fisik Dan Observasi

#### a. B1 (Bright/Pernafasan)

Perlu dikaji adanya :

- 1) Sumbatan jalan nafas karena penumpukan sputum dan kehilangan refleks batuk.
- 2) Adakah tanda-tanda lidah jatuh kebelakang.
- 3) Auskultasi suara nafas mungkin ada tanda stridor.
- 4) Catat jumlah dan irama nafas.

#### b. B2 (Blood/Sirkulasi)

Deteksi adanya : tanda-tanda peningkatan TIK yaitu peningkatan tekanan darah disertai dengan pelebaran nadi dan penurunan jumlah nadi.

#### c. B3 (Brain/Persyarafan)

Kaji adanya keluhan sakit kepala hebat, periksa adanya pupil unilateral, observasi tingkat kesadaran.

#### d. B4 (Bladder/Perkemihan)

Tanda-tanda inkontinensia urin, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Inkontinensia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

#### e. B5 (Bowel/Pencernaan)



Napsu makan menurun, mual, muntah pada fase akut, konstipasi, tanda-tanda inkontinensia alvi,

f. B6 (Bone : Musculoskeletal Dan Integumen)

Pada kulit, jika klien mengalami kekurangan oksigen, kulit akan tampak pucat, jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan buruk, tanda-tanda dekubitus Kaji adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelumpuhan atau kelemahan, kehilangan sensori atau paralise/hemiplegi, serta mudah lelah mengakibatkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat, adanya spasme otot, krepitasi, dislokasi, fraktur, kemampuan pergerakan sendi, kekuatan otot, tingkat kemampuan aktivitas klien.

Tabel 1.1 Pengkajian kekuatan otot dan gangguan koordinasi :

Skala	Persen ( % ) Kekuatan otot	Karakteristik
0	0	Paralisis sempurna
1	10	Tidakada gerakan, kontraksi otot dapat dipalpasi, atau dilihat.
2	25	Gerakan otot penuh melawan gravitasi dengan topangan
3	50	Gerakan yang normal melawan gravitasi
4	75	Gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan melawan tahanan mnimal
5	100	Kekuatan normal, gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan tahanan

Sumber : Wedho, dkk (2013). Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Penilaian kemampuan mobilitas bertujuan untuk menilai gerak ke posisi mirirng, duduk, berdiri, bangun, dan berpindah tanpa bantuan.

Tabel 2. Kategori tingkat kemampuan aktivitas

Tingkat Aktivitas	Kategori
Tingkat 0	Mampu merawat diri secara penuh
Tingkat 1	Memerlukan penggunaan alat
Tingkat 2	Memerlukan bantuan atau pengawasan orang lain
Tingkat 3	Memerlukan bantuan atau pengawasan orang lain dengan peralatan
Tingkat 4	Sangat tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan.

Sumber : Wedho, dkk (2013), Konsep Kebutuhan Dasar.

#### 4. Pemeriksaan Neurologis

##### a. Status mental

1. Tingkat kesadaran : kualitatif dan kuantitatif
2. Pemeriksaan kemampuan berbicara
3. Orientasi (tempat, waktu, orang).
4. Pemeriksaan daya pertimbangan.
5. Penilaian daya obstruksi
6. Penilaian kosakata
7. Penilaian respon emosional
8. Pemeriksaan daya ingat
9. Pemeriksaan kemampuan berhitung
10. Pemeriksaan kemampuan mengenal benda.

##### b. Nervus kranialis

1. Olfaktorius : penciuman.

2. Optikus : penglihatan
3. Okulomotorius : gerak mata, konstiksi pupil akomodasi
4. Troklear : gerakan mata
5. Trigemius : sensasi umum pada wajah, kulit kepala, gigi, gerak mengunyah.
6. Abducen : gerak mata
7. Fasialis : pengecap, sensasi umum pada palatum dan telinga luar, sekresi kelenjar lakrimalis, submandibula, sublingual, ekspresi wajah.
8. Vestibulokoklearis : pendengaran dan keseimbangan
9. Aksesoris spinal : fonasi, gerakan kepala, leher dan bahu.
10. Hipoglosus : gerak lidah.

c. Fungsi motorik

1. Massa otot, kekuatan otot dan tonus otot. pada pemeriksaan ini, ekstremitas diperiksa lebih dahulu.
2. Fleksi dan ekstensi lengan
3. Abduksi lengan dan adduksi lengan
4. Fleksi dan ekstensi pergelangan tangan.
5. Adduksi dan abduksi jari
6. Abduksi dan adduksi pinggul
7. Fleksi dan ekstensi lutut
8. Dorsal fleksi dan fleksi plantar pergelangan kaki.
9. Dorsal fleksi dan fleksi plantar ibu jari kaki.

d. Refleks

1. Biceps
2. Triceps
3. Brachioradialis

4. Patella, achilles

### **2.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan data pengkajian, diagnosa keperawatan untuk masalah gangguan kebutuhan mobilisasi pada pasien stroke meliputi :

1. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kehilangan kesadaran, kelemahan dan faksid/paralisis hipotonik (awal), kerusakan perseptual/kognitif, kelumpuhan.
2. Deficit perawatan diri (higiene, toileting, berpindah, makan) berhubungan dengan perubahan biofisik, perseptual kognitif, kerusakan neuromuscular, penurunan kekuatan dan ketahanan, kehilangan kontrol/koordinasi otot, kerusakan perseptual/kognitif, nyeri, kelemahan dan kelumpuhan.
3. Risiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas, parise dan paralise.

### **2.2.3 Perencanaan**

1. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kehilangan kesadaran, kelemahan dan faksid/paralisis hipotonik (awal), kerusakan perseptual/kognitif, kelumpuhan.

Tujuan : klien mampu melaksanakan aktivitas fisik sesuai dengan kemampuannya.

Kriteria hasil :

- a. Kebutuhan klien terhadap pergerakan dapat terpenuhi.
- b. Mendemonstrasikan perilaku yang memungkinkan melakukan aktivitas.
- c. Mobilisasi dapat dilakukan
- d. Tidak terjadinya kontraktur sendi
- e. Bertambahnya kekuatan otot
- f. Mempertahankan posisi dan fungsi optimal
- g. Klien menunjukkan tindakan untuk meningkatkan mobilitas
- h. Mempertahankan integritas kulit.

Intervensi :

- a. Kaji kemampuan secara fungsional/luasnya kerusakan awal secara teratur.

Rasional : mengidentifikasi kekuatan/kelemahan dan memberi informasi tentang pemulihan, membantu dalam pemilihan intervensi.

- b. Ubah posisi klien minimal tiap 2 jam (terlentang, miring) dan sebagainya dan jika memungkinkan bisa lebih sering jika diletakkan dalam posisi bagian yang terganggu.

Rasional : menurunkan risiko terjadinya trauma/iskemia jaringan akibat sirkulasi darah yang jelek pada daerah yang tertekan dan menurunkan sensasi yang lebih besar menimbulkan kerusakan pada kulit (dekubitus).

- c. Letakkan pada posisi telungkup satu kali atau dua kali sehari jika klien dapat mentolerir.

Rasional : membantu mempertahankan ekstensi pinggul fungsional tetapi kemungkinan akan meringankan ansietas terutama mengenai kemampuan klien untuk bernafas.

- d. Ajarkan klien untuk melakukan latihan gerak aktif pada ekstremitas yang tidak sakit.

Rasional : gerakan aktif memberikan massa, tonus dan kekuatan otot serta memperbaiki fungsi jantung dan pernapasan.

- e. Lakukan gerak pasif pada ekstremitas yang sakit.

Rasional : meminimalkan atrofi otot, meningkatkan sirkulasi, membantu mencegah kontraktur, menurunkan terjadinya hiperkalsiuria dan osteoporosis.

- f. Sokong ekstremitas pada posisi fungsionalnya, gunakan papan kaki selama periode paralisis flaksid, pertahankan posisi kepala netral.

Rasional : mencegah kontraktur paralisis flaksid dapat mengganggu kemampuannya untuk menyangga kepala. Paralisis spastik menyebabkan deviasi pada salah satu sisi.

g. Tinggikan tangan dan kepala.

Rasional : meningkatkan aliran balik vena dan membantu mencegah edema.

h. Kolaborasi dengan ahli fisioterapi untuk latihan fisik dan ambulasi klien.

Rasional : untuk memenuhi kebutuhan mobilitas, koordinasi dan kekuatan pada ekstremitas.

i. Kolaborasi pemberian obat relaksasi otot, antispasmodik sesuai indikasi.

Rasional : menghilangkan spastisitas ekstremitas yang terganggu.

2. Deficit perawatan diri (higiene, toileting, berpindah, makan) berhubungan dengan perubahan biofisik, perseptual kognitif, kerusakan neuromuscular, penurunan kekuatan dan ketahanan, kehilangan kontrol/koordinasi otot, kerusakan perseptual/kognitif, nyeri, kelemahan dan kelumpuhan.

Tujuan : pasien akan meningkatkan perawatan diri, mempertahankan keutuhan kulit selama salam perawatan.

kriteria hasil :

- a. Pasien dapat menyampaikan perasaan keterbatasan.
- b. Pasien dan anggota keluarga dapat melakukan program perawatan diri setiap hari.
- c. Kulit pasien tetap utuh, bersih, tidak ditemukan kemerahan ataupun lecet pada kulit.
- d. Tidak terjadi edema pada area yang dependent.
- e. Klien dapat mandiri dalam perawatan diri.

Inetervensi :

- a. Observasi tingkat fungsional pasien setiap pergantian tugas jaga, dokumentasikan dan laporkan setiap perubahan.

Rasional : melalui tindakan ini, perawat dapat menentukan tindakan yang sesuai untuk memenuhi kebutuhan pasien.

- b. Lakukan program penanganan terhadap penyebab gangguan muskuloskeletal, pantau kemajuan, laporkan respons terhadap penanganan, baik respons yang diharapkan maupun yang tidak diharapkan.

Rasional : penanganan harus dilakukan secara konsisten untuk mendorong kemandirian pasien.

- c. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan dan keluhan mengenai defisit perawatan diri.

Rasional : untuk membantu pasien mencapai tingkat fungsional tertinggi sesuai kemampuannya.

- d. Pantau pencapaian mandi dan higiene setiap hari. Haragai pencapaian mandi dan higiene.

Rasional : penguatan dan penghargaan akan mendorong pasien untuk terus berusaha.

- e. Sediakan alat bantu, seperti sikat gigi bergagang panjang untuk mandi dan perawatan higiene; ajarkan penggunaannya.

Rasional : alat bantu yang tepat akan meningkatkan kemandirian.

- f. Bantu sebagian atau sepenuhnya saat mandi atau higiene setiap hari. Bantu pasien hanya jika mengalami kesulitan.

Rasional : untuk meningkatkan perasaan mandiri.

- g. Berikan petunjuk kepada pasien atau pemberi asuhan tentang teknik mandi dan higiene. Minta untuk mendemonstrasikan kembali dibawah pengawasan

Rasional : demonstrasi ulang dapat mengidentifikasi area masalah dan meningkatkan kepercayaan diri pemberi asuhan.

3. Risiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas, paralise dan paralise.

Tujuan : pasien akan mempertahankan keutuhan kulit selama dalam perawatan.

Kriteria hasil :

- a. Kulit pasien tetap utuh, bersih, tidak ditemukan kemerahan ataupun lecet pada kulit.
- b. Tidak terjadi edema pada area yang dependent.

Intervensi :

- a. Inspeksi kulit pasien setiap pergantian tugas jaga, dokumentasikan kondisi kulit, dan laporkan setiap perubahan keadaan.

Rasional : Deteksi dini terhadap perubahan kulit dapat mencegah atau meminimalkan kerusakan kulit.

- b. Ubah posisi pasien minimal setiap dua jam dan ikuti jadwal pengubahan posisi yang dipasang disamping tempat tidur.

Rasional : Tindakan tersebut dapat mengurangi tekanan pada jaringan, meningkatkan sirkulasi, dan mencegah kerusakan kulit.

- c. Dorong pasien untuk melakukan ambulasi atau lakukan ROM pasif atau bantu latihan ROM aktif minimal setiap 4 jam saat pasien terjaga.

Rasional : Latihan fisik dapat mencegah atrofi otot dan kontraktur, ambulasi meningkatkan sirkulasi dan mengurangi penekanan.

- d. Pertahankan kulit pasien tetap bersih dan kering, dan berikan pelicin bila perlu.

Hindari penggunaan sabun yang dapat menyebabkan iritasi dan bilas dengan baik.

Rasional : Untuk mencegah kulit kering, meningkatkan kenyamanan, dan mengurangi risiko iritasi dan kerusakan kulit.

- e. Jaga linen pasien tetap kering, bersih dan bebas kerutan dan kusut. Segera ganti linen dan bantalan inkontinensia yang basah.

Rasional : Linen yang kering dan lembut dapat mencegah ekskoriasi dan kerusakan kulit.



- f. Jelaskan kepada pasien dan keluarga atau pasangan tentang perlunya tindakan perawatan kulit preventif.

Rasional : Untuk mendorong kepatuhan terhadap program perawatan kulit.

#### **2.2.4 Pelaksanaan**

Menurut Alimul Aziz (2013) tahap pelaksanaan merupakan langkah keempat dalam tahap proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan (tindakan keperawatan) yang telah direncanakan dalam rencana tindakan keperawatan.

Implementasi keperawatan didasarkan pada diagnosa keperawatan yang didapatkan dari pengkajian dan perencanaan yang telah disusun sebelumnya oleh perawat.

#### **2.2.5 Evaluasi**

1. Mencapai peningkatan mobilisasi
  - a. Kerusakan kulit terhindar, tidak ada kontraktur dan footdrop.
  - b. Berpartisipasi dalam program latihan.
  - c. Mencapai keseimbangan saat duduk.
  - d. Penggunaan sisi tubuh yang tidak sakit untuk kompensasi hilangnya fungsi pada sisi yang hemiplegia.
2. Dapat merawat diri; dalam bentuk perawatan kebersihan dan menggunakan adaptasi terhadap alat-alat.
  - a. Menyampaikan perasaan keterbatasan.
  - b. Melakukan program perawatan diri setiap hari.
  - c. Kulit utuh, bersih, tidak ada kemerahan ataupun lecet pada kulit.
  - d. Tidak ada edema pada area yang dependent.
  - e. Klien mandiri dalam perawatan diri.
3. Dapat mempertahankan keutuhan kulit
  - a. Kulit tetap utuh, bersih, tidak ditemukan kemerahan ataupun lecet pada kulit.

- b. Tidak terjadi edema pada area yang dependent.

## **2.3 Mobilisasi Pada Pasien Stroke**

### **2.3.1 Pengertian**

Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Setiap orang butuh untuk bergerak. Kehilangan kemampuan untuk bergerak menyebabkan ketergantungan dan ini membutuhkan tindakan keperawatan. Mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan kemandirian diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit, khususnya penyakit degeneratif, dan untuk aktualisasi diri (harga diri dan citra tubuh). (Chayatin Nurul, dkk, 2008). Faktor yang mempengaruhi mobilisasi yaitu : gaya hidup, ketidakmampuan, tingkat energi dan usia.

Imobilitas merupakan suatu kondisi yang relatif. Maksudnya, individu tidak saja kehilangan kemampuan gerakanya secara total, tetapi juga mengalami penurunan aktivitas dari kebiasaan normalnya. Menurut Cahyati Nururl, 2008; Ada beberapa alasan dilakukan imobilisasi :

1. Pembatasan gerak yang ditujukan untuk pengobatan atau terapi. Misalnya pada klien yang menjalani pembedahan atau yang mengalami cedera pada tungkai dan lengan.
2. Keharusan (tidak terelakkan). Ini biasanya disebabkan oleh ketidakmampuan primer, seperti penderita paralisis.
3. Pembatasan secara otomatis sampai dengan gaya hidup.

Menurut Cahyati Nurul, 2008; secara umum ada beberapa keadaan mobilitas, antara lain :

1. Imobilitas fisik. Kondisi ketika seseorang mengalami keterbatasan fisik yang disebabkan oleh faktor lingkungan maupun kondisi orang tersebut.

2. Imobilitas intelektual. Kondisi ini dapat disebabkan oleh kurangnya pengetahuan untuk dapat berfungsi sebagaimana mestinya, misalnya pada kasus kerusakan otak.
3. Imobilitas emosional. Kondisi ini bisa terjadi akibat proses pembedahan atau kehilangan seseorang yang dicintai.
4. Imobilitas sosial. Kondisi ini bisa menyebabkan perubahan interaksi sosial yang sering terjadi akibat penyakit.

Mobilisasi yang dilakukan bertujuan untuk ekspresi emosi dengan tingkah laku verbal, non verbal, pertahanan diri, terpenuhinya kebutuhan dasar, aktivitas harian dan rekreasi untuk memelihara aktivitas fisik yang normal, sistem saraf, sistem otot dan sistem rangka harus utuh dan berfungsi dengan baik. Pada penderita stroke, bila salah satu sistem ini tidak berfungsi dengan baik maka penderita tidak dapat melakukan mobilisasi dengan baik karena terjadi kecacatan dan akan terjadi imobilisasi pada bagian tubuh yang cacat. Imobilisasi bisa terjadi sebagian, bisa juga terjadi secara total. Semakin meningkatnya imobilisasi dan imobilisasi yang lama akan memperbesar resiko terjadinya kecacatan yang lebih parah akibat imobilisasi.

### **2.3.2 Gangguan Mobilisasi Pada Pasien Stroke**

Pada keadaan sehat, seseorang dapat bergerak bebas, beraktivitas atau melakukan mobilisasi dengan baik tanpa adanya gangguan mobilisasi penting menuju kesehatan secara lengkap. Seseorang yang tidak dapat melakukan mobilisasi disebut imobilisasi.

Mobilisasi penting menuju kesehatan secara lengkap. Seseorang yang tidak mampu melakukan mobilisasi disebut imobilisasi. Kondisi imobilisasi terjadi bila seseorang dalam keadaan tidak sehat. Imobilisasi menyebabkan orang tergantung kepada orang lain. Seringkali orang memberikan defenisi sehat berdasarkan kemampuan fisiknya melakukan aktivitas, sebab kesehatan mental dan fisik secara keseluruhan tergantung kepada status mobilisasinya. Sebagai contoh, ketika seseorang berdiri tegak lurus, paru-paru akan berkembang dengan

mudah, aktivitas intestinal (peristaltik) makin efektif dan ginjal mampu dikosongkan. Pergerakan juga penting untuk memberi fungsi secara tetap pada tulang dan otot.

Kemampuan beraktivitas juga mempengaruhi seluruh konsep diri seseorang terutama yang meliputi harga diri dan body image/gambaran diri. Perubahan body image dapat terjadi pada keadaan paralysis, amputasi atau kerusakan motorik lainnya. Pada kebanyakan orang harga diri tergantung dari perasaan mampu dan perasaan berguna/dibutuhkan. Reaksi seseorang terhadap gangguan mobilisasi juga dapat merubah status peran dan identitas (Wedho Margaretha, 2013).

Pada pasien stroke, masalah imobilisasi dapat menimbulkan berbagai dampak, baik dari segi fisik maupun psikologis. Secara psikologis, imobilitas dapat menyebabkan penurunan motivasi, kemunduran kemampuan dalam memecahkan masalah, dan perubahan konsep diri. Selain itu, kondisi ini juga disertai dengan ketidaksesuaian antara emosi dan situasi, perasaan tidak berharga dan tidak berdaya, serta kesepian yang diekspresikan dengan perilaku menarik diri, dan apatis. Sedangkan masalah fisik yang dapat terjadi adalah sebagai berikut :

1. Sistem musculoskeletal : osteoporosis, atrofi otot, kontraktur, kekakuan dan nyeri sendi.
2. Eliminasi urine : statis urine, batu ginjal, retensi urine, infeksi perkemihan.
3. Gastrointestinal : kondisi imobilisasi mempengaruhi tiga fungsi sistem pencernaan, yaitu fungsi ingesti, digesti dan eliminasi. Dalam hal ini, masalah yang umum ditemui salah satunya adalah konstipasi. Konstipasi terjadi akibat penurunan peristaltis dan motilitas usus. Jika konstipasi terus berlanjut, feses akan menjadi sangat keras dan diperlukan upaya yang kuat untuk mengeluarkannya.
4. Respirasi : penurunan gerak pernapasan, penumpukan sekret, ateletaksis.
5. Sistem kardiovaskular : hipotensi ortostatik, pembentukan trombus, edema dependen

6. Metabolisme dan nutrisi : penurunan laju metabolisme, balans nitrogen negatif, anoreksia.
7. Sistem integumen : turgor kulit menurun, kerusakan kulit.
8. Sistem neurosensorik : ketidakmampuan mengubah posisi menyebabkan terhambatnya input sensorik, menimbulkan perasaan lelah, iritabel, persepsi tidak realistis, dan mudah bingung.

### **2.3.3 Pengaturan Mobilisasi Pada Pasien Stroke**

Stroke adalah kehilangan fungsi otak secara mendadak yang diakibatkan oleh gangguan suplai darah ke bagian otak. Stroke merupakan masalah neurologis primer diseluruh dunia. Akibatnya adalah gangguan suplai darah ke otak, menyebabkan kehilangan gerak, pikir, memori, bicara atau sensasi baik sementara maupun permanen (Baughman Diane, 2010).

Gangguan pasokan aliran darah otak dapat terjadi dimana saja didalam arteri-arteri yang membentuk sirkulasi willisi: arteria karotis interna dan sistem vertebrobasiler dan semua cabang-cabangnya. Secara umum, apabila aliran darah ke jaringan otak terputus selama 15-20 menit, akan terjadi infark atau kematian jaringan. Keterlambatan mencari bantuan medis dapat menghilangkan kemungkinan terapi untuk menyelamatkan jaringan dengan agens trombolitik. (Wijaya Saferi Andra, 2013).

Setelah fase akut pada pasien stroke, perawat mengkaji fungsi-fungsi berikut : status mental (memori, lapang perhatian, persepsi, orientasi, afek, bicara atau bahasa), sensasi atau persepsi (biasanya pasien mengalami penurunan kesadaran terhadap nyeri dan suhu), kontrol motorik (gerakan ekstremitas atas dan bawah), dan fungsi kandung kemih. Pengkajian yang

dilakukan perawat berlanjut untuk memfokuskan pada kerusakan fungsi dan aktivitas sehari-hari pasien karena kualitas hidup setelah stroke sangat berkaitan dengan status fungsi pasien; sehingga perawat banar-benar mempersiapkan tindakan-tindakan yang harus dilakukan untuk pengaturan mobilisasi pada pasien stroke untuk mencegah kecacatan lebih lanjut pada pasien (Smeltzer C. Suzanne, 2010).

Tindakan-tindakan yang dilakukan perawat untuk pengaturan mobilisasi pada pasien stroke yaitu : Mempertahankan body alignment : perawat harus memperhatikan body alignment pada saat memindahkan pasien dari satu tempat ke tempat lain, dari tempat tidur ke kursi atau dari tempat tidur ke brankard, Mengurangi bahaya atau efek mobilisasi, mengurangi resiko pada sistem musculoskeletal sebaiknya dilakukan ROM pasif dan ROM aktif (ROM pasif pada ekstremitas yang mengalami kekakuan/kelumpuhan dan ROM aktif pada ekstremitas yang tidak mengalami kekakuan/kelumpuhan. Sebelum melakukan latihan ROM perlu diperiksa kondisi pasien. Bahaya yang bisa terjadi pada sistem integumen meliputi luka tekan dan dekubitus. Untuk mencegah hal ini maka tindakan yang dilakukan adalah meningkatkan status nutrisi, merubah posisi setiap 2 jam dan personal hygiene.

#### **2.3.4 Edukasi Mobilisasi Pada Pasien Stroke**

Tugas perawat memberi asuhan keperawatan kepada klien, perawat juga mempunyai tugas untuk memberikan edukasi atau kepada pasien. Edukasi yang harus diberikan kepada pasien stroke untuk mencegah kekakuan/kelumpuhan yang dapat menyebabkan imobilisasi atau kelumpuhan total yaitu dengan mengajarkan keluarga tentang pengaturan posisi pasien (pengaturan posisi setiap 2 jam), menganjurkan keluarga untuk tetap memperhatikan personal hygiene pasien, dan mengajarkan pasien dan keluarga latihan gerak sendi (ROM aktif dan pasif) untuk dilakukan dirumah nantinya setelah pasien pulang, perawat juga memberikan edukasi tentang pengaturan diet pada pasien dan keluarga, ajarkan keluarga untuk membantu

tiap aktivitas pasien, ajarkan pasien dan keluarga tentang cara pencegahan penyakit stroke untuk mencegah kekambuhan, yaitu dengan cara :

1. Mengurangi kegemukan.
2. Berhenti merokok.
3. Berhenti minum kopi.
4. Kontrol teratur tekanan darah.
5. Batasi konsumsi darah/lemak.
6. Tingkatkan masukan kalium.
7. Menurunkan konsumsi kolesterol dan kontrol kolesterol rutin
8. Mempertahankan kadar gula normal.
9. Mencegah minum lakohol dan rajin berolahraga.
10. Mengubah gaya hidup.
11. Menghindari obat-obat yang dapat meningkatkan tekanan darah.

## **BAB 3**

### **METODE STUDI KASUS**

#### **3.1 Jenis /Design/Rancangan Studi Kasus**

Desain penelitian studi kasus ini menggunakan desain deskriptif dimana studi untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan dengan gangguan pemenuhan kebutuhan mobilisasi pada diagnosa medis stroke. Penelitian diobservasi selama 4 hari diruangan ICU RSUD Prof.W.Z.Johanes Kupang dengan salah satu pasien. Sumber informasi dilakukan melalui anamnesa dari pasien atau keluarga, pemeriksaan fisik, serta data penunjang berupa hasil laboratorium.

#### **3.2 Subyek Studi Kasus**

1. Individu/pasien dengan Diagnosa Medis Stroke
2. Keluarga
3. Tenaga Kesehatan (Kepala Ruangan, Perawat, Apoteker,dll )

#### **3.3 Fokus Studi**



Fokus penelitian studi kasus ini yakni difokuskan pada asuhan keperawatan gangguan pemenuhan kebutuhan mobilisasi pada pasien dengan Stroke.

### **3.4 Defenisi Operasional Fokus Studi**

1. Stroke/penyakit serebrovaskuler menunjukkan adanya beberapa kelainan otak baik secara fungsional maupun struktural yang disebabkan oleh keadaan patologis dari pembuluh dara serebral atau dari seluruh sistem pembuluh darah otak (Doenges, 2009).
2. Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Setiap orang butuh untuk bergerak. Kehilangan kemampuan untuk bergerak menyebabkan ketergantungan dan ini membutuhkan tindakan keperawatan. Mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan kemandirian diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit, khususnya penyakit degeneratif, dan untuk aktualisasi diri (harga diri dan citra tubuh). ( Chayatin Nurul, dkk, 2008).
3. Imobilitas merupakan suatu kondisi yang relatif. Maksudnya, individu tidak saja kehilangan kemampuan gerakanya secara total, tetapi juga mengalami penurunan aktivitas dari kebiasaan normalnya (Cahyati Nururl, 2008).

### **3.5 Instrument Studi Kasus**

1. Format pengkajian
2. Lembar observasi
3. SOP latihan ROM pada pasien stroke

### **3.6 Metode Pengumpulan Data**

Metode pengumpulan data adalah observasi dan wawancara yang digunakan untuk studi kasus ini adalah :

1. Data primer : data yang didapatkan dengan mengkaji langsung permasalahan pada pasien melalui anamnesa tentang identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit sebelumnya, riwayat kesehatan keluarga, observasi dan pemeriksaan system tubuh, pemeriksaan pada pasien Stroke meliputi inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi dan studi dokumentasi berupa hasil dari pemeriksaan diagnostik.
2. Data sekunder : data yang didapatkan dari status pasien, hasil laboatorium, dan orang lain yang berhubungan dengan pasien ( keluarga, tenaga kesehatan dan catatan pada status pasien).

### **3.7 Lokasi dan Waktu Studi Kasus**

Studi kasus ini dilakukan Ruangan ICU, RSUD Prof.W.Z.Johanes Kupang lama waktunya selama 4 hari mulai dari tanggal 01 sampai 04 juni 2017 yang dimulai dari pasien masuk untuk pertama kalinya dan apabila pasien pulang atau meninggal kurang dari 4 hari diharapkan untuk melakukan pergantian pasien.

### **3.8 Analisis Data dan Penyajian Data**

Analisa data dilakukan dengan mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban – jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk meberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

### **3.9 Etika studi kasus**

Penelitian dimulai dengan melakukan berbagai prosedur yang berhubungan dengan etika penelitian yang meliputi :

1. *Imformed concent* ( lembar persetujuan menjadi responden)

Adalah lembar persetujuan yang akan diberikan kepada subyek yang akan diteliti. Informed consent menjelaskan maksud dari penelitian serta dampak yang mungkin terjadi selama dan sesudah pengumpulan data. Jika responden bersedia maka mereka akan harus menandatangani surat persetujuan penelitian. Jika responden menolak untuk diteliti, maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak responden.

2. *Anonymity*

Adalah kerahasiaan identitas responden dan harus dijaga. Oleh karena itu peneliti tidak boleh mencantumkan nama responden pada pengumpulan data.

3. *Confidentiality*

Adalah kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti karena hanya kelompok dan data tertentu apa saja yang akan disajikan atau dilaporkan sebagai hasil penelitian

4. *Beneficence*

Adalah kewajiban untuk berbuat yang baik bagi orang lain.

5. *Justice*

Adalah prinsip moral berperilaku adil untuk semua individu, tindakan yang dilakukan untuk semua pasien sama.

## **BAB 4**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1 Hasil Studi Kasus**

##### **4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian**

Studi kasus dilaksanakan diruangan ICU RSUD Prof. Dr. W. Z Johannes Kupang, ruang ICU (Intensif Care Unit) merupakan ruang perawatan intensif dengan peralatan khusus dan staf khusus untuk menanggulangi pasien gawat karena penyakit, trauma atau komplikasi lain yang mengancam jiwa akibat kegagalan disfungsi satu organ atau lebih akibat penyakit, bencana atau komplikasi. Lamanya penelitian yaitu 4 hari, dimulai dari tanggal 1 Juni 2017 sampai tanggal 4 Juni 2017. Penulis mendapat data melalui wawancara dengan pasien dan keluarga, observasi, pemeriksaan fisik dan catatan medik pada tanggal 2 Juni 2017, pukul 16.00 WITA.

##### **4.1.2 Karakteristik Partisipan ( Identitas Pasien)**

Pasien yang dirawat berinisial Ny. Y.F berusia 55 tahun, berjenis kelamin perempuan. Pasien merupakan suku Rote, beragama kristen protestan. Pekerjaan pasien yaitu seorang ibu rumah tangga, berdomisili di Airnona. Pendidikan terakhir pasien yaitu SMP. Pasien masuk Rumah Sakit tanggal 2 Juni 2017, dengan diagnosa medik Stroke.

### **4.1.3 Data Asuhan Keperawatan**

#### **4.1.3.1 Pengkajian**

Pada pengkajian yang dilakukan tanggal 2 Juni 2017 pukul 16.00 WITA, data didapatkan dengan cara observasi, pemeriksaan fisik dan data-data pendukung yang ada seperti hasil laboratorium, maka didapatkan hasil sebagai berikut : Riwayat kesehatan pasien : pasien masuk RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang pada tanggal 2 Juni 2017 pukul 09.00 dengan keluhan tiba-tiba pusing, muntah, badan lemah, kepala terasa berat, badan bagian kiri terasa lemah dan berat, susah digerakkan karena lemah, bicara sedikit pelo. Pasien sempat terjatuh di rumah sehingga diantar ke rumah Sakit.

Keluhan utama : pasien mengatakan kepala dan badan bagian kiri tiba-tiba terasa lemah dan berat, susah digerakkan karena lemah.

Riwayat penyakit sekarang : pasien mengatakan merasa sesak napas (sesak lebih terasa saat pasien beraktivitas (mengubah posisi tidur), kepala terasa berat, badan bagian kiri terasa lemah dan tidak dapat digerakkan, bicara sedikit pelo.

Riwayat penyakit dahulu : pasien mengatakan sebelumnya pasien pernah menderita tekanan darah tinggi dan menderita stroke ringan pada tahun 2016. Pasien sering kontrol di Puskesmas tetapi tidak teratur, pasien lebih banyak mengkonsumsi obat-obatan herbal.

Riwayat kesehatan keluarga : pasien mengatakan merupakan anak tunggal dan tidak memiliki saudara, sekarang tinggal bersama suami, ibu dan kedua anaknya. Ayahnya telah meninggal namun bukan karena stroke. Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit menular maupun penyakit keturunan. (genogram terlampir).

Riwayat kesehatan lingkungan : pasien mengatakan ia tinggal bersama suami, ibu dan kedua anaknya. Keluarga mengatakan sebelum sakit pasien selalu menjaga kebersihan rumah dan halaman dengan selalu membersihkannya sehari dua kali, yaitu pagi dan sore hari. Pasien mengatakan penerangan dan pencahayaan didalam rumah mereka baik.

Riwayat kesehatan lainnya : pasien mengatakan tidak pernah menggunakan alat bantu : gigi palsu, kacamata, alat bantu pendengaran, dan lain-lain.

Hasil observasi dan pemeriksaan fisik didapati :

Keadaan umum : keadaan umum sedang, kesadaran komposmentis, pasien tampak lemah, terpasang infus RL 16 tpm. Tanda-tanda vital, Suhu : 37°C, Tekanan darah : 200/100 mmHg, Nadi : 88x/menit, pernapasan : 24x/menit.

Pengkajian sekunder : B1 (Breathing) : pasien mengeluh sesak napas, sesak bertambah saat pasien beraktivitas (terutama saat mengubah posisi tidur), perubahan pola napas : takipnea, frekuensi napas 24x/menit, irama teratur, napas dalam, bunyi napas vesikular, bentuk dada simetris. B2 (Blood) : tekanan darah 200/100 mmHg, nadi 88x/menit, pada pemeriksaan jantung, tidak terjadi pembesaran area jantung, bunyi jantung normal (S<sub>1</sub>, S<sub>2</sub> tunggal).

B3 (Brain/persarafan, otak) : kesadaran pasien komposmentis (sadar penuh) dengan GCS (*Glassgow Coma Scale*) 15 (E4 M6 V5), pasien mampu membedakan bau-bauan dan sensasi rasa pada kulit dan lidah (mampu membedakan rasa makanan), kelopak mata tertutup secara sempurna, adanya gerakan bola mata mengikuti arah yang ditunjuk, pupil isokor.

B4 (Bladder/perkemihan) : pasien menggunakan kateter, jumlah urine kurang lebih 900 cc/12 jam, warna kuning tua; tidak ada keluhan sakit pinggang.

B5 (Bowel/pencernaan) : pasien mengatakan pasien belum buang air besar selama masuk Rumah sakit, tampak distensi abdomen, bising usus 5 kali permenit; sebelum sakit pasien BAB satu kali sehari.

B6 ( Bone/muskuloskeletal dan integumen) : paresis/kelemahan dan

pergerakan terbatas pada ekstremitas kiri bagian atas dan bawah (kaki dan tangan), dengan kekuatan otot 2 (gerakan otot penuh melawan gravitasi dengan topangan), tingkat kemampuan pasien 4 (sangat tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan), tidak ada edema pada ekstremitas. Warna kulit sawo matang, tidak ada cianosis, akral terasa hangat, turgor kulit baik, tidak ada luka, lesi pada kulit, tidak ada tanda-tanda dekubitus.

Pola nutrisi dan metabolik : pasien dan keluarga mengatakan sejak sakit dan masuk di ruang ICU pasien dipasang NGT, makan minum melalui NGT. Pola interaksi dan psikososial : keluarga mengatakan sebelum sakit pasien mampu berinteraksi dengan baik dengan semua anggota keluarga maupun tetangga, saat ini pasien mampu berinteraksi dengan baik dengan tetangga dan petugas; ada dukungan keluarga selama perawatan pasien, reaksi saat berinteraksi kooperatif. Pola aktifitas dan latihan : keluarga mengatakan sebelum sakit kegiatan sehari-hari yang dilakukan pasien adalah seorang ibu rumah tangga. Saat sakit pasien mengatakan badan lemah, tangan kiri dan kaki kiri lemah dan tidak dapat digerakkan, semua aktifitas dibantu oleh keluarga.

Pola sistem spiritual/nilai kepercayaan : keluarga mengatakan pasien selalu berdoa kepada Tuhan, sampai saat ini pun pasien masih mendapat dukungan doa dari keluarga dan kerabatnya; sumber kekuatan/harapan saat ini adalah Tuhan, sakit yang diderita adalah peringatan dari Tuhan, pasien percaya bahwa Tuhan akan menolongnya, menyembuhkan dari penyakitnya.

Pemeriksaan penunjang : pada tanggal 2 Juni 2017 dilakukan pemeriksaan darah lengkap. Darah rutin : HB 8 gr/dl (normal 12-16 gr/dL), jumlah eritrosit  $4,60 \times 10^6/\mu\text{L}$  (normal  $4,50-6,20 \times 10^6/\mu\text{L}$ ), hematokrit 41,3% (normal 40,0-54,0%), jumlah leukosit  $11,53 \times 10^3/\mu\text{L}$  (normal  $4,0-10,0 \times 10^3/\mu\text{L}$ ). Hiung jenis : Neutrofil 49 % (normal 50-70 %), limfosit 29% (normal 20-40 %), monosit 4,5 % (normal 2-8 %), jumlah neutrofil  $3,50 \times 10^3/\mu\text{L}$

(normal 1,50-7,00  $10^3/uL$ ), jumlah limfosit 2,23  $10^3/uL$  (normal 1,00-3,70  $10^3/uL$ ), jumlah monosit 0,30  $10^3/uL$  (normal 0,00-0,70  $10^3/uL$ ). Kimia darah : GDS : 158 mg/dL (normal 70-150 mg/dL), ureum darah 20,90 mg/dL (normal 17,00-43,00 mg/dL), kreatinin darah 0,82 mg/dL (normal 0,6-1,1 mg/dL), kolesterol total 210 mg/dL (normal <200), trigliserida 138 mg/dL (normal <150 mg/dL), SGOT 29 U/L (normal <35 U/L), SGPT 38 U/L (normal <41 U/L). Tanggal 3 Juni 2017, pemeriksaan radiologi : hasil CT-Scan kepala tidak ada tanda perdarahan pada otak.

Terapi yang didapat : infus cairan Ringer Laktat 16 tetes/menit, injeksi Piracetam 3 x 3 gram, indikasinya pengobatan infark serebral, kontraindikasinya hipersensitif terhadap piracetam, penderita gangguan ginjal berat. Captopril 3 x 25 mg, indikasinya pasien hipertensi, pasien gagal jantung kronik, pasien kelainan jantung pasca serangan jantung, pasien ginjal terkait penyakit gula (diabetes); kontraindikasinya pasien alergi terhadap obat golongan ACEI, pasien tidak dapat berkemih, penyempitan pembuluh darah ginjal, kehamilan. Amlodipin 1 x 5 mg, indikasinya pasien hipertensi, penyakit jantung koroner, pasien nyeri dada. Kontraindikasinya pasien hipersensitifitas terhadap amlodipin, gagal jantung akut, hipotensi disertai gejala seperti pingsan, kelainan fungsi jantung, kelainan fungsi hati. Clopidogrel 3 x 1 tablet, indikasinya mengurangi terjadinya aterosklerosis, stroke dan kematian vaskuler pada pasien dengan aterosklerosis terdokumentasi oleh stroke yang baru terjadi; kontraindikasinya pasien dalam pengobatan dengan asam salisilat, pengobatan trombolik, kerusakan hati, anak-anak usia dibawah 18 tahun, ibu hamil. Kalnex injeksi 2 x 500 mg, indikasinya fibrinolisis lokal seperti : epistaksis, prostatectomy, cervical conisation; herediter angioneurotic edema, perdarahan abnormal setelah operasi, perdarahan setelah pencabutan gigi pada pasien dengan riwayat haemofilia; kontraindikasinya gagal ginjal berat, pembekuan intravaskuler aktif, penyakit tromboemboli, gangguan penglihatan warna, perdarahan subaracnoid. Ranitidin 2 x 1 ampul, indikasinya tukak lambung dan duodenum,



mencegah terjadinya penyakit gastroesophageal reflux (GERD), gastritis, terapi pemeliharaan setelah penyembuhan tukak duodenum, tukak lambung, pengobatan keadaan hipersekresi patologis, misal sindroma Zollinger Ellison dan mastositosis sistemik; kontraindikasinya yaitu bagi pasien yang hipersensitif atau alergi terhadap ranitidin. Diet rendah garam.

#### **4.1.3.2 Analisa Data**

Berdasarkan hasil pengkajian pada tanggal 2 Juni 2017, data yang didapat dianalisa sebagai berikut : Masalah keperawatan yang muncul berhubungan dengan gangguan pemenuhan kebutuhan mobilisasi yaitu hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular (kelemahan dan faksid/paralisis hipotonik (awal), kelumpuhan, yang ditandai dengan data subyektif : pasien mengatakan badan terasa lemah, kaki dan tangan kiri terasa lemah dan tidak dapat digerakkan, kepala terasa berat, tidak dapat beraktivitas secara mandiri, semua kebutuhan dibantu oleh keluarga dan petugas, sering merasa sesak napas saat mengubah posisi tidur. Data obyektif : pasien tampak lemah, dan semua aktivitas tampak dibantu oleh petugas dan keluarga, pada pemeriksaan ekstremitas pergerakan terbatas pada ekstremitas bagian kiri atas dan ekstremitas bagian kiri bawah, dengan kekuatan otot 2 (gerakan otot penuh melawan gravitasi dengan topangan), tingkat kemampuan pasien 4 (sangat tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan).

TTV : Suhu : 37°C, Nadi : 88x/menit, Tekanan Darah : 200/100 mmHg, Pernapasan : 24x/menit.

#### **4.1.3.3 Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan pengkajian dan hasil analisa data maka ditegakkan diagnosa keperawatan gangguan mobilisasi pada pasien stroke (Ny. Y. F) yaitu hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular (kelemahan dan faksid/paralisis hipotonik (awal), kelumpuhan, yang ditandai dengan data subyektif : pasien mengatakan badan terasa lemah, kaki dan tangan kiri terasa lemah dan tidak dapat digerakkan, kepala terasa berat,

tidak dapat beraktivitas secara mandiri, semua kebutuhan dibantu oleh keluarga dan petugas. Data obyektif : pasien tampak lemah, dan semua aktivitas tampak dibantu oleh petugas dan keluarga, pada pemeriksaan ekstremitas pergerakan terbatas pada ekstremitas bagian kiri atas dan ekstremitas bagian kiri bawah, dengan kekuatan otot 2 (gerakan otot penuh melawan gravitasi dengan topangan), tingkat kemampuan pasien 4 (sangat tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan). TTV : Suhu : 37°C, Nadi : 88x/menit, Tekanan Darah : 200/100 mmHg, Pernapasan : 24x/menit.

#### **4.1.3.4 Intervensi Keperawatan**

Dalam proses keperawatan, perencanaan meliputi menetapkan prioritas masalah, tujuan, intervensi dan rasional dari intervensi yang ditetapkan. Pada kasus Ny. Y. F ditegakkan satu diagnosa utama yang berhubungan dengan gangguan pemenuhan kebutuhan mobilisasi pada pasien stroke, yaitu : Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular (kelemahan dan faksid/paralisis hipotonik (awal), kelumpuhan, yang ditandai dengan data subyektif : pasien mengatakan badan terasa lemah, kaki dan tangan kiri terasa lemah dan tidak dapat digerakkan, kepala terasa berat, tidak dapat beraktivitas secara mandiri, semua kebutuhan dibantu oleh keluarga dan petugas. Data obyektif : pasien tampak lemah, dan semua aktivitas tampak dibantu oleh petugas dan keluarga, pada pemeriksaan ekstremitas pergerakan terbatas pada ekstremitas bagian kiri atas dan ekstremitas bagian kiri bawah, dengan kekuatan otot 2 (gerakan otot penuh melawan gravitasi dengan topangan), tingkat kemampuan pasien 4 (sangat tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan). TTV : Suhu : 37°C, Nadi : 88x/menit, Tekanan Darah : 200/100 mmHg, Pernapasan : 24x/menit.

Dari diagnosa utama yang telah ditetapkan, maka Goal : pasien akan meningkatkan mobilisasi fisik yang efektif selama dalam perawatan. Obyektif : dalam jangka waktu 2 x 24 jam, pasien mampu melakukan ROM pasif diikuti ROM aktif, pasien mampu

mempertahankan kekuatan otot dan ROM sendi, pasien mampu merubah posisi tiap 2 jam, tekanan darah, nadi, dan respirasi tetap dalam batas yang ditetapkan selama aktifitas.

Tindakan keperawatan yang direncanakan : 1) Kaji kemampuan secara fungsional/luasnya kerusakan awal secara teratur; Rasional : mengidentifikasi kekuatan/kelemahan dan memberi informasi tentang pemulihan, membantu dalam pemilihan intervensi. 2) Ubah posisi klien minimal tiap 2 jam (terlentang, miring) dan sebagainya dan jika memungkinkan bisa lebih sering jika diletakkan dalam posisi bagian yang terganggu; Rasional : menurunkan risiko terjadinya trauma/iskemia jaringan akibat sirkulasi darah yang jelek pada daerah yang tertekan dan menurunkan sensasi yang lebih besar menimbulkan kerusakan pada kulit (dekubitus). 3) Letakkan pada posisi telungkup satu kali atau dua kali sehari jika klien dapat mentolerir; Rasional : membantu mempertahankan ekstensi pinggul fungsional tetapi kemungkinan akan meringankan ansietas terutama mengenai kemampuan klien untuk bernafas. 4) Ajarkan klien untuk melakukan latihan gerak aktif pada ekstremitas yang tidak sakit; Rasional : gerakan aktif memberikan massa, tonus dan kekuatan otot serta memperbaiki fungsi jantung dan pernapasan. 5) Lakukan gerak pasif pada ekstremitas yang sakit; Rasional : meminimalkan atrofi otot, meningkatkan sirkulasi, membantu mencegah kontraktur, menurunkan terjadinya hiperkalsiuria dan osteoporosis. 6) Tinggikan tangan dan kepala; Rasional : meningkatkan aliran balik vena dan membantu mencegah edema. 7) Kolaborasi dengan ahli fisioterapi untuk latihan fisik dan ambulasi klien; Rasional : untuk memenuhi kebutuhan mobilitas, koordinasi dan kekuatan pada ekstremitas. 8) Kolaborasi pemberian obat relaksasi otot, anti spasmodik sesuai indikasi; Rasional : menghilangkan spastisitas ekstremitas yang terganggu.

#### **4.1.3.5 Implementasi Keperawatan**

**Hari pertama, Jumat, 2 Juni 2017.**

Diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular (kelemahan dan faksid/paralisis hipotonik (awal), kelumpuhan, tindakan keperawatan yang dilakukan : jam 16.00 wita mengkaji tingkat kemampuan pasien dalam ambulasi dan melakukan aktifitas, hasil yang ditemukan : pergerakan terbatas pada ekstremitas bagian kiri atas dan ekstremitas bagian kiri bawah dan kekuatan otot 2, tingkat kemampuan pasien 4, semua aktifitas dibantu oleh keluarga dan petugas. Jam 18.00 wita mengatur posisi tidur pasien setengah duduk, hasil yang ditemukan : pasien mengatakan merasa sedikit sesak napas tetapi setelah itu merasa sesak berkurang dan pasien merasa nyaman. Jam 18.15 mengobservasi TTV, hasil yang ditemukan : Suhu : 36,5°C, Nadi : 84x/menit, Tekanan Darah : 190/100 mmHg, Pernapasan : 20x/menit. 18.30 wita melatih pasien latihan gerak pasif pada ekstremitas yang mengalami kelemahan sesuai toleransi pasien, hasil yang ditemukan : pasien dapat mengikuti tindakan yang diajarkan, yaitu gerakan fleksi dan ekstensi pada ekstremitas kiri atas dan bawah. Jam 20.00 : mengubah posisi tidur pasien miring kiri, hasil yang temukan : pasien dapat mengubah posisi tidur dengan bantuan perawat, pasien mengatakan masih merasa sedikit sesak napas.

### **Hari kedua, Sabtu 3 Juni 2017**

Diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular (kelemahan dan faksid/paralisis hipotonik (awal), kelumpuhan, tindakan keperawatan yang dilakukan : jam 08.00 wita mengkaji tingkat kemampuan pasien dalam ambulasi dan melakukan aktifitas, hasil yang ditemukan : pergerakan terbatas pada ekstremitas bagian kiri atas dan ekstremitas bagian kiri bawah dan kekuatan otot 2, tingkat kemampuan pasien 4, semua aktifitas dibantu oleh keluarga dan petugas. Jam 09.00 wita mengatur posisi tidur pasien setengah duduk, hasil yang ditemukan : pasien mengatakan merasa sedikit sesak napas tetapi setelah itu merasa sesak berkurang dan pasien merasa

nyaman. 09.30 wita : melatih pasien latihan gerak aktif pada ekstremitas yang tidak mengalami kelemahan dan gerak pasif pada ekstremitas yang mengalami kelemahan sesuai toleransi pasien, hasil yang ditemukan : pasien dapat mengikuti latihan ROM pasif yaitu fleksi dan ekstensi pada ekstremitas kiri atas dan bawah. Jam 10.00 wita mengkaji respon fisiologis pasien terhadap peningkatan aktifitas : mengukur tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu, hasil yang ditemukan : Suhu : 36.7°C, Nadi : 80x/menit, Tekanan Darah : 180/90 mmHg, Pernapasan : 20x/menit. Jam 10.10 : mengubah posisi tidur pasien miring kanan, hasil yang temukan : pasien dapat mengubah posisi tidur dengan bantuan perawat, pasien mengatakan masih merasa sedikit sesak napas. Jam 12.00 mengubah posisi tidur pasien tidur terlentang, hasil yang ditemukan : pasien mengatakan merasa sedikit sesak napas tetapi setelah itu pasien merasa nyaman.

#### **4.1.3.6 Evaluasi Keperawatan**

Setelah melakukan tahapan dalam proses keperawatan yang meliputi pengkajian, menetapkan diagnosa keperawatan, menentukan rencana/intervensi dan implementasi, tahapan terakhir adalah melakukan evaluasi atas rencana yang sudah dilaksanakan. Evaluasi dalam bentuk cacatan perkembangan yang terdiri dari S (subyek) yaitu keluhan yang dirasakan oleh pasien, O (Obyektif) yaitu data yang diperoleh melalui observasi langsung. A (Assesment) yaitu analisa, P (Planning) merupakan tindak lanjut yang akan dilakukan bila masalah belum teratasi.

#### **Hari Pertama, Jumat, 2 Juni 2017**

Diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular (kelemahan dan faksid/paralisis hipotonik (awal), kelumpuhan. Evaluasi dilakukan pada jam 20.30 wita. **S** : pasien mengatakan badan terasa lemah, terutama badan bagian kiri, kaki kiri dan tangan kiri rasa lemah dan tidak dapat digerakkan; **O** : pergerakan

tampak terbatas pada ekstremitas kiri atas dan ekstremitas kiri bawah dengan kekuatan otot 2, tingkat kemampuan aktifitas pasien 4, semua aktifitas dibantu oleh keluarga dan petugas; TTV : S : 36,5°C, N : 84x/menit, TD : 190/100 mmHg, RR : 20x/menit. **A** : masalah hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular (kelemahan dan faksid/paralisis hipotonik (awal), kelumpuhan belum teratasi. **P** : intervensi 1, 2, 5, 6, 7, 8 dilanjutkan.

### **Hari kedua, Sabtu, 3 Juni 2017**

Diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular (kelemahan dan faksid/paralisis hipotonik (awal), kelumpuhan. Evaluasi dilakukan pada jam 12.30 wita. **S** : pasien mengatakan badan terasa lemah, terutama badan bagian kiri, kaki kiri dan tangan kiri rasa lemah dan tidak dapat digerakkan; **O** : pergerakan tampak terbatas pada ekstremitas kiri atas dan ekstremitas kiri bawah dengan kekuatan otot 2, tingkat kemampuan aktifitas pasien 4, semua aktifitas dibantu oleh keluarga dan petugas; TTV : S : 36,7°C, N : 80x/menit, TD : 180/90 mmHg, RR : 20x/menit. **A** : masalah hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular (kelemahan dan faksid/paralisis hipotonik (awal), kelumpuhan belum teratasi. **P** : intervensi 1, 2, 5, 6, 7, 8 dilanjutkan.

## **4.2 Pembahasan**

### **4.2.1 Pengkajian**

Dari data yang diperoleh saat wawancara dengan pasien dan keluarga, observasi, pemeriksaan fisik dan catatan medik pada tanggal 2 Juni 2017 pukul 16.00 wita, didapatkan data : pasien mengatakan merasa badan lemah, kepala terasa berat, kaki dan tangan kiri terasa lemah dan tidak dapat digerakkan, bicara sedikit pelo. Pada pengkajian sekunder didapatkan data : B6 ( Bone/tulang dan integumen) : paresis/kelemahan dan pergerakan terbatas pada

ekstremitas kiri bagian atas dan bawah (kaki dan tangan), dengan kekuatan otot 2 (gerakan otot penuh melawan gravitasi dengan topangan), tingkat kemampuan pasien 4 (sangat tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan), tidak ada edema pada ekstremitas. Warna kulit sawo matang, akral teraba hangat, turgor kulit baik, tidak ada luka, lesi pada kulit.

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan dengan mengumpulkan data-data yang akurat dari klien sehingga dapat diketahui berbagai permasalahan yang dialami pasien. Pengkajian data tinjauan teoritis meliputi pengkajian fisik, riwayat penyakit sekarang dan masa lalu, faktor penyebab, riwayat pengobatan. Pengkajian keperawatan dilihat dari dua bagian, mobilisasi dan imobilisasi. Kedua area tersebut bisa dikaji selama pemeriksaan fisik lengkap. Pengkajian mobilisasi klien berfokus pada rentang gerak, gaya berjalan, latihan, dan toleransi aktifitas, serta kesejajaran tubuh (Potter & Perry, 2012).

Saat mengkaji data tentang masalah imobilitas, perawat menggunakan metode pengkajian inspeksi, palpasi dan auscultasi. Selain itu, perawat juga memeriksa hasil tes laboratorium serta mengukur berat badan, asupan cairan dan haluaran cairan klien (Mubarak & Chayain, 2008).

Menurut Padila (2012), pada pengkajian pasien stroke, yang harus dikaji pada pemeriksaan fisik dan observasi yaitu B1 (Bright/pernapasan), B2 (Blood/sirkulasi), B3 (Brain/persarafan, otak), B4 (Bladder/perkemihan), B5 (Bowel : pencernaan), B6 (Bone : tulang dan integumen). Yang menjadi fokus dalam penulisan studi kasus ini yaitu masalah mobilisasi; masalah yang menjadi fokus yang harus dikaji yaitu B6 (Bone : musculoskeletal dan integumen).

Dari teori yang dikemukakan oleh para ahli diatas, telah disusun format pengkajian yang digunakan saat mengkaji pasien. Pengkajian yang penulis lakukan berfokus pada

memenuhi kebutuhan mobilisasi yang isinya penulis sesuaikan dengan teori-teori yang dikemukakan oleh para ahli diatas.

Dari teori yang dikemukakan oleh Potter & Perry ini, dapat diterapkan dalam asuhan keperawatan yang dilakukan, yaitu pengkajian mobilisasi pada pasien stroke dilihat dari dua bagian, yaitu mobilisasi dan imobilisasi, yang dikaji selama pemeriksaan fisik lengkap, berfokus pada rentang gerak, gaya berjalan, latihan, toleransi aktifitas serta kesejajaran tubuh; dari teori ini, disusun format pengkajian untuk mengkaji pasien untuk mendapatkan data-data tentang perkembangan penyakit klien. Setelah melakukan pengkajian, ditemukan masalah pada pasien, terutama masalah gangguan pemenuhan mobilisasi pada pasien. Gaya berjalan pasien tidak dapat dikaji karena pasien mengalami kelemahan umum pada ekstremitas atas dan bawah bagian kiri, sehingga pasien mengalami gangguan mobilisasi (imobilisasi), dimana pasien tidak dapat berjalan. Pengkajian yang tepat dan terarah sesuai dengan masalah keperawatan yang dihadapi pasien dapat membantu perawat untuk menggali lebih dalam tentang kondisi pasien sehingga dapat menentukan tindakan keperawatan yang tepat untuk pasien, namun dalam pengkajian ada hal-hal yang tidak dapat dikaji pada pasien, contohnya yang ditemukan pada pasien yaitu gaya berjalan tidak dapat dikaji, karena masing-masing pasien memiliki gejala dan keluhan pada gangguan mobilitas yang berbeda, tergantung pada tingkat keparahan penyakit dan respon psikologi dari masing-masing individu.

Pengkajian yang dilakukan ini lebih berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasar mobilisasi. Semua pasien stroke mengalami hemiparase, tingkat kesadaran pasien beragam, dari kompesmentis, somnolen hingga coma. Frekuensi napas pasien pun tergantung dari keadaan penyakit pasien dan tingkat kesadaran pasien. Dari pengkajian yang telah dilakukan, ditemukan adanya masalah pada pasien gangguan mobilisasi yang harus dilakukan penanganan yang tepat untuk memenuhi kebutuhan klien. Pengkajian pada kebutuhan mobilisasi yang dikemukakan oleh para ahli saling berkaitan dengan masalah-masalah yang



harus digali pada pasien yang mengalami masalah gangguan mobilisasi terutama pada pasien dengan stroke. Setelah mengkaitkan metode-metode pengkajian yang dikemukakan para ahli, dapat digali masalah pasien dan ditetapkan prioritas masalah yang harus diselesaikan untuk memenuhi kebutuhan mobilisasi pasien. Pengkajian yang tepat pada pasien dapat membantu perawat untuk menentukan prioritas masalah pada pasien yang mengancam jiwa dan kehidupan.

Pada kasus Ny. Y. F ditemukan bahwa pasien merasa badan lemah, kaki dan tangan kiri terasa lemah dan tidak dapat digerakkan. Keluhan yang dialami klien ini adalah keluhan yang biasanya dialami oleh pasien stroke yang mengalami gangguan mobilisasi, sebab itu tugas perawat dalam melakukan pengkajian adalah melakukan pendekatan untuk menggali masalah klien agar dapat ditemukan masalah yang dialami klien dan langkah penyelesaian masalah, dimana semuanya itu dapat dilakukan perawat melalui asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien.

Semua tanda dan gejala dari stroke menurut teori dapat ditemukan langsung pada pasien stroke. Pasien saat mengalami serangan stroke dapat mengalami komplikasi keluhan yang berbeda selain parase, hemiparase dan paralisis, tergantung pada jenis serangan stroke dan tingkat keparahan, komplikasi penyakit lain, serta daya tahan tubuh seseorang terhadap penyakit. Dalam mengajukan pendapat ini, dikaitkan dengan teori yang dikemukakan oleh Hudak, Gallow, dkk, 2011 yang menyatakan bahwa stroke adalah defisit neurologis yang mempunyai awitan tiba-tiba, berlangsung lebih dari 24 jam, dan disebabkan oleh penyakit serebrovaskuler. Stroke terjadi saat terdapat gangguan aliran darah keotak. Gambaran klinis yang terlihat bergantung pada lokasi kejadian dan area otak yang diperfusi oleh pembuluh darah tersebut.

#### **4.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Dalam studi kasus ini, ditetapkan satu diagnosa keperawatan yang berhubungan dengan gangguan mobilisasi, yaitu hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular (kelemahan dan faksid/paralisis hipotonik (awal), kelumpuhan; karena ditemukan adanya keterbatasan gerak fisik, penurunan kekuatan otot (kekuatan otot 2 : gerakan otot penuh melawan gravitasi dengan topangan), tingkat kemampuan aktivitas pasien 4 (sangat tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan), terdapat kelemahan pada kaki dan tangan kiri sehingga pasien tidak mampu untuk bergerak; keluhan-keluhan pasien ini sesuai dan mendukung untuk diangkat diagnosa hambatan mobilitas fisik, karena sesuai dengan batasan karakteristik yang dikemukakan oleh Taylor M Cynthia, 2010, yaitu untuk mengangkat diagnosa hambatan mobilitas fisik pada pasien stroke, batasan karakteristik yang muncul pada pasien yang menunjang untuk diangkat diagnosa tersebut adalah : keterbatasan gerak fisik, penurunan kekuatan otot, pengendalian, ketahanan otot, gangguan koordinasi, ketidakmampuan bergerak yang bertujuan berpindah dalam lingkungan fisik, termasuk mobilitas ditempat tidur, perpindahan, ambulasi, keterbatasan ROM.

#### **4.2.3 Intervensi Keperawatan**

Pada kasus Ny. Y. F intervensi keperawatan pada diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular (kelemahan dan faksid/paralisis hipotonik (awal), kelumpuhan. Intervensi keperawatan yang telah ditetapkan dilakukan pada pasien, hanya intervensi melatih pasien melakukan latihan ROM aktif yang masih penulis pertimbangkan untuk dilakukan pada pasien dengan alasan pasien mengalami gangguan neuromuscular dan pasien masih dalam fase kritis sehingga masih membutuhkan istirahat/bedrest.

Secara umum, tujuan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami gangguan mobilisasi bervariasi, bergantung pada diagnosis dan batasan karakteristik masing-masing

individu. Beberapa tujuan umum untuk klien yang mengalami atau berpotensi mengalami masalah mobilisasi, masalah mobilisasi adalah sebagai berikut : meningkatkan toleransi klien untuk melakukan aktivitas fisik, mengembalikan atau memulihkan kemampuannya untuk bergerak/atau berpartisipasi dalam kegiatan sehari-hari, mencegah terjadinya cedera akibat jatuh atau akibat penggunaan mekanika tubuh yang salah, meningkatkan kebugaran fisik, mencegah terjadinya komplikasi akibat mobilitas, meningkatkan kesejahteraan sosial, emosional dan intelektual (Mubarak, 2008).

#### **4.2.4 Implementasi**

Dalam melakukan tindakan keperawatan kepada Ny. Y. F, semua tindakan yang dilakukan berdasarkan teori keperawatan dan berfokus pada intervensi yang telah ditetapkan. Tindakan yang dilakukan yaitu : mengkaji kemampuan fungsional pasien, mengubah posisi klien tiap 2 jam (terlentang, miring kiri kanan), mengajarkan pasien melakukan latihan ROM, melakukan latihan ROM pasif pada ekstremitas yang bermasalah, mengatur posisi tidur pasien setengah duduk/semi fowler, mengobservasi tanda-tanda vital.

Semua intervensi yang ditetapkan diimplementasikan kepada pasien, hanya dua intervensi yang tidak penulis lakukan pada pasien, yaitu melakukan latihan gerak aktif dan meletakkan pasien pada posisi telungkup satu kali atau dua kali sehari. Intervensi ini tidak dilakukan dengan alasan pasien mengalami gangguan neuromuscular dan pasien masih dalam fase kritis sehingga masih membutuhkan bedrest, hal ini didukung oleh keluhan pasien yang merasa sesak saat beraktivitas (saat merubah posisi tidur) dan akan merasa nyaman saat mendapat posisi yang nyaman dan pasien belum dapat mentoleransi aktivitas sehingga belum bisa untuk mengatur posisi pasien telungkup, dengan alasan jika dipaksa untuk melakukan tindakan ini pada pasien maka dapat memicu pasien untuk lebih mengerahkan tenaga dan

dapat berdampak pada pernapasan pasien, dimana dapat menyebabkan sesak napas yang dialami pasien bisa bertambah, sebab pasien masih dalam fase kritis (48-72 jam) sehingga pasien hanya dapat mentoleransi tindakan-tindakan yang sesuai toleransinya saja. Setelah melewati fase kritis dan masuk fase pemulihan, pasien sudah dapat dimobilisasi secara penuh barulah dapat dilakukan latihan gerak aktif dan mengatur posisi telungkup pada pasien.

#### **4.2.5 Evaluasi .**

Evaluasi pada Ny. Y. F sesuai dengan hasil implementasi yang dibuat pada kriteria objektif yang ditetapkan. Dalam evaluasi untuk diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular (kelemahan dan faksid/paralisis hipotonik (awal), kelumpuhan, masalah belum teratasi karena pasien masih dalam fase akut, sehingga masih dibutuhkan perawatan berkelanjutan untuk pemulihan pasien.

Untuk mengevaluasi hasil dan respons dari asuhan keperawatan, perawat mengukur efektifitas semua intervensinya. Tujuan dari kriteria hasil adalah kemampuan klien mempertahankan atau meningkatkan kesejajaran tubuh dan mobilisasi sendi. Perawat mengevaluasi intervensi khusus yang diciptakan untuk mendukung kesejajaran tubuh, meningkatkan mobilisasi, dan melindungi klien dari bahaya mobilisasi. Dengan mempertahankan kesejajaran tubuh yang baik dan mobilisasi serta mencegah bahaya imobilisasi akan meningkatkan kemandirian dan mobilisasi menyeluruh ( Potter & Perry, 2012).

Berdasarkan hasil wawancara dengan perawat, evaluasi untuk pasien stroke non haemoragi (SNH) untuk masalah mobilisasi dibutuhkan waktu minimal satu minggu untuk dapat melakukan ROM pasif menjadi ROM aktif.

Tidak semua kriteria evaluasi dapat dicapai selama pasien dirawat di Rumah Sakit, semuanya membutuhkan waktu, proses, kemauan pasien, ketaatan pasien dalam mengikuti perawatan dan pengobatan.

### **4.3 Keterbatasan Studi Kasus**

Dalam penelitian studi kasus ini, banyak kendala yang ditemui yaitu diantaranya keterbatasan waktu penelitian dan pengambilan kasus yang hanya berfokus pada perawatan satu pasien, sehingga tidak dapat dilakukan perbandingan masalah-masalah yang dapat timbul pada pasien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan mobilisasi pada pasien stroke. Dan dari keterbatasan waktu ini juga membuat asuhan keperawatan yang diberikan tidak terarah dan berkesinambungan, sehingga pemulihan pasien tidak dapat diikuti dan dievaluasi lagi; semua ini sangat mempengaruhi hasil penulisan studi kasus ini.

## **BAB 5**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **5.1 Kesimpulan**

Penerapan asuhan keperawatan pada pasien stroke pada dasarnya sama antar teori dan kasus nyata. Hal ini dapat dibuktikan dalam penerapan kasus pasien Ny. Y. F yang menderita stroke. Penerapan kasus ini dilakukan dengan menggunakan proses keperawatan, yaitu : pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi :

1. Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Hasil pengkajian pada Ny. Y. F : kepala terasa berat, badan lemah, kaki dan tangan kiri terasa lemah dan tidak dapat digerakkan, bicara sedikit pelo, merasa sesak saat beraktivitas (merubah posisi tidur), keadaan umum sedang, kesadaran compesmentis, pasien tampak lemah, terpasang cairan RL 16 tetes/menit, TTV : Tekanan Darah : 200/100 mmHg, Suhu : 37°C/aksila, Nadi : 88x/menit, Pernapasan : 26x/menit. Pengkajain B6 ( Bone/tulang dan integumen) : parese/kelemahan dan pergerakan terbatas pada ekstremitas kiri bagian atas dan bawah

(kaki dan tangan), dengan kekuatan otot 2 (gerakan otot penuh melawan gravitasi dengan topangan), tingkat kemampuan pasien 4 (sangat tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan), tidak ada edema pada ekstremitas. Warna kulit sawo matang, tidak ada cianosis, akral terasa hangat, turgor kulit baik, tidak ada luka, lesi pada kulit.

2. Diagnosa yang diangkat berhubungan dengan gangguan mobilisasi pada pasien yaitu : hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular (kelemahan dan faksid/paralisis hipotonik (awal), kelumpuhan, yang ditandai dengan data subyektif : pasien mengatakan badan terasa lemah, kaki dan tangan kiri terasa lemah dan tidak dapat digerakkan, kepala terasa berat, tidak dapat beraktivitas secara mandiri, semua kebutuhan dibantu oleh keluarga dan petugas. Data obyektif : pasien tampak lemah, dan semua aktivitas tampak dibantu oleh petugas dan keluarga, pada pemeriksaan ekstremitas pergerakan terbatas pada ekstremitas bagian kiri atas dan ekstremitas bagian kiri bawah, dengan kekuatan otot 2 (gerakan otot penuh melawan gravitasi dengan topangan), tingkat kemampuan pasien 4 (sangat tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan). TTV : Suhu : 37°C, Nadi : 88x/menit, Tekanan Darah : 200/100 mmHg, Pernapasan : 24x/menit.
3. Perencanaan tindakan keperawatan yang direncanakan untuk dilakukan pada Ny. Y. F, disusun sesuai dengan teori rencana asuhan keperawatan yang dikemukakan oleh Cynthia M Taylor dkk, 2010. Perencanaan dibuat untuk mengatasi masalah keperawatan yang ditemukan. Rencana keperawatan yang dibuat untuk mengatasi masalah hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular (kelemahan dan faksid/paralisis hipotonik awal), kelumpuhan yaitu : a) Kaji kemampuan secara fungsional/luasnya kerusakan awal secara teratur. b) Ubah posisi klien minimal tiap 2 jam (terlentang, miring) dan sebagainya dan jika memungkinkan bisa lebih sering jika

diletakkan dalam posisi bagian yang terganggu. c) Letakkan pada posisi telungkup satu kali atau dua kali sehari jika klien dapat mentolerir. d) Ajarkan klien untuk melakukan latihan gerak aktif pada ekstremitas yang tidak sakit. e) Lakukan gerak pasif pada ekstremitas yang sakit. g) Tinggikan tangan dan kepala. h) Kolaborasi dengan ahli fisioterapi untuk latihan fisik dan ambulasi klien. i) Kolaborasi pemberian obat relaksasi otot, antispasmodik sesuai indikasi.

4. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada Ny. Y. F yaitu mengkaji kemampuan fungsional pasien, mengubah posisi klien tiap 2 jam (terlentang, miring kiri kanan), mengajarkan pasien melakukan latihan ROM, melakukan latihan ROM pasif pada ekstremitas yang bermasalah, mengatur posisi pasien setengah duduk/semi fowler, mengobservasi tanda-tanda vital.
5. Evaluasi yang dilakuakn pada Ny. Y.F dilakukan dalam bentuk SOAP sesuai dengan kriteria hasil. Evaluasi dalam bentuk cacatan perkembangan, masalah hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular (kelemahan dan faksid/paralisis hipotonik awal), kelumpuhan, masalah belum teratasi.

## **5.2 Saran**

Saran untuk bidang keilmuan agar dapat memperkaya teori mengenai asuhan keperawatan pada klien dengan stroke (terutama pemenuhan kebutuhan oksigenasi) sehingga dapat dijadikan referensi bagi penelitian tentang pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan oksigenasi.

Saran untuk pelayanan di rumah sakit agar dapat mempertahankan asuhan keperawatan yang diberikan mencakup asuhan keperawatan yang komprehensif (melibatkan berbagai disiplin ilmu kesehatan), kolaborasi dengan disiplin ilmu kesehatan lain serta melibatkan keluarga dalam merawat pasien stroke agar dapat mencapai kesehatan yang maksimal.

Saran bagi mahasiswa, diharapkan dalam melaksanakan praktek mampu menguasai konsep dasar penyakit dan melaksanakan asuhan keperawatan yang tepat dan berkesinambungan untuk pemenuhan kebutuhan pasien.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Alimul Azis, 2013, *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*, Jakarta : Salemba Medika
- Diane C Baughman, *et al*, 2010, *Keperawatan Medikal Bedah : Buku Saku Dari Brunner & Suddarth*, Jakarta : EGC
- Taylor M Cinthya, *et al*, 2010, *Diagnosis Keperawatan Dengan Rencana Asuhan (Nursing Diagnosis Cards) Edisi 10*, Jakarta : EGC
- Hudak & Gallo, *et al*, 2011, *Keperawatan Kritis : Pendekatan Asuhan Holistik Edisi 8, Volume 1*, Jakarta : EGC
- Kementrian Kesehatan RI, 2013, *Riset Kesehatan Dasar 2013*
- Surantun & Krisanty, *et al*, 2009, *Asuhan Keperawatan Gawat darurat*, Jakarta : CV. Trans Info Media
- Doenges Marillyn, 2000, *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*, Jakarta : EGC
- Nugroho Taufan, 2011, *Asuhan Keperawatan Maternitas, Anak, Bedah, Penyakit Dalam*, Yogyakarta : Nuha Medika
- Smeltzer C. Suzanne, Bare G. Brenda, 2010, *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth Edisi 8*, Jakarta : EGC



Padila, 2012, *Buku Ajar : Keperawatan Medikal bedah*, Yogyakarta : Nuha Medika

Wedho Margaretha Ulemadja, *et al*, 2013, *Buku Ajar Konsep Kebutuhan Dasar Manusia I*, Kupang : Gita Kasih

Wedho Margaretha Ulemadja, *et al*, 2014, *Buku Ajar Konsep Kebutuhan Dasar Manusia II*, Kupang : Gita Kasih

Wijaya Saferi Andra, Putri Yessie, 2013, *KMB 2 Keperawatan Medikal Bedah*, Yogyakarta : Nuhamedika

## LAMPIRAN I

### FORMAT PENGKAJIAN STUDI KASUS RUANG ICU RSUD W Z JOHANNES KUPANG

#### POLTEKKES KEMENKES KUPANG PRODI KEPERAWATAN

Nama Mahasiswa : Hana Diana Dakahamapu

NIM : PO. 530320114065

Ruangan : ICU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

Tanggal Pengkajian : 02 Juni 2017

---

#### 1. Identitas Klien

Nama : Ny. Y. F

Umur : 55 Tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Kristen Protestan

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Pendidikan : SMP  
Alamat : Airnona  
No Register : 424641  
Diagnosa Medik : Stroke Non Haemoragi  
Tanggal Msuk RS : 02 Juni 2017  
Tanggal Pengkajian : 02 Juni 2017

## 2. Identitas Penanggungjawab

Nama : Tn. A. F  
Umur : 65 Tahun  
Alamat : Airnona  
Hubungan Dengan Klien : Suami

## 3. Riwayat Kesehatan

### a. Keluhan Utama

pasien mengatakan kepala dan badan bagian kiri tiba-tiba terasa lemah dan berat, susah digerakkan karena lemah.

### b. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien mengatakan merasa sesak napas (sesak lebih terasa saat pasien beraktivitas (mengubah posisi tidur), kepala terasa berat, badan bagian kiri terasa lemah dan tidak dapat digerakkan, bicara sedikit pelo.

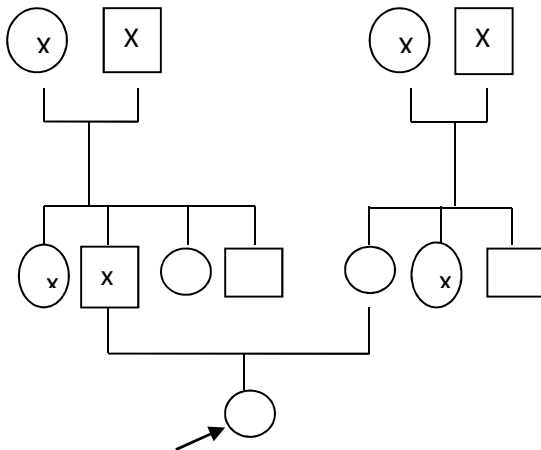
### c. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan sebelumnya pasien pernah menderita tekanan darah tinggi dan menderita stroke ringan pada tahun 2016. Pasien sering kontrol di Puskesmas tetapi tidak teratur, pasien lebih banyak mengkonsumsi obat-obatan herbal.

### d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan merupakan anak tunggal dan tidak memiliki saudara, sekarang tinggal bersama suami, ibu dan kedua anaknya. Ayahnya telah meninggal namun bukan karena stroke. Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit menular maupun penyakit keturunan.

Genogram :



Keterangan :

- : Perempuan
- : Laki-laki
- X : Meninggal dunia
- ↗ : Pasien
- ..... : Tinggal serumah

e. Riwayat Kesehatan Lingkungan

Pasien mengatakan ia tinggal bersama suami, ibu dan kedua anaknya. Keluarga mengatakan sebelum sakit pasien selalu menjaga kebersihan rumah dan halaman dengan selalu membersihkannya sehari dua kali, yaitu pagi dan sore hari. Pasien mengatakan penerangan dan pencahayaan didalam rumah mereka baik.

f. Riwayat Kesehatan Lainnya :

Pasien mengatakan tidak pernah menggunakan alat bantu : gigi palsu, kaca mata, alat bantu pendengaran, dan lain-lain.

#### 4. Pengkajian Primer

##### A. Airway (Jalan Napas)

Sumbatan :

- Benda asing                       Broncospasme  
 Darah                               Sputum                               Lendir  
 Lain-lain, sebutkan : tidak ada.

##### B. Breathing (Pernapasan)

Sesak dengan :

- Aktivitas                               Tanpa aktivitas

Menggunakan otot tambahan/otot bantu pernapasan :

- Ya                       Tidak

Cuping hidung :

- Ya                       Tidak

Frekuensi napas : 24x/menit

Irama :

- Teratur                               Tidak

Kedalaman :

- Dalam                               Dangkal

Reflek batuk :  Ada                       Tidak

Batuk :

- Produktif                               Non produktif

Sputum :  Ada                       Tidak

Warna : -

Konsistensi : -

Bunyi nafas

Ronchi     Creakles     Wheezing     Vesikular

BGA : -

Bentuk dada :

Simetris     Tidak simetris     Lainnya : Tidak ada

Retraksi dinding dada :

Ada     Tidak

### C. Circulation

a. Sirkulasi Perifer :

Nadi : 88x/menit

Irama :  Teratur     Tidak

Denyut :  Lemah     Kuat     Tidak Kuat

TD : 200/100 mmHg

Ekstremitas :

Hangat     Dingin

Warna kulit :

Cianosis     Pucat     Kemerahan     Normal

Nyeri dada :  Ada     Tidak

Karakteristik nyeri dada :

Menetap     Menyebar

Seperti ditusuk-tusuk

Capillary Refill :

<3 detik     > 3 detik

Edema :

Ya  Tidak

Lokasi edema :

Muka  Tangan  Tungkai  Anasarka

b. Fluid (cairan dan elektrolit)

1. Cairan

Turgor kulit

< 3 detik  > 3 detik

Baik  Sedang  Jelek

2. Mukosa Mulut

Lembab  Kering

3. Kebutuhan Nutrisi :

Oral : Diet rendah garam

Parenteral : -

4. Intoksikasi

- Makanan
- Gigitan binatang
- Alkohol
- Zat kimia
- Obat-obatan terlarang
- Lain-lain : Tidak ada

D. Disability

Tingkat kesadaran :

CM  Apatis  somenolen  Sopor

Soporcoma  Coma

Pupil :  Isokor  Miosis  Anisokor  Midriasis

Pin Poin

Reaksi terhadap cahaya :

Kanan : () Positif                       Negatif

Kiri : () Positif                       Negatif

GCS : E : 4 M : 6 V : 5

Jumlah : 15

## 5. Pengkajian Sekunder

a. Keadaan umum :

Keadaan umum sedang, kesadaran komposmentis, pasien tampak lemah,

b. Tanda-Tanda Vital :

Suhu : 37°C

Nadi : 88x/menit

RR : 24x/menit

TD : 200/100 mmHg

c. Body system :

1) B1 (Breathing/Pernapasan)

Sesak napas :

() Ya                       Tidak

Sesak dengan :

() Aktivitas                       Tanpa aktivitas

Perubahan pola napas :

() Tachypnea                       Bradypnea                       Dispnea                       Normal

Menggunakan otot tambahan :

Ya                      () Tidak

Cuping hidung :

Ya                     Tidak

Retraksi dinding dada :

Ya                     Tidak

Nyeri dada :

Ya                     Tidak

Frekuensi napas : 24x/menit

Irama :

Teratur                     Tidak

Kedalaman :

Dalam                     Dangkal

Reflek batuk :  Ada                     Tidak

Batuk :

Produktif                     Non produktif

Sputum :  Ada                     Tidak

Warna : -

Konsistensi : -

Bunyi nafas

Ronchi  Creakles     Wheezing     Stridor     Vesicular

Bunyi lainnya : Tidak ada

Lokasi : -

BGA : -

Bentuk dada :

Simetris                     Tidak simetris                     Lainnya

Penggunaan alat bantu napas/oksigen :

Ya                     Tidak



Konsentrasi oksigen : 4 Liter/menit

2) B2 (Blood/Sirkulasi)

Nyeri dada     Pusing     Sakit Kepala     Kram kaki

Palpitasi     Clubbing finger

Suara jantung : S<sub>1</sub>, S<sub>2</sub> tunggal

Normal

Ada kelainan (sebutkan)

Edema :

Palpebra     Anasarka     Ekstremitas bawah     Acites

Tidak ada     Lainnya : Tidak ada kelainan

3) B3 (Brain/Persarafan, otak)

Kesadaran :

Composmentis     Apatis     Somenolen     Sopor     Coma

Glasgow Coma Scale (GCS) :

E : 4    M : 6    V : 5    Nilai total : 15

Kepala dan wajah : simetris, tidak ada benjolan, tidak ada lesi.

Mata :

Ikterik     Tidak ikterik

Sclera :

Putih     Ikterik     Merah     Perdarahan

Conjungtiva :

Pucat     Merah muda

Pupil :

Isokor     Anisokor     Miosis     Midriasis

Leher (sebutkan) : Tidak ada distensi vena jugular, tidak ada nyeri, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.

Persepsi sensori : Normal

Pendengaran :

- Kiri : Normal

- Kanan : Normal

Penciuman : Normal

Pengecapan : Manis Normal      Pahit Normal      Asin Normal

Penglihatan :

- Kiri : Normal

- Kanan : Normal

4) B4 (Bladder/Perkemihan)

BAK : - x/hari

Terpasang kateter :  Ya       Tidak

Produksi urine :

Jumlah : 900 cc/12 jam

Banyak       Sedikit       Sedang

Warna :

Kuning jernih    Kuning kental    Merah    Putih

Bau : Khas

Keluhan sakit pinggang :

Ya       Tidak

Keluhan BAK :

Oliguri    Poliuri    Dysuria    Hematuri    Anuri    Nyeri

Menetes    Panas    Sering    Retensi    Inkonten

Cystotomi                       Tidak ada masalah

Lainnya : Tidak ada

5) B5 (Bowel/Pencernaan)

Mulut dan tenggorokan :

Mulut bersih, gigi utuh bersih, tidak ada nyeri menelan.

Abdomen :

Pasien mengatakan pasien belum buang air besar semenjak masuk Rumah sakit.

BAB : - x/hari                      Konsistensi : -

Distensi abdomen :  Ya       Tidak

Diare     Konstipasi                       Feses berdarah       Tidak Terasa

Kesulitan       Melenas       Colostomi     Wasir       Pencakar

Tidak ada masalah

Lainnya : Tidak ada

Bising usus : 5 x/menit

Diet : Rendah garam.

6) B6 (Musculoskeletal/Integumen)

Kemampuan pergerakan sendi :

- Parese                      :  Ya       Tidak

- Paralise                      :  Ya       Tidak

Ekstremitas :

- Atas :  Tidak ada kelainan     Peradangan     Patah tulang     Kelemahan

Lokasi : Tangan kiri

- Bawah :  Tidak ada kelainan     Peradangan     Patah tulang     Kelemahan

Lokasi : Kaki kiri

Tulang belakang : Normal, tidak ditemukan masalah.

Spasme otot :  Ya  Tidak

Vulnus, kerusakan jaringan :  Ya  Tidak

Dislokasi :  Ya  Tidak

Kekuatan otot :

5	2
5	2

Tingkat kemampuan aktivitas :

Kekakuan sendi :  Ya  Tidak

Pembengkakan :  Ya  Tidak

Nyeri :  ya  Tidak

Lokasi : -

Keterbatasan gerak :  Ya  Tidak

**Integumen :**

Warna kulit :

Ikterik  cyanotik  Pucat  Pigmentasi

Kemerahan  Normal

Akral :  Hangat  Panas  Dingin kering  Dingin basah

Turgor :

Baik  Cukup  Jelek/menurun

Vulnus :

Ya  Tidak

Lokasi : -

Luka bakar :

Ya  Tidak

Lokasi : -

d. Psikososial

Ketegangan meningkat :

Ya       Tidak

Fokus pada diri sendiri :

Ya       Tidak

Kurang pengetahuan :

Ya       Tidak

Dukungan Keluarga :

Aktif       Kurang       Tidakada

Reaksi saat interaksi :

Kooperatif       Tidak kooperatif       Tidak tersinggung       Bermusuhan

Depensife       Curiga       Kontak mata

Lainnya : -

Konflik yang terjadi terhadap :

Peran       Nilai       Lainnya : -

Spiritual :

Sumber kekuatan/harapan saat sakit :

Tuhan/Allah       Dewa       Lainnya : -

Ritwal agama yang bermakna/diharapkan saat ini :

Sholat/berdoa       Baca kitab suci       Lainnya : Tidak ada

Sarana/peralatan/orang yang diperlukan untuk melaksanakan ritual agama yang diharapkan saat ini :

Lewat ibadah       Rohaniawan       Lainnya : Tidak ada

Keyakinan/kepercayaan bahwa Tuhan akan menolong dalam menghadapi situasi sakit

saat ini :  Ya       Tidak

Keyakinan/kepercayaan bahwa penyakit dapat disembuhkan :

Ya       Tidak

Persepsi terhadap penyebab penyakit :

Hukuman    Godaan/peringatan       Lainnya : Tidak ada

## **PEMERIKSAAN PENUNJANG**

### **Pada tanggal 2 Juni 2017**

Darah Rutin :

HB : 8 gr/dl (normal 12-16 gr/dL),

Jumlah eritrosit :  $4,60 \cdot 10^6/\text{uL}$  (normal  $4,50-6,20 \cdot 10^6/\text{uL}$ )

Hematokrit 41,3% (normal 40,0-54,0%)

Jumlah leukosit  $11,53 \cdot 10^3/\text{uL}$  (normal  $4,0-10,0 \cdot 10^3/\text{uL}$ ).

Hiung jenis : Neutrofil 49 % (normal 50-70 %),

Limfosit : 29% (normal 20-40 %)

Monosit : 4,5 % (normal 2-8 %),

Jumlah neutrofil :  $3,50 \cdot 10^3/\text{uL}$  (normal  $1,50-7,00 \cdot 10^3/\text{uL}$ )

Jumlah limfosit :  $2,23 \cdot 10^3/\text{uL}$  (normal  $1,00-3,70 \cdot 10^3/\text{uL}$ )

Jumlah monosit  $0,30 \cdot 10^3/\text{uL}$  (normal  $0,00-0,70 \cdot 10^3/\text{uL}$ ).

### **Pada Tanggal 3 Juni 2017**

Kimia Darah :

GDS : 158 mg/dL (normal 70-150 mg/dL)

Ureum darah 20,90 mg/dL (normal 17,00-43,00 mg/dL)

Kreatinin darah 0,82 mg/dL (normal 0,6-1,1 mg/dL)

Kolesterol total 210 mg/dL (normal <200)

Trigliserida 138 mg/dL (normal <150 mg/dL),

SGOT 29 U/L (normal <35 U/L),

SGPT 38 U/L (normal <41 U/L).

Pemeriksaan radiologi : hasil CT-Scan kepala tidak ada tanda perdarahan pada otak.

## THERAPI

No	Nama obat, Dosis, Cara Pemberian	Indikasi	Kontraindikasi
1	Captopril 3 x 25 mg	Pasien hipertensi, pasien gagal jantung kronik, pasien kelainan jantung pasca serangan jantung, pasien ginjal terkait penyakit gula (diabetes)	Kontraindikasinya pasien alergi terhadap obat golongan ACEI, pasien tidak dapat berkemih, penyempitan pembuluh darah ginjal, kehamilan.
2	Kalnex injeksi 2 x 500 mg	Indikasinya fibrinolisis lokal seperti : epistaksis, prostatectomy, cervical conisation; herediter angioneurotic edema, perdarahan abnormal setelah operasi, perdarahan setelah pencabutan gigi pada pasien dengan riwayat haemofilia	Gagal ginjal berat, pembekuan intravaskuler aktif, penyakit tromboemboli, gangguan penglihatan warna, perdarahan subaracnoid
3	Ranitidin 2 x 1 ampul	Indikasinya tukak lambung dan duodenum, mencegah terjadinya penyakit gastroesophageal reflux (GERD), gastritis, terapi	Kontraindikasinya yaitu bagi pasien yang hipersensitif atau alergi terhadap ranitidin. Diet rendah garam.

		<p>pemeliharaan setelah penyembuhan tukak duodenum, tukak lambung, pengobatan keadaan hipersekresi patologis, misal sindroma Zollinger Ellison dan mastositis sistemik</p>	
4	Piracetam 3 x 3 gram	Pengobatan infark serebral	Hipersensitif terhadap piracetam, penderita gangguan ginjal berat
5	Amlodipin 1 x 5 mg	Pasien hipertensi, penyakit jantung koroner, pasien nyeri dada.	Kontraindikasinya pasien hipersensitifitas terhadap amlodipin, gagal jantung akut, hipotensi disertai gejala seperti pingsan, kelainan fungsi jantung, kelainan fungsi hati.
6	Clopidogral 3 x 1 tablet	Mengurangi terjadinya aterosklerosis, stroke dan kematian vaskuler pada pasien dengan aterosklerosis terdokumentasi oleh stroke yang baru terjadi	Pasien dalam pengobatan dengan asam salisilat, pengobatan trombolik, kerusakan hati, anak-anak usia dibawah 18 tahun
7	Infus Cairan Ringer Laktat	Mengembalikan keseimbangan elektrolit pada keadaan dehidrasi dan syok hipovolemik	Hipernatremia, kelainan ginjal, kerusakan sel hati, asidosis laktat, edema perifer pulmonal, pasien CHF, pre-eklamsia.

Tanda Tangan Mahasiswa



Hana Diana Dakahamapu

NIM. PO 530320114065



PEMERINTAH PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG  
JL. DR. Moch Hatta No. 19 Kupang Telp (0380) – 833614.Fax (0380) 832892  
Website : [www.rsudwzjohannes.nttprof.go.id](http://www.rsudwzjohannes.nttprof.go.id) email : [rsudjohannes@gmail.com](mailto:rsudjohannes@gmail.com)  
KUPANG Kode Pos : 85111

**SURAT KUTUBAH SURAT PENGANTAR**

Nomor : 244 / DIKLIT / VI / 2017

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Teresia Surat Bayo, S.Kep.Ners.  
Jabatan : Kepala Sub Bidang Diklit  
NIP/Pangkat Gol. : 19670615 199501 2 003 / Penata Tk. I (III-d).

Menerangkan bahwa :

Nama : Hana Diana Dakamapu  
Jenis Kelamin : Perempuan  
NIM : PO. 530 320 114 065  
Asal Fak./Jur./Univ. : Poltekkes Kemenkes Kupang Jurusan Keperawatan.

Yang akan melaksanakan **Pengambilan Data Awal / Studi Kasus di Ruang ICU RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang**, selama dua (2) minggu, terhitung mulai tanggal 1 s/d 14 Juni 2017, dengan Judul :

**" Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Mobilisasi Pada Pasien Stroke Non Haemoragi di Ruang ICU RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang"**

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Kupang, 14 Juni 2017  
RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang  
Kepala Sub Bidang Diklit

  
**Teresia Surat Bayo, S.Kep.Ners.**  
Penata Tk. I  
NIP. 19670615 199501 2003



PEMERINTAH PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG  
JL. DR. Moch Hatta No. 19 Kupang Telp (0380) – 833614.Fax (0380) 832892  
Website : [www.rsudwzjohannes.nttprof.go.id](http://www.rsudwzjohannes.nttprof.go.id) email : [rsudjohannes@gmail.com](mailto:rsudjohannes@gmail.com)  
KUPANG Kode Pos : 85111

### SURAT KETERANGAN SELESAI STUDI KASUS

Nomor : RSUD / 070 / Um. 513 / VI / 2017

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Teresia Surat Bayo, S.Kep.Ners.  
Jabatan : Kepala Sub Bidang Diklit  
NIP/Pangkat Gol. : 19670615 199501 2 003 / Penata Tk. I (III-d).

Menerangkan bahwa :

Nama : Hana Diana Dakamapu  
Jenis Kelamin : Perempuan  
NIM : PO. 530 320 114 065  
Asal Fak./Jur./Univ. : Poltekkes Kemenkes Kupang Jurusan Keperawatan.

Benar-benar telah selesai melakukan **Pengambilan Data Awal / Studi Kasus di Ruang ICU** RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang, selama dua (2) minggu, terhitung mulai tanggal **1 s/d 14 Juni 2017**, dengan Judul :

**"Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Mobilisasi Pada Pasien Stroke Non Haemoragi di Ruang ICU RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang"**.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Kupang, 14 Juni 2017  
RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang  
Kepala Sub Bidang Diklit



**Teresia Surat Bayo, S.Kep.Ners.**  
Penata Tk. I  
NIP. 19670615 199501 2003

