



**LAPORAN TUGAS AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK DENGAN  
LATIHAN *RANGE OF MOTION (ROM)* PASIF PADA PASIEN *STROKE  
NON HEMORAGIC (SNH)* DI PUSKESMAS SAWAH LEBAR  
KOTA BENGKULU**

**PEPBRIANTO  
NIM : 201801023**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI BENGKULU  
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
TAHUN 2021**



**LAPORAN TUGAS AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK DENGAN  
LATIHAN *RANGE OF MOTION (ROM)* PASIF PADA PASIEN *STROKE  
NON HEMORAGIC (SNH)* DI PUSKESMAS SAWAH LEBAR  
KOTA BENGKULU**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan  
Program Pendidikan DIII Keperawatan

**PEPBRIANTO**  
**NIM : 201801023**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI BENGKULU  
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
TAHUN 2021**

**ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK DENGAN  
LATIHAN *RANGE OF MOTIO* (ROM) PASIF PADA PASIEN *STROKE  
NON HEMORAGIC***

**DI PUSKESMAS SAWAH LEBAR KOTA BENGKULU**

**ABSTRAK**

**Xiii Halaman awal XVI + 130 Halaman inti**

Pepbrianto, Indaryani

**Masalah :** *Stroke Non Hemoragic (SNH)* merupakan suatu keadaan dimana terjadi sumbatan pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. *Stroke non hemoragic* dapat berupa iskemia atau emboli dan trombosis serebral, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari. Tanda khas SNH lainnya adalah tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder. Terdapat dua kemungkinan penyebab terjadinya *stroke non hemoragic*, penyebab utama adalah gumpalan darah yang terbentuk dipembuluh darah otak, sedangkan penyebab kedua adalah gumpalan darah yang terbentuk dibagian tubuh lain, namun terbawa hingga menuju otak. Gumpalan darah tersebut dapat menghentikan aliran darah menuju bagian otak tertentu sehingga terjadi sumbatan dan menyebabkan terjadinya *stroke non hemoragic*.

**Tujuan :** Penelitian ini bertujuan untuk meningkatkan mobilitas fisik dan skala kekuatan otot pada pasien *stroke non hemoragic* dengan manajemen program latihan yaitu *ROM* pasif

**Metode :** Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan studi kasus menggunakan pendekatan asuhan keperawatan yaitu, pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

**Hasil :** Penelitian ini menunjukkan bahwa terjadinya peningkatan kekuatan otot setelah dilakukan tindakan *ROM* pasif selama 7 hari. Diharapkan bagi peneliti selanjutnya agar dapat menghasilkan *ROP* (Relaksasi otot progresif) terupdate.

**Kata kunci :** Penurunan kekuatan otot, *ROM*, Manajemen program latihan, Refrensi : 2012-2020

**NURSING CARE OF PHYSICAL MOBILITY DISORDERS WITH  
PASSIVE RANGE OF MOTION (ROM) EXERCISES IN NON-  
HEMORAGIC STROKE PATIENTS**

**IN BENGKULU CITY PUBLIC HEALTH CENTER**

**ABSTRACT**

**Xiii Start page XVI + 130 Core page**

**Pepbrianto, Indaryani**

**Problem:** Non-Hemorrhagic Stroke (SNH) namely condition where there is blockage of blood vessels which causes blood flow to the brain to partially or completely blockade. Non-hemorrhagic stroke able to fomed form of ischemia or cerebral embolism and thrombosis, usually occurring after a long rest, just waking up or in the morning. There are two possible causes of non-hemorrhagic stroke, the main cause is blood clots that fomed in the blood vessels of the brain, while the second cause is blood clot that fored in the brain or other bodies, but carried over to the brain. These blood clot can stop blood flow to certain parts of the brain, causing blockages and causing non-hemorrhagic strokes.

**Objective:** This study aims to improve physical mobility and muscle strength scale in non-hemorrhagic stroke patients with exercise program management, namely passive *ROM*.

**Methods:** This research design is a qualitative research with a case study using a nursing care approach, namely, assessment, nursing diagnosis, nursing planning care, nursing implementation, and nursing evaluation.

**Results:** This study showed that there was an increase in muscle strength after passive ROM was performed for 7 days. It is hoped that future researchers will be able to produce update ROP ( progressive muscle relaxation)

**Key words:** Decrease of muscle strength, ROM, Management of exercise program, Reference : 2012-2020

## KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr.Wb

Puji syukur kehadiran Allah SWT, atas segala rahmat dan karunia-NYA sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir (LTA) dengan judul “Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Dengan *Latihan Range Of Motion (ROM)* Pasif Pada Pasien *Stroke Non Hemoragic (SNH)*” ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti. Laporan Tugas Akhir (LTA) terwujud atas bimbingan dan pengarahan dari Ibu Ns. Indaryani, M.Kep selaku pembimbing sekaligus penguji II serta bantuan dari berbagai pihak, oleh sebab itu pada kesempatan ini secara khusus penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Bunda Hj. Djusmalinar, SKM, M.Kes selaku Ketua STIKes Sapta Bakti Bengkulu, sekaligus ketua panitia penguji yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti Bengkulu.
2. Ibu Ns. Novi Lasmadasari, M.Kep selaku Wakil Ketua I STIKes Sapta Bakti Bengkulu.
3. Bunda Ns.Siska Iskandar, M.A.N selaku Ka. Prodi DIII Keperawatan STIKes Sapta Bakti Bengkulu yang telah membantu penulis untuk mendapatkan fasilitas dan dorongan moril dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.
4. Ns. Yayan Kurniawan, M.Kep selaku penguji I

Akhir kata, semoga Laporan Tugas Akhir ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Wassalamualaikum, wr.wb

Bengkulu, 09 Agustus 2021

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>ABSTRAK</b> .....	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vi</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>viii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>x</b>
<b>DAFTAR BAGAN</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xvii</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN</b> .....	<b>xviii</b>
<b>DAFTAR ISTILAH</b> .....	<b>xix</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xx</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	6
C. Tujuan .....	6
1. Tujuan Umum .....	6
2. Tujuan Khusus .....	6
D. Manfaat Penelitian.....	6
1. Bagi Peneliti selanjutnya.....	6
2. Bagi tempat penelitian.....	6
3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan.....	7
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Konsep Stroke .....	8
1. Definisi .....	9
2. Etiologi .....	9
3. Faktor Risiko .....	10
4. Anatomi dan Fisiologi.....	11
5. Klasifikasi .....	12
6. Manifestasi Klinis <i>stroke non hemoragic</i> .....	12
7. Patofisiologi .....	14
8. WOC .....	15
9. Komplikasi .....	17
10. Pemeriksaan Diagnostik.....	17
11. Penatalaksanaan .....	18
B. Konsep Kekuatan Otot .....	19
1. Definisi.....	19
2. Anatomi dan Fisiologi Sisitem Otot.....	20
3. Patofisiologi. ....	21
4. Faktor yang mempengaruhi peningkatan kekuatan otot. ....	22
5. Ukuran Lingkup Gerak Sendi Normal. ....	22
6. Pengukuran kekeuatan otot. ....	23
C. Konsep Terapi Komplementer Keperawatan : ROM.....	24
1. Definisi .....	24

2. Jenis.....	24
3. Indikasi dan Kontraindikasi .....	24
4. Tujuan .....	24
5. Manfaat .....	25
6. Standar Operasional Prosedur.....	25
7. Peran Perawat Dalam Terapi Komplementer.....	33
8. State of Art. ....	34
D. Konsep Masalah Keperawatan.....	38
1. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) .....	38
2. Defisit Nutrisi (D.0019) .....	40
3. Nyeri Akut (D.0077) .....	41
4. Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0129).....	42
5. Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119) .....	43
E. Konsep Asuhan Keperawatan. ....	45
1. Pengkajian .....	45
2. Diagnosa Keperawatan.....	51
3. Intervensi Keperawatan.....	54
 <b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
A. Desain Penelitian.....	60
B. Subjek Penelitian.....	60
C. Definisi Operasional.....	60
D. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	61
E. Tahapan Penelitian .....	62
F. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data .....	63
G. Analisa Data .....	63
H. Etika Penelitian .....	64
 <b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
A. Jalannya Penelitian.....	65
1. Persiapan .....	65
2. Pelaksanaan .....	65
B. Hasil .....	66
1. Gambaran Lokasi Penelitian .....	66
2. Pelaksanaan Studi Kasus.....	66
C. Pembahasan.....	118
1. Pengkajian Keperawatan.....	118
2. Diagnosa Keperawatan.....	120
3. Intervensi Keperawatan.....	121
4. Implementasi Keperawatan.....	122
5. Evaluasi Keperawatan.....	124
 <b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
A. Kesimpulan .....	125
B. Saran.....	128
 <b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	 <b>129</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Pengukuran Kekuatan Otot.....	21
Tabel 2.2	<i>State Of Art.</i> .....	34
Tabel 2.3	Tanda dan Gejala Gangguan Mobilitas Fisik. ....	39
Tabel 2.4	Tanda dan Gejala Defisit Nutrisi. ....	40
Tabel 2.5	Tanda dan Gejala Nyeri Akut. ....	41
Tabel 2.6	Tanda dan Gejala Gangguan Integritas Kulit .....	43
Tabel 2.7	Tanda dan Gejala Gangguan Komunikasi Verbal. ....	44
Tabel 2.8	Anamnesa.....	46
Tabel 2.9	Pemeriksaan Fisik. ....	48
Tabel 2.10	Analisa Data.....	52
Tabel 2.11	Intervensi Keperawatan. ....	56
Table 4.1	Asuhan Keperawatan .....	66
Table 4.2	Pemeriksaan Fisik .....	67
Table 4.3	Aktivitas sehari-hari responden 1 .....	71
Table 4.4	Aktivitas sehari-hari pasien 2 .....	72
Table 4.5	Analisa data responden 1 .....	73
Table 4.6	Analisa data responden 2 .....	75
Table 4.7	Intervensi Keperawatan .....	77
Tabel 4.8	Implementasi Responden 1 .....	79
Tabel 4.9	Implementasi Responden 2.....	101

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 WOC. ....	15
Bagan 3.1 Tahapan Penelitian.....	62

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Otak. ....	11
Gambar 2.2 Anatomi dan fisiologi sistem otot. ....	19
Gambar 2.3 Gerakan ROM Pada Leher. ....	27
Gambar 2.4 Gerakan ROM Pada Bahu. ....	28
Gambar 2.5 Gerakan ROM Pada Siku. ....	29
Gambar 2.6 Gerakan ROM Pada Lengan Bawah. ....	29
Gambar 2.7 Gerakan ROM pada Pergelangan Tangan. ....	30
Gambar 2.8 Gerakan ROM Pada Jari-jari Tangan. ....	30
Gambar 2.9 Gerakan ROM Pada Ibu Jari. ....	31
Gambar 2.10 Gerakan ROM Pada Pinggul. ....	31
Gambar 2.11 Gerakan ROM Pada Lutut. ....	32
Gambar 2.12 Gerakan ROM Pada Mata Kaki. ....	32
Gambar 2.13 Gerakan ROM Pada Kaki. ....	32
Gambar 2.14 Gerakan ROM Pada Jari Kaki. ....	33

**DAFTAR SINGKATAN**

<b>WHO</b>	: <i>World Health Organization</i>
<b>PPNI</b>	: Persatuan Perawat Nasional Indonesia
<b>SDKI</b>	: Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia
<b>BAK</b>	: Buang Air Kecil
<b>CVA</b>	: Cedera <i>Serebrovaskular</i>
<b>CVP</b>	: <i>Central Venous Pressure</i>
<b>CPP</b>	: <i>Cerebral Perfusion Pressure</i>
<b>CRT</b>	: <i>Cathode Ray Tube</i>
<b>DVT</b>	: <i>Deep Vein Thrombosis</i>
<b>ICP</b>	: <i>Integrated Care Pathways</i>
<b>WLE</b>	: <i>World Life Expectancy</i>
<b>ROM</b>	: <i>Range Of Motion</i>
<b>SNH</b>	: <i>Stroke Non Hemoragic</i>
<b>SH</b>	: Stroke Hemoragic
<b>TIK</b>	: Tekanan Intra Kranial
<b>MAP</b>	: <i>Maen Arterial Presur</i>
<b>MRI</b>	: <i>Magnetic Resonance Image</i>
<b>PAP</b>	: Pelayanan dan Asuhan Pasien
<b>PEEP</b>	: <i>Politically Exposed Person</i>
<b>PPOK</b>	: penyakit paru obstruktif kronis
<b>SOP</b>	: Standar Operasional Prosedur
<b>GCS</b>	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
<b>CRT</b>	: <i>Cardiac Resynchronization Therapy</i>

## DAFTAR ISTILAH

- Stroke** : Suatu kondisi dimana kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak sehingga menyebabkan sel-sel otak kekurangan darah, oksigen atau zat-zat makanan dan akhirnya dapat terjadi kematian sel-sel tersebut dalam waktu singkat.
- Hemoragic** : Merupakan suatu kondisi gawat darurat yang disebabkan oleh pecahnya salah satu pembuluh darah didalam otak
- Non Hemorgic** : Suatu kondisi yang disebabkan oleh adanya sumbatan pada aliran darah di otak
- Iskemik** : Kondisi dimana kekurangan suplai darah ke jaringan atau organ tubuh karena permasalahan pada pembuluh darah
- Malnutrisi** : Malnutrisi terjadi ketika tubuh tidak mendapatkan cukup nutrisi. Penyebabnya berupa pola makan yang buruk, kondisi pencernaan, atau penyakit lain.
- Vertigo** : Kondisi yang membuat penderitanya mengalami pusing, sampai merasa dirinya atau sekelilingnya berputar
- Afasia** : Gangguan berkomunikasi yang disebabkan oleh kerusakan pada otak.
- Ataksia** : Gangguan gerakan tubuh yang disebabkan masalah pada otak
- Afonia** : Kehilangan suara dan kemampuan untuk bicara.
- Autisme** : Gangguan perkembangan otak yang memengaruhi kemampuan penderita dalam berkomunikasi dan berinteraksi dengan orang lain.
- Hematoma** : Kumpulan darah tidak normal di luar pembuluh darah.

- Glaukoma** : Kerusakan saraf mata akibat meningkatnya tekanan pada bola mata. Meningkatnya tekanan bola mata ini terjadi akibat gangguan pada sistem aliran cairan mata.
- Hemiparesis** : Suatu kondisi di mana ada bagian tubuh pada salah satu sisi tubuh (kanan atau kiri) yang melemah sehingga susah untuk digerakkan
- Hipotensi** : kondisi ketika tekanan darah berada di bawah 90/60 mmHg.
- Disatria** : Kelainan pada sistem saraf sehingga mempengaruhi otot yang berfungsi untuk berbicara.
- Demensia** : Penyakit yang mengakibatkan penurunan daya ingat dan cara berpikir.
- Dislalia** : Ketidakmampuan berartikulasi yang disebabkan oleh kesalahan belajar atau tidak normalan pada organ-organ bicara luar dan tidak untuk kerusakan sistem syaraf pusat (atau ferifer); itu juga dinamakan gangguan artikulasi non-organik atau fungsional.
- Katarak** : Suatu penyakit ketika lensa mata menjadi keruh dan berawan
- Range Of Motion** : Merupakan suatu serangkaian gerakan yang terjadi pada persendian dari awal sampai akhir
- Paranoid** : Masalah psikologis yang ditandai dengan munculnya rasa curiga dan takut berlebihan.
- Osteoporosis** : Kondisi berkurangnya kepadatan tulang. Hal ini menyebabkan tulang menjadi keropos dan mudah patah

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Informed consent
- Lampiran 2 : Kriteria Responden
- Lampiran 3 : Lembar Observasi
- Lampiran 4 : Skala kekuatan otot
- Lampiran 5 : Dokumentasi
- Lampiran 6 : Surat pra penelitian
- Lampiran 7 : Surat izin penelitian
- Lampiran 8 : Surat selesai penelitian

## BAB I PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Stroke atau *Cerebro Vaskular Accident (CVA)* merupakan salah-satu penyakit serius yang mengancam jiwa. Stroke merupakan kerusakan pada otak yang terjadi ketika aliran darah atau suplai darah keotak tersumbat, adanya perdarahan atau pecahnya pembuluh darah. Perdarahan atau pecahnya pembuluh darah pada otak dapat menimbulkan terhambatnya penyediaan oksigen dan nutrisi ke otak (Fransisca, 2012).

Hal ini dapat menyebabkan berbagai masalah diantaranya penurunan kesadaran dan kelemahan otot. Stroke merupakan penyakit sistem persyarafan yang paling sering dijumpai. Stroke bisa terjadi pada setiap tingkat umur. Stroke klinis merujuk pada perkembangan neurologis defisit yang mendadak dan progresif. Stroke dapat didahului oleh banyak factor pencetus dan sering kali yang berhubungan dengan penyakit kronis yang menyebabkan masalah biasanya penyakit *vascular* yang berhubungan dengan peredaran darah. Secara garis besar stroke dibagi menjadi 2 yaitu *stroke hemoragic* dan *stroke non hemoragic* (Agustina 2019).

Berdasarkan data *WHO (World Health Organization)* stroke merupakan penyebab ketiga kematian dan penyebab keenam yang paling umum dari kecacatan. Sekitar 15 juta orang menderita stroke yang pertama kali setiap tahun, dengan sepertiga dari kasus ini atau sekitar 6,6 juta mengakibatkan kematian (3,5 juta perempuan dan 3,1 juta laki-laki). Presentase kematian dini karena stroke naik menjadi 94% pada orang dibawah usia 70 tahun (Fitrianingsih& Sari, 2019)

Di Indonesia setiap tahunnya angka kejadian stroke berkisar 800-1000 penderita, tidak heran jika negara indonesia mendapat predikat negara dengan angka stroke terbesar di Asia (Susilawati, F., 2018). Bahkan menurut *World Life Expectancy (2018)* Indonesia menduduki peringkat pertama dengan penderita stroke terbanyak di Dunia.

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menunjukkan bahwa jumlah penderita stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan (Nakes) diperkirakan sebanyak 713.783 orang (10,9%), sedangkan provinsi Jawa Barat memiliki estimasi jumlah penderita stroke sebanyak 131.846 orang (11,4%) dan diakhiri dengan provinsi Papua yang memiliki jumlah penderita paling sedikit yaitu 8.317 orang (4,1%) (Kemenkes.RI, 2014).

Berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kota Bengkulu terdapat 40 kasus *stroke non hemoragic* pada tahun 2016-2019 Di kecamatan Ratu Agung Di wilayah kerja Puskesmas sawah lebar Kota Bengkulu. Sedangkan dari data yang diperoleh dari Puskesmas sawah lebar terdapat sebanyak 54 kasus seluruh pasien stroke pada tahun 2020.

*Stroke Non Hemoragic (SNH)* merupakan suatu keadaan dimana terjadi sumbatan pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti (Nuratif & Kusuma, 2015). *Stroke non hemoragic* dapat berupa iskemia atau emboli dan trombosis serebral, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari. Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder. Terdapat dua kemungkinan penyebab terjadinya stroke non Hemoragic, penyebab utama adalah gumpalan darah yang terbentuk dipembuluh darah otak, sedangkan penyebab kedua adalah gumpalan darah yang terbentuk di bagian tubuh lain, namun terbawa hingga menuju otak. Gumpalan darah tersebut dapat menghentikan aliran darah menuju bagian otak tertentu sehingga terjadi sumbatan dan menyebabkan terjadinya stroke (Wijaya & Putri, 2013).

Otak sangat tergantung pada oksigen dan otak sendiri tidak memiliki cadangan oksigen. Jika aliran darah ke setiap bagian otak terhambat karena adanya trombus dan embolus, maka sangatlah mungkin jaringan otak akan mengalami kekurangan oksigen. Kekurangan dalam satu menit saja dapat mengarah pada gejala seperti penurunan kesadaran. Selanjutnya jika otak mengalami kekurangan oksigen dalam waktu yang lama dapat menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron-neuron, yang menyebabkan terjadinya *stroke non hemoragic* (Wijaya & Putri, 2013).

Hasil penelitian Sari khl *et all* (2015) menyatakan bahwa sekitar 90,0% mengalami gangguan fungsi motorik atau gangguan pada mobilitas fisik, Sebanyak (70,0%) seseorang mengalami penurunan kekuatan otot baik secara kategori isotonik maupun *isokinetic*, Selain penurunan kekuatan otot, juga terjadi penurunan rentang gerak (ROM) sekitar 59,3%. Disfungsi motorik yang tidak mendapatkan penanganan yang baik akan menimbulkan berbagai tingkat gangguan seperti penurunan tonus otot, hilangnya sensibilitas pada sebagian anggota tubuh, menurunnya kemampuan ekstremitas untuk menggerakkan anggota tubuh yang sakit dan ketidakmampuan dalam hal melakukan aktivitas tertentu. Apabila mobilisasi tidak dilakukan akan menyebabkan kontraktur.

Faktor yang mempengaruhi peningkatan kekuatan otot yaitu ditinjau dari segi faktor subjektif : adanya komplikasi penyakit, gender, tingkat aktivitas dan usia. Segi faktor psikologi: status kognitif, harapan, motivasi dari keluarga, depresi. Sedangkan dari segi faktor metodological yaitu: posisi subjek, peralatan yang digunakan, stabilitas, posisi persendian. Tipe serat otot, panjang otot, arsitektur otot (Sulistyaningsih, 2011).

Dari Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), PPNI Edisi I, (2016) masalah keperawatan yang terjadi pada penderita stroke yaitu gangguan mobilitas fisik, defisit nutris, nyeri akut, gangguan integritas kulit/jaringan, dan gangguan komunikasi verbal. Dari beberapa masalah keperawatan tersebut gangguan mobilitas fisik salah pencetus timbulnya masalah lain. Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas untuk melakukan gerakan mandiri . Penyebab dari gangguan mobilitas fisik yaitu, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, kekakuan sendi, kontraktur, gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuscular, gangguan kognitif, gangguan sensoripersepsi. Salah satu kondisi klinis yang terkait dengan gangguan mobilitas fisik adalah stroke. Gejala gangguan mobilitas fisik yang dialami penderita stroke seperti kesulitan melakukan gerakan ekstremitas, nyeri dan tampak kaku (PPNI, 2016).

Perawat memiliki peran penting dalam memberikan asuhan keperawatan dalam mengatasi gangguan mobilitas fisik pada penderita stroke. Pada masalah gangguan mobilitas fisik salah satu intervensi yang dapat dilakukan adalah Latihan Rentang Gerak/ *Range Of Motion (ROM)*. *Range of motion (ROM)* adalah serangkaian gerakan yang terjadi pada persendian dari awal sampai akhir gerakan (Widiarti, 2016).

*ROM* diklasifikasikan atas *ROM* aktif dan *ROM* pasif. *ROM* aktif Merupakan latihan gerak yang dilakukan dengan menggerakkan masing-masing persendihan sesuai dengan rentang gerak normal, sedangkan *ROM* pasif Merupakan latihan pergerakan perawat atau petugas lain yang menggerakkan persendihan pasien sesuai dengan rentang geraknya. Sendi yang digerakkan meliputi seluruh sendi dari kepala sampai ujung kaki. Indikasi *ROM* pasif diberikan pada pasien yang mengalami kelemahan otot lengan maupun otot kaki sehingga pasien memerlukan bantuan perawat atau keluarga (Widiarti, 2016). Tujuan dilakukannya *ROM* adalah untuk mengidentifikasi adanya keterbatasan gerakan, mengurangi dampak dari imobilisasi, mencegah terjadinya kontraktur dan memenuhi kebutuhan aktivitas klien (Kisner&Allen, 2017). Dampak apabila tidak diberikan rehabilitasi *ROM* yaitu dapat menyebabkan kekakuan otot dan sendi, aktivitas sehari-hari pasien dapat bergantung total pada keluarga dan pasien sulit untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari (Yurida, 2017).

Indikasi dalam pemberian latihan *ROM* adalah klien yang mempunyai keterbatasan mobilitas sendi karena penyakit dan klien yang tidak mampu melakukan mobilisasi karena trauma. Sedangkan kontraindikasi latihan *ROM* dan tingkat kewaspadaan saat dilakukan terapi *ROM* yaitu terapi *ROM* tidak boleh diberikan jika gerakan mengganggu proses penyembuhan cedera. Peningkatan nyeri dan inflamasi adalah tanda dari gerakan yang salah atau gerakan yang terlalu banyak serta *ROM* tidak boleh dilakukan bila respon atau kondisi pasien membahayakan keselamatan. Pada keadaan setelah bedah penyakit jantung koroner atau *angioplasty coroner transluminal perkutan, infark otot jantung*, *ROM* pada ekstremitas atas dan pembatasan aktivitas

berjalan boleh dilakukan terpi dibawah pengawasan gejala yang seksama (Kisner & Allen 2017)

Hasil penelitian yang dilakukan Ni'mah & Nadhiroh (2015) adalah terjadinya peningkatan nilai kekuatan otot tangan dan kaki sebelum dan sesudah pemberian *ROM* . Hal ini membuktikan bahwa *ROM* berpengaruh dalam meningkatkan kekuatan otot tangan dan kaki responden. Artinya terdapat perbedaan kekuatan otot tangan dan kaki sebelum dan sesudah pemberian *ROM*.

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Bakara & Surani (2016) adalah penelitian ini terdapat 20 responden dimana 10 (50%) responden tidak mendapat latihan dan pada 10 (50%) responden mendapat latihan *ROM*, dari 10 orang responden pada kelompok intervensi terdapat 7 (70%) responden mengalami peningkatan kekuatan otot dan hanya sebagian kecil 3 (30%) responden tidak mengalami peningkatan kekuatan otot.

Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Yudha & Amatiria (2014) adalah menunjukkan terjadi peningkatan nilai rata-rata kekuatan otot hari pertama dan hari ke 28 sebesar 0,45. Hal ini berarti bahwa *Range Of Motion (ROM)* memiliki pengaruh terhadap kekuatan otot responden dimana terdapat perbedaan yang signifikan antara nilai kekuatan otot hari pertama dengan hari ke 28.

Berdasarkan hasil survei awal di wilayah kerja puskesmas sawah lebar, dimana tindakan *ROM* sangat minim dilakukan pada pasien *stroke non hemoragic*, kurangnya pengetahuan pasien dan keluarga membuat *rom* jarang dilakukan dilingkungan masyarakat ,oleh karena itu membuat peneliti tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien *stroke non hemoragic*, khususnya dengan intervensi latihan *ROM* pasif.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas, maka peneliti menyusun rumusan masalah yaitu adalah “Bagaimana gambaran penerapan asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik dengan latihan *range of motion (ROM)* pasif pada pasien *stroke non hemoragic (SNH)*”

## **C. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Diketuinya gambaran penerapan asuhan keperawatan pasien *stroke non hemoragic* dalam pemenuhan kebutuhan mobilisasi fisik.

### **2. Tujuan Khusus**

- a) Diketuinya gambaran penerapan pengkaji klien *stroke non hemoragic*.
- b) Diketuinya gambaran rumusan diagnosa keperawatan pada klien *stroke non hemoragic*.
- c) Diketuinya gambaran intervensi keperawatan pada klien *stroke non hemoragic*.
- d) Diketuinya gambaran implementasi keperawatan pada klien *stroke non hemoragic*.
- e) Diketuinya gambaran evaluasi tindakan keperawatan pada klien *stroke non hemoragic*.

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Bagi Peneliti selanjutnya**

Studi kasus ini dapat dijadikan sebagai bahan acuan untuk menambah bukti baru tentang “Asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik dengan latihan *range of motion (ROM)* pasif pada pasien *stroke non hemoragic (SNH)*”, serta sebagai kajian pustaka bagi mereka yang akan melakukan penelitian dalam bidang yang sama.

## **2. Bagi Tempat Penelitian**

Menambah wawasan, inovasi, dan informasi serta memberikan edukasi pada tenaga kesehatan khususnya perawat yang mana nantinya tenaga kesehatan tersebut khususnya perawat memberikan edukasi tentang pentingnya manfaat *ROM* pada pasien dan keluarga dalam rangka meningkatkan pelayanan asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik dengan latihan *range of motion (ROM)* yang tadinya *ROM* dilakukan tidak maksimal sehingga dapat dilakukan dengan maksimal.

## **3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan**

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan untuk memperbaiki dan mengembangkan ataupun kualitas pembelajaran, khususnya yang berkaitan dengan pemberian teknik *ROM* pada gangguan mobilitas fisik pada pasien *stroke non hemoragic*.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Stroke

##### 1. Definisi

Stroke atau *Cedera Serebro Vaskular (CVA)*, adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak sehingga menyebabkan sel-sel otak kekurangan darah, oksigen atau zat-zat makanan dan akhirnya dapat terjadi kematian sel-sel tersebut dalam waktu relatif singkat. Stroke merupakan penyakit sistem persyarafan yang paling sering dijumpai. Stroke bisa terjadi pada setiap tingkat umur. Stroke klinis merujuk pada defisit perkembangan neurologis yang mendadak dan dramatis. Stroke dapat didahului oleh banyak faktor pencetus dan sering kali yang berhubungan dengan penyakit kronis yang menyebabkan masalah biasanya penyakit *vascular* yang berhubungan dengan peredaran darah (Agustina, 2019).

Stroke adalah gangguan fungsional yang terjadi secara mendadak berupa tanda-tanda klinis baik lokal maupun global yang berlangsung lebih dari 24 jam atau dapat menimbulkan kematian yang disebabkan gangguan peredaran darah ke otak, antara lain peredaran darah sub arakhnoid, peredaran intra serebral dan infark serebral (Nur'aeni Y R, 2017).

Stroke adalah gangguan yang menyerang otak secara mendadak dan berkembang cepat yang berlangsung lebih dari 24 jam ini disebabkan oleh iskemik maupun Hemoragic di otak sehingga pada keadaan tersebut suplai oksigen ke otak terganggu dan dapat mempengaruhi kinerja saraf di otak, yang dapat menyebabkan penurunan kesadaran. Penyakit stroke biasanya disertai dengan adanya peningkatan Tekanan Intra Kranial (TIK) yang ditandai dengan nyeri kepala dan mengalami penurunan kesadaran (Ayu R D, 2018).

Peneliti menyimpulkan stroke adalah kerusakan jaringan otak yang disebabkan oleh berkurangnya (terhenti) suplay darah secara tiba-tiba ke otak sehingga suplay oksigen ke otak terganggu yang menyebabkan penderita mengalami penurunan kesadaran, penurunan massa otot dan defisit nutrisi.

## **2. Etiologi**

Stroke dapat disebabkan karena faktor berikut ini :

Faktor yang dapat diubah :

### **a. Hipertensi**

Merupakan faktor resiko utama terjadinya stroke. Hipertensi biasanya disebabkan oleh aterosklerosis pembuluh darah serebral, sehingga pembuluh darah tersebut mengalami penebalan dan degenerasi yang kemudian pecah dan menimbulkan perdarahan.

### **b. Diabetes melitus**

Pada penyakit diabetes melitus merupakan penyakit yang mengalami penyakit paskuler, sehingga dapat terjadi mikro paskularisasi dan aterosklerosis, terjadinya aterosklerosis menyebabkan emboli yang kemudian menyumbat dan terjadi iskemia, kemudian iskemia menyebabkan perfusi otak menurun dan pada akhirnya terjadi stroke.

### **c. Penyakit jantung**

Misalnya penyakit embolisme serebral yang berasal dari jantung seperti penyakit arteri koronaria, gagal jantung kongstif, miocard infark, hipertrifibrilasi ventrikel kiri. Pada fibrilasi atrium menyebabkan penurunan karbon monoksida, sehingga perfusi darah ke otak menurun, maka otak akan kekurangan oksigen dan akhirnya dapat terjadi stroke. Pada aterosklerosis elastisitas pembuluh darah menurun, sehingga perfusi ke otak menurun juga sehingga terjadi stroke.

### **d. Obesitas**

Pada penderita obesitas biasanya kadar kolestrol tinggi. Dan selain itu kemungkinan memiliki penyakit hipertensi karena terjadi gangguan pada pembuluh darah. Keadaan ini merupakan kontribusi pada stroke.

e. Kebiasaan merokok dan minum alkohol

Pada seorang perokok biasanya akan timbul plaque pada pembuluh darah oleh nikotin sehingga memungkinkan penumpukan aterosklerosis dan akan berakibat pada stroke. Pada alkohol dapat menyebabkan penyakit hipertensi, penurunan aliran darah ke otak dan kardiak aritmia serta kelainan motilitas pembuluh darah sehingga dapat terjadi emboli selebral.

f. Kolesterol tinggi

Peningkatan kolesterol pada tubuh dapat mengakibatkan aterosklerosis dan terbentuknya emboli lemak sehingga aliran darah lambat masuk ke otak sehingga menyebabkan perfusi otak menurun.

Faktor yang tidak dapat diubah :

a. Umur

Semakin tua usia maka rentan berisiko terkena stroke, dimana semua tubuh mengalami pemunduran fungsi termasuk pembuluh darah ke otak.

b. Jenis kelamin

Pria lebih sering ditemukan menderita stroke dibanding wanita, hal tersebut dikarenakan faktor-faktor risiko lebih banyak dilakukan oleh pria, misal merokok dan minum alkohol.

c. Genetik

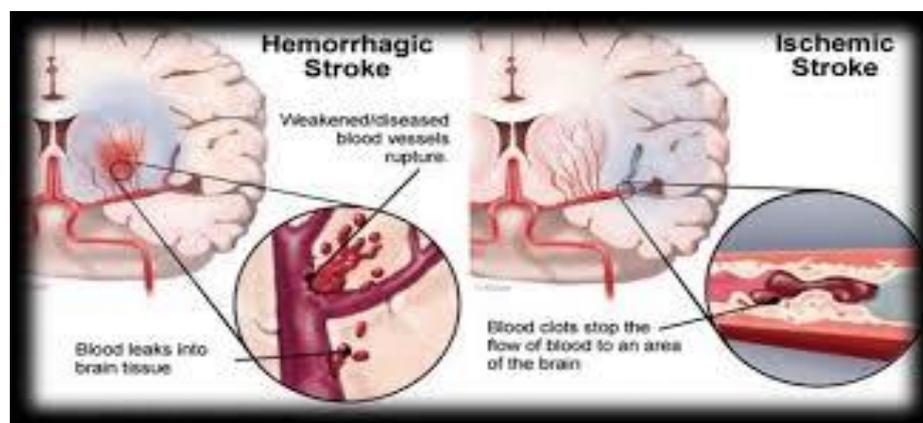
Adanya riwayat keluarga yang mengalami stroke.  
(Ningrum, 2020)

### 3. Faktor Risiko

penyebab *stroke non hemoragic* yang tidak dapat diubah adalah faktor jenis kelamin, umur, dan genetik dan faktor yang dapat diubah adalah seperti hipertensi, penyakit jantung, kolesterol tinggi, obesitas, diabetes melitus, polisitemia, merokok, peminum alkohol, obat-obatan terlarang, aktivitas yang kurang, makanan, umur yang semakin tua dan tempat tinggal di kota bukan lagi merupakan faktor risiko, akan tetapi hal ini disebabkan oleh gaya hidup. Kemajuan teknologi dan globalisasi mendorong masyarakat Indonesia mengalami perubahan pola hidup. Pola

hidup yang awalnya sehat, saat ini berubah menjadi pola hidup tidak sehat seperti makan makanan instan, merokok, kurang berolahraga, minum alkohol, kerja berlebihan. Penderita stroke akan mengalami kehilangan fungsi motorik dan sensorik yang mengakibatkan hemiparesis, hemiplegia, serta ataksia. Akibat adanya gangguan motorik pada otak, maka otot akan diistirahatkan sehingga menyebabkan atrofi otot. Atrofi otot menyebabkan kekakuan otot, sehingga otot yang kaku tersebut dapat mengalami keterbatasan gerak pada pasien stroke (Ariani, 2012).

#### 4. Anatomidan Fisiologi



Gambar :2.1(Sumber Evelyn C. Pearce, 2011)

Otak manusia kira-kira 2% dari berat badan orang dewasa (3lbs). Otak menerima 20% dari curah jantung dan memerlukan sekitar 20% pemakaian oksigen tubuh, dan sekitar 400 kilo kalori energi setiap harinya. Secara anatomis sistem saraf tepi dibagi menjadi 31 pasang saraf spinal dan 12 pasang saraf *cranial*.

Saraf perifer terdiri dari neuron- neuron yang menerima pesan-pesan neural sensorik (*afere*) yang menuju ke system saraf pusat, dan atau menerima pesan-pesan neural motorik (*efere*) dari system saraf pusat. Saraf spinal menghantarkan pesan-pesan tersebut maka saraf spinal dinamakan saraf campuran. 12 Sistem saraf *somatic* terdiri dari saraf campuran. Bagian *afere* membawa baik informasi sensorik yang disadari maupun informasi sensorik yang tidak disadari. Sistem saraf otonom merupakan sistem saraf campuran. Serabut-serabut *afere* membawa masukan dari organ- organ *visceral*. Saraf parasimpatis adalah

menurunkan kecepatan denyut jantung dan pernafasan, dan meningkatkan pergerakan saluran cerna sesuai dengan kebutuhan pencernaan dan pembuangan

## 5. Klasifikasi

Stroke diklasifikasikan menjadi dua :

### a. *Stroke Haemorrhagic (SH)*

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.

### b. *Stroke Non Hemorrhagic (SNH)*

Stroke non Hemorrhagic ialah tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti (Nuratif & Kusuma, 2015). *Stroke non hemorrhagic* dapat berupa iskemia atau emboli dan trombosis serebral, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari. Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder (Wijaya & Putri, 2013)

## 6. Manifestasi Klinis *Stroke Non Hemorrhagic*

### a. Kelumpuhan wajah dan bagian tubuh.

Dalam menggerakkan tubuh otot bekerja sama dengan tulang, saraf, dan jaringan penghubung antara otot saraf dan tulang. Ketika salah satu jaringan mengalami gangguan pada pembuluh darah yang mengakibatkan sumbatan atau pecahnya pembuluh darah sehingga menyebabkan suplai oksigen dan nutrisi ke otak menurun dan akhirnya terjadi penurunan masa otot.

### b. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan.

Akibat sumbatan pembuluh darah otak mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi berkurang sehingga terjadi penurunan masa otot pada bagian satu anggota tubuh atau lebih yang menyebabkan penderita tidak mampu merasakan sentuhan atau tekanan pada bagian tertentu.

c. Disfagia (kesulitan menelan)

Disfagia terjadi karena adanya perubahan masa otot menelan dan menyunyah pada penderita stroke.

d. Afasia, pelo dan gagap

Afasia terjadi akibat kerusakan pada otak yang disebabkan penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah pada otak.

e. Ataksia (gangguan gerakan tubuh) anggota badan.

Disebabkan karena kerusakan otak, syaraf, dan otot.

f. Nyeri kepala atau Vertigo

Serangan stroke dapat mengganggu sensasi pendengaran dan fungsi vestibular (sebuah sistem yang bertanggung jawab terhadap orientasi tubuh) hal ini menyebabkan penderita mengalami penurunan sensasi dan gangguan perpindahan posisi tubuh akibatnya menimbulkan, nyeri kepala atau vertigo.

g. Kelemahan anggota gerak

Kelemahan anggota gerak disebabkan terjadinya disfungsi syaraf XI. Aksesorius.

h. Hematoma

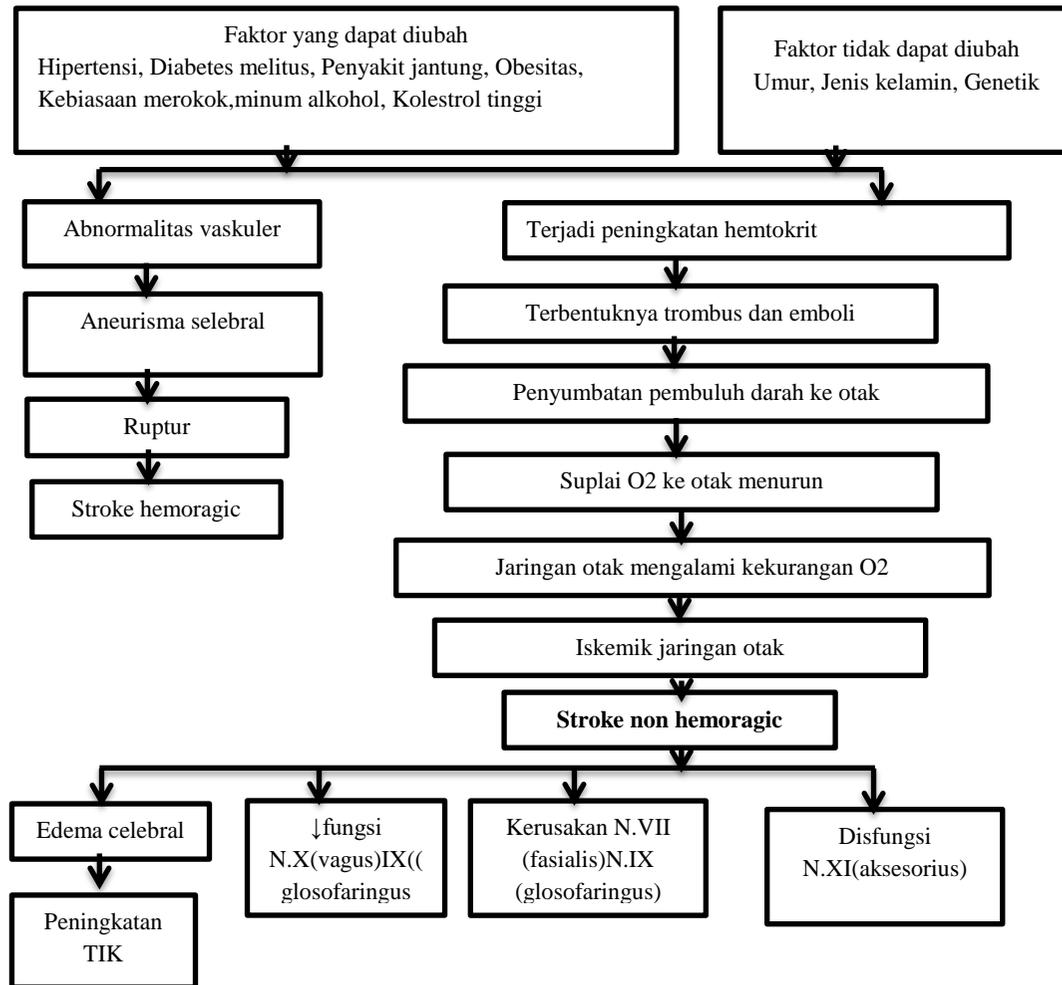
Adalah kondisi dimana gumpalan tidak normal di luar pembuluh darah, kondisi ini terjadi akibat dinding pembuluh darah arteri, vena, atau kapiler yang mengalami kerusakan akibat sumbatan atau pecahnya pembuluh darah sehingga darah keluar menuju jaringan yang bukan tempatnya (PPNI, 2016).

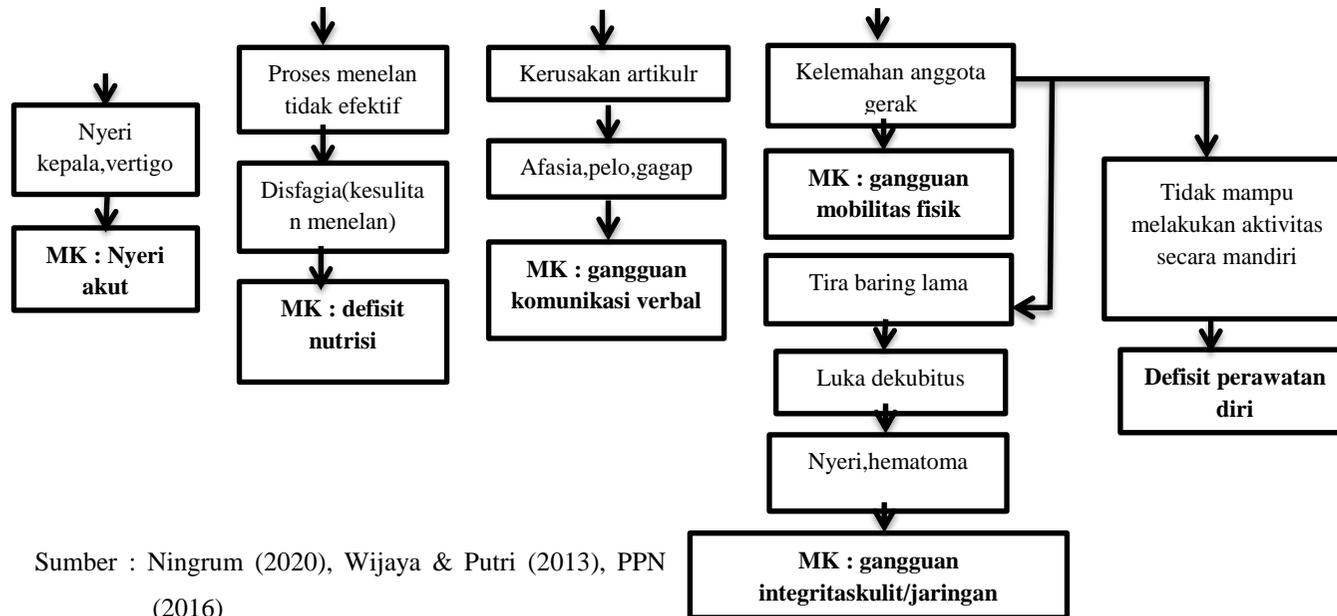
## 7. Patofisiologi

Otak sangatlah unik, dimana otak sangat bergantung pada oksigen namun di sisi lain otak sendiri tidak memiliki cadangan oksigen. Jika aliran darah ke setiap bagian otak terhambat karena adanya trombus (gumpalan darah) dan embolus (adanya gelembung udara), maka sangatlah mungkin jaringan otak akan mengalami kekurangan oksigen. Kekurangan dalam satu menit saja dapat mengarah pada gejala seperti penurunan kesadaran. Selanjutnya jika otak mengalami kekurangan oksigen dalam waktu yang lama dapat menyebabkan *nekrosis mikroskopik neuron-neuron*, yang menyebabkan terjadinya *stroke non hemoragic*. Kekurangan oksigen pada awalnya akibat dari iskemia (henti jantung atau hipotensi) dan hipoksia akibat dari proses anemia dan kesukaran untuk bernafas. Stroke embolus sendiri merupakan akibat dari bekuan darah, plaque, dan ateroma fragmen lemak. Jika etiologi stroke adalah *hemoragic* maka faktor pencetus utama adalah hipertensi. Abnormalitas vaskuler, *aneurisma* serabut mengakibatkan *rupture* dan menyebabkan *hemoragic*.

Pada stroke trombosis atau metabolik maka otak mengalami iskemia dan infark sulit ditentukan. Ada peluang dominan stroke akan meluas setelah serangan pertama sehingga terjadi edema serebal dan peningkatan TIK (Tekanan Intra Kranial) dan kematian otak pada area yang lebih luas. Prognosisnya tergantung pada daerah otak yang terkena iskemia. Gangguan pasokan aliran darah dapat terjadi dimana saja didalam arteri-arteri yang membentuk sirkulasi willisi: arteria karotisinterna dan sistem vertebrobasilar dan semua cabang- cabangnya, secara umum apabila aliran darah ke jaringan otak terputus selama 15 menit maka akan terjadi infark atau kematian jaringan. Oklusi di suatu arteri tidak selalu menyebabkan infark di daerah otak yang terjadi perdarahan yang disebabkan oleh arteri tersebut (Wijaya & Putri,2013

### 8. Way Of Cause (WOC)





Sumber : Ningrum (2020), Wijaya & Putri (2013), PPN (2016)

## 9. Komplikasi

Komplikasi stroke meliputi *hipoksia* serebral, penurunan aliran darah serebral dan luasnya area cedera yang dapat mengakibatkan perubahan pada aliran darah serebral sehingga ketersediaan oksigen ke otak menjadi berkurang dan akan menimbulkan kematian jaringan otak (Bakarah, & Jauhar 2013).

Komplikasi Stroke Menurut (Pudiastuti, 2011) pada pasien stroke yang berbaring lama dapat terjadi masalah fisik dan emosional diantaranya:

- a. Bekuan darah (Trombosis) Mudah terbentuk pada kaki yang lumpuh menyebabkan penimbunan cairan, pembengkakan (edema) selain itu juga dapat menyebabkan embolisme paru yaitu sebuah bekuan yang terbentuk dalam satu arteri yang mengalirkan darah keparu.
- b. Dekubitus Bagian tubuh yang sering mengalami memar adalah pinggul, pantat, sendi kaki dan tumit. Bila memar ini tidak pengaruh dirawat dengan baik maka akan terjadi ulkus dekubitus daninfeksi.
- c. Pneumonia Pasien stroke tidak bisa batuk dan menelan dengan sempurna, hal ini menyebabkan cairan terkumpul di paruparu dan selanjutnya menimbulkanpneumoni.
- d. Atrofi dan kekakuan sendi (Kontraktur) Hal ini disebabkan karena kurang gerak danimmobilisasi.
- e. Depresi dan kecemasan Gangguan perasaan sering terjadi pada stroke dan menyebabkan reaksi emosional dan fisik yang tidak diinginkan karena terjadi perubahan dan kehilangan fungsi tubuh.

## 10. Pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasiendengan stroke non Hemoragic adalah sebagai berikut (Radaningtyas, 2018).

- a. *Angiografi* serebral Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruktif arteri, oklusi / ruptur.
- b. *Elektro encefalography* Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak atau mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

- c. *Sinar x tengkorak* Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari masa yang luas, klasifikasi karotis interna terdapat pada trobus serebral. Klasifikasi persial dinding, aneurisma pada pendarahan sub arachnoid.
- d. *Ultrasonography Doppler* Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah system arteri karotis/alioran darah/muncul plaque / arterosklerosis)
- e. *CT-Scan* Memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia, dan adanya infark.
- f. *Magnetic Resonance Imagine (MRI)* Menunjukkan adanya tekanan anormal dan biasanya ada thrombosis, emboli, dan TIA, tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukkan, hemoragi sub arachnois / perdarahan intakranial.
- g. Pemeriksaan *photo thorax* Dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensi kronis pada penderita stroke, menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah berlawanan dari massa yang meluas.
- h. Pemeriksaan laboratorium
  - 1) Fungsi lumbal: tekanan normal biasanya ada thrombosis, emboli dan TIA. Sedangkan tekanan yang meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan *subarachnoid* atau *intracranial*. Kadar protein total meninggal pada kasus thrombosis sehubungan dengan proses inflamasi.
  - 2) Pemeriksaan darah rutin.
  - 3) Pemeriksaan kimia darah: pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah mencapai 250 mg dalam serum dan kemudian berangsur-angsur turun kembali

## 11. Penatalaksanaan

### a. Penatalaksanaan keperawatan

- 1) Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot d.t rentang gerak menurun
- 2) Defisit nutrisi b.d otot menelan lemah d.t ketidak mampuan menelan makanan.
- 3) Nyeri akut b.d agen pencederan fisiologi (iskemia) d.t klien tampak meringis dan tekanan darah meningkat.
- 4) Gangguan integritas kulit/jaringan b.d penurunan mobilisasi d.t hematoma
- 5) Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskuler d.t klien menunjukkan respon tidak sesuai

### b. Penatalaksanaan Medis

#### 1) Non pembedahan

- a) Terapi *antikoagulan* Kontraindikasi pemberian terapi antikoagulan pada klien dengan riwayat ulkus, eremia dan kegagalan hepar. Sodium heparin diberikan secara subkutan atau melalui IV drip.
- b) *Phenytonin (Dilantin)* dapat digunakan untuk mencegah kejang.
- c) *Enteris-coated*, misalnya aspirin dapat digunakan untuk lebih dulu menghancurkan trombotik dan embolik.
- d) *Epsilon-aminocaproic acid (Amicar)* dapat digunakan untuk menstabilkan bekuan diatas aneurisma yang ruptur.
- e) *Calcium channel blocker (Nimodipine)* dapat diberikan untuk mengatasi vasospasme pembuluh darah.

#### 2) Pembedahan

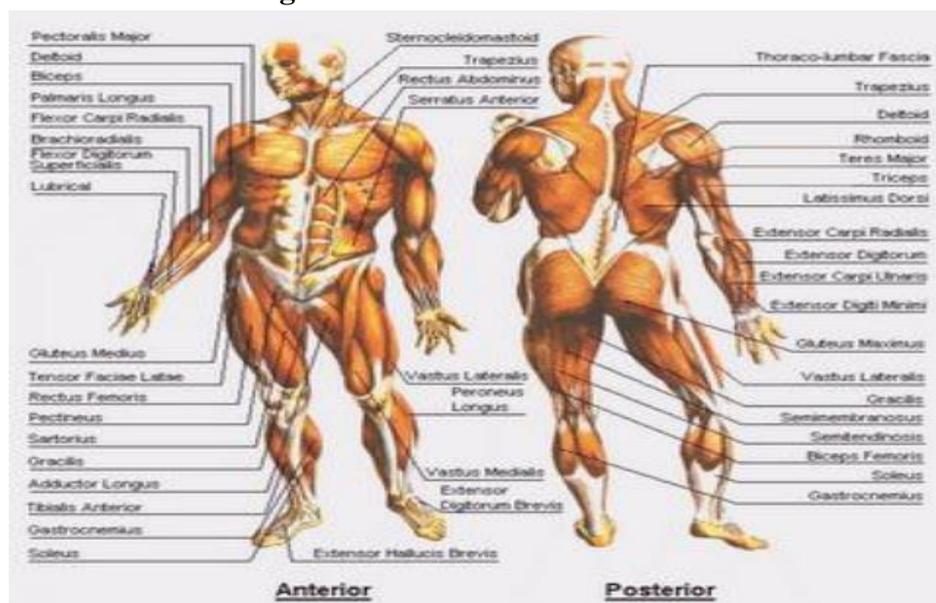
- a) Karotid endarteretomi untuk mengangkat *plaque atherosclerosis*
- b) Superior temporal arteri-middle serebra arteri anatomisis dengan melalui daerah yang tersumbat dan menetapkan kembali aliran darah pada daerah yang dipengaruhi.

## B. Konsep Kekuatan Otot

### 1. Defini

Kekuatan otot adalah kemampuan otot untuk bergerak dan menggunakan kekuatannya dalam rentang waktu yang cukup lama. Kekuatan memiliki usaha maksimal, usaha maksimal ini dilakukan oleh otot untuk mengatasi waktu tahanan. Kekuatan otot memiliki beberapa faktor yang dapat mempengaruhinya yaitu pegangan, dimensi otot dan nyeri yang dialami oleh seorang individu. Kekuatan otot dipengaruhi oleh otot skelet (otot lurik) yang berperan dalam gerakan tubuh, postur dan fungsi produksi panas. Otot ini dihubungkan oleh tendon atau tali jaringan ikat fibrus, ke tulang, jaringan ikat atau kulit. Kontraksi otot dapat menyebabkan dua titik perlekatan mendekat satu sama lain. Otot akan berkembang dengan baik apabila digunakan secara aktif (Bunner & Suddarth 2011).

### 2. Anatomi dan fisiologi sistem otot



Gambar 2.2 anatomi sistem otot

Terdapat tiga jenis otot di dalam tubuh manusia. Masing-masingnya mengalami mekanisme kerja otot yang berbeda-beda.

#### a. Otot lurik

Otot lurik adalah jenis otot yang bisa Anda kendalikan secara sadar, mengingat otot ini yang digunakan untuk bergerak. Otot lurik juga dikenal sebagai otot rangka, yaitu otot yang melekat pada tulang. Oleh

sebab itu, saat otot ini Anda gerakkan, tulang yang melekat pada otot tersebut ikut bergerak. Otot dan tulang ini diikat oleh tendon yang akan ikut bergerak saat otot mengalami kontraksi.

b. Otot polos

Sementara itu, otot polos merupakan jenis otot yang tidak bisa dikendalikan secara sadar. Otot polos ini bisa ditemukan pada organ dalam tubuh, seperti pembuluh darah, saluran pencernaan, saluran kencing, dan uterus. Mekanisme kerja otot ini terjadi secara otomatis, di mana otot akan berkontraksi secara perlahan dengan ritme tersendiri berdasarkan aktivitas yang terjadi pada tubuh anda.

c. Otot jantung

Sama halnya dengan otot polos, otot jantung juga tidak dapat Anda kendalikan secara sadar pergerakannya. Mekanisme kerja otot jantung pun terjadi secara otomatis, sesuai dengan kebutuhan tubuh, dan dengan ritme tertentu (Arifin, S., Yani, S, 2013)

### 3. Patofisiologi

Kontraksi serabut otot dapat menghasilkan kontraksi isotonik dan *isometrik*. Kontraksi isotonik ditandai dengan pendekatan otot tanpa peningkatan tegangan dalam otot, bisa dicontohkan seperti fleksi lengan atas. Sedangkan kontraksi isometrik yaitu panjang otot tetap konstan tetapi tenaga yang dihasilkan oleh otot meningkat seperti ketika mendorong dinding yang tidak bisa digerakan. Pada aktivitas normal kebanyakan gerakan otot adalah kombinasi antara kontraksi isotonik dan isometrik misalnya pada waktu berjalan, kontraksi isotonik akan menyebabkan pemendekaan tungkai, dan sela kontraksi isometrik, kekakuan tungkai akan mendorong lantai. Gangguan otot dapat disebabkan oleh kekurangan zat makanan tertentu, seperti kalsium. Selain itu terkumpulnya produk beracun, penyakit, luka, otot yang lama tidak berfungsi, dan kesalahan hubungan saraf. Berikut beberapa gangguan otot: Fibrosis Menumpuknya serat kolagen yang jumlahnya berlebihan pada otot yang secara normal tidak ada. Dengan adanya jaringan fibrosa maka otot akan degenerasi sehingga tidak bisa berkontraksi. Fibrositis Peradangan jaringan fibrosa, menyebabkan rasa sakit karena terjadi kekakuan pada jaringan fibrosa dan

otot yang dilapisinya. Distrofi otot Degenerasi otot yang diturunkan dan menyebabkan otot rangka menjadi lemah sehingga penderita seperti mengalami kelumpuhan. Miastenia gravis Keadaan melemahnya otot rangka terutama daerah muka dan tenggorokan yang disebabkan gangguan pada persambungan saraf otot. Biasanya menyerang orang dewasa, yaitu wanita usia 18-25 tahun dan laki-laki usia di atas 40 tahun (Bunner&Suddarth, 2011).

#### 4. Faktor yang mempengaruhi peningkatan kekuatan otot

- Faktor Subjektif, faktor ini meliputi hasil pemeriksaan kesehatan secara menyeluruh, adanya penyakit, gender, tingkat aktivitas dan usia.
- Faktor Psikologi, status kognitif, harapan, motivasi, depresi, tekanan dan kecemasan menjadi faktor yang mempengaruhi kekuatan otot.
- Faktor metodological yaitu posisi subjek, peralatan yang digunakan, stabilitas, posisi persendian.
- Faktor otot faktor ini terdapat pada otot tiap individu yang didalam struktur otot terdapat tipe serat otot, panjang otot, arsitektur otot, lokasi otot, serta pengaruh latihan pada otot.
- Faktor pengukuran faktor ini didefinisikan lebih ke pelaksanaan operasional, rehabilitasi dan validitas alat untuk yang digunakan Menurut Sulistyaningsih (2011).

#### 5. Ukuran Lingkup Gerak Sendi norma (LGS)

Menurut Aras, D, (2017) LGS Normal

GERAKAN	ROM NORMAL
<b>CERVICAL</b>	
Ekstensi/Fleksi	S.45° - 0° - 40°
Lat,Fleksi Destra/Sinistra	F.45° - 0° - 45°
Rotasi Destra/Sinistra	R.50° - 0° - 50°
<b>DADA &amp; LUMBAL</b>	
Ekstensi/Fleksi	S.30° - 0° - 85°
Lat,Fleksi Destra/Sinistra	F.30° - 0° - 30°
Rotasi Destra/Sinistra	R.45° - 0° - 45°
<b>BAHU</b>	
Ekstensi/fleksi	S.50° - 0° - 170°
Abduksi/Adduksi	F.170° - 0° - 75°
Abd/Add Horizontal	T.30° - 0° - 135°
Ekso/Endorotasi	R.90° - 0° - 80°

<b>SIKU</b>	
Ekstensi/fleksi	S.0° - 0° - 150°
Supinasi/Pronasi	R.90° - 0 - 80°
<b>PERGELANGAN</b>	
<b>TANGAN</b>	
Ekstensi/Fleksi	S.50° - 0° - 60°
Radial/ulnar Deviasi	F.20° - 0° - 30°
<b>JEMPOL</b>	
Ekstensi/Fleksi	S.0° - 0° - 50°
Abduksi/Adduksi	F.30° - 0 - 70°
<b>JARI-JARI TANGAN</b>	
Ekstensi/fleksi Tumb	S,90° - 0° - 55°
Ekstensi/Fleksi Jari 2-5	S.45° - 0° - 90°
Abduksi/Adduksi	F.30° - 0° - 0°
<b>PANGGUL</b>	
Ekstensi/fleksi	S.15° - 0° -125°
Abd/Adduksi	F.45° - 0° - 15°
Ekso/Endorotasi	R.45° - 0° - 45°
<b>LUTUT</b>	
Ekstensi/Fleksi	S.0° - 0° - 135°
Ekso/Endorotasi	R.40° - 0° - 35°
<b>ANKLE</b>	
Plantar/Dorso fleksi	S.20° - 0° - 35°
Eversi/Inversi	R.30° - 0° - 20°
<b>JARI-JARI KAKI</b>	
Ekstensi/Fleksi	S.40° - 0° - 40°

## 6. Pengukuran kekuatan otot

Kekuatan otot dinyatakan dengan menggunakan angka 0-5 yaitu :

Tabel 2.1 pengukuran kekuatan otot

SKALA	NILAI	KEMAMPUAN
NORMAL	5	Mampu menggerakkan persendian dalam lingkup gerak penuh, mampu melawan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahan penuh
SEDANG	4	Mampu menggerakkan persendian gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahanan sedang
BAIK	3	Bisa melawan gravitasi tetapi tidak dapat menahan
BURUK	2	Ada gerakan pada sendi tetapi tidak dapat melawan gravitasi
SEDIKIT	1	Tidak ada gerakan, teraba kontraksi otot

---

TIDAK	0	Lumpuh total
-------	---	--------------

---

(Potter & Perry, 2009)

### C. Konsep Terapi Komplementer Keperawatan : ROM

Pada masalah gangguan mobilitas fisik salah satu intervensi yang mungkin adalah *Range Of Motion(ROM)/*Latihan Rentang Gerak.

#### 1. Definisi

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

#### 2. Jenis

##### 1) *ROM* aktif

Merupakan latihan gerak yang dilakukan dengan menggerakkan masing-masing persendihan sesuai dengan rentang gerak normal. Sendi yang digerakkan meliputi seluruh sendi dari kepala sampai ujung kaki.

##### 2) *ROM* pasif

Merupakan latihan pergerakan perawat atau petugas lain yang menggerakkan persendihan pasien sesuai dengan rentang geraknya. Menurut (Widiarti, 2016)

#### 3. Indikasi dan Kontraindikasi

##### 1) Indikasi

- a) Klien yang mempunyai keterbatasan mobilitas sendi karena penyakit
- b) Klien yang tidak mampu melakukan mobilisasi karena trauma.

##### 2) Kontraindikasi *ROM*

- a) Terapi *ROM* tidak boleh diberikan jika gerakan mengganggu proses penyembuhan cedera. Peningkatan nyeri dan inflamasi adalah tanda dari gerakan yang salah atau gerakan yang terlalu banyak.

b) *ROM* tidak boleh dilakukan bila respon atau kondisi pasien membahayakan keselamatan. Pada keadaan setelah bedah pisau arteri koroner atau angioplasty koroner transluminal perkutan, infark otot jantung, *ROM* pada ekstremitas atas dan pembatasan aktivitas berjalan boleh dilakukan terpi dibawah pengawasan gejala yang seksama ( Kisner & Allen 2017)

#### **4. Tujuan**

- a. Mengidentifikasi adanya keterbatasan gerak
- b. Mengurangi resiko/bahaya dampak dari imobilisasi
- c. Mencegah kontraktur
- d. Memenuhi kebutuhan aktivitas dan latihan (Hidayati, 2014).

#### **5. Manfaat**

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

#### **6. Faktor yang mempengaruhi keberhasilan *ROM***

- a. Tingkat kepatuhan pasien dalam melakukan rehabilitas
- b. Tidak ada komlikasi penyakit lain
- c. Usia
- d. Kelemahan otot
- e. Fraktur
- f. Trauma

#### **7. Standar Operasional Prosedur (SOP)**

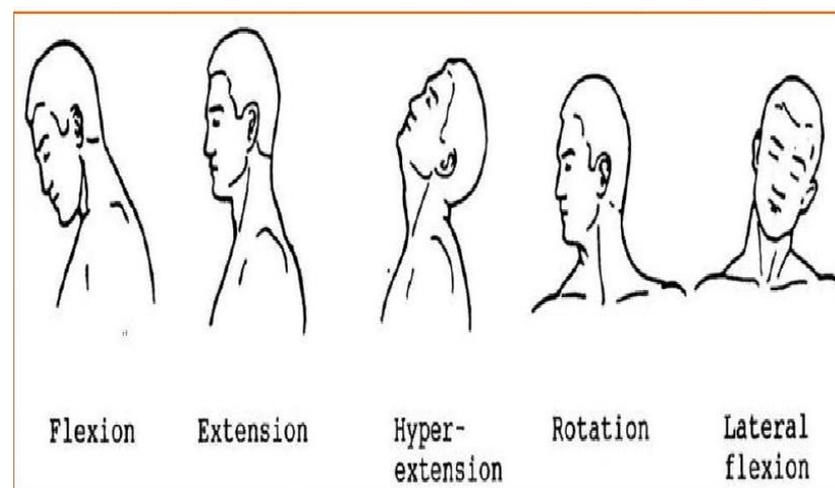
- a. Prinsip
  - 1) *ROM* dilakukan perlahan dan hati-hati sehingga tidak melelahkan pasien
  - 2) Latihan *ROM* harus dilakukan sedini mungkin dalam 6 jam pertama untuk mencegah terjadinya komplikasi stroke (kontraktur).
  - 3) Pemberian latihan *ROM* dengan durasi waktu 15-35 menit dilakukan 2 kali sehari pagi dan sore.
  - 4) *ROM* dilakukan minimal 2 kali sehari dan diulang kurang lebih 8 kali, setiap gerakan dilakukan 4 kali.

- 5) Dilakukan secara berurutan dan teratur mulai dari leher hingga kaki.
  - 6) Dilakukan dari arah ujung (*distal*) hingga ke pangkal (*proksimal*) pada anggota gerak atas dan bawah.
  - 7) Terapi *ROM* dapat digabungkan dengan aktivitas keperawatan lain, seperti memberikan pendidikan kesehatan.
  - 8) Dilakukan dengan lembut, sehingga membuat pasien merasa aman dan nyaman. Menurut (Widiarti, 2016)
- b. Persiapan alat
- 1) Sarung tangan atau *handsocon* untuk menghindari kontak cairan dari pasien
  - 2) Goniometer
- c. Pemeriksaan, Perencanaan Terapi dan Evaluasi
- 1) Periksa dan evaluasi gangguan dan tingkat fungsi pasien, tentukan tindakan kewaspadaan, prognosis, kemudian rencanakan intervensi
  - 2) Tentukan kemampuan pasien berpartisipasi pada aktivitas *ROM*.
  - 3) Tentukan jumlah gerakan yang dapat dilakukan dalam terapi, dilakukan secara aman sesuai dengan kesehatan individu dan kondisi jaringan.
  - 4) Tentukan pola yang sesuai agar dapat memenuhi tujuan Teknik *ROM* dapat dilakukan.
  - 5) Awasi kondisi umum serta respon pasien selama dan setelah pemeriksaan serta intervensi; catat setiap perubahan tanda vital, warna dan kehangatan pada kulit, kualitas gerak atau nyeri.
  - 6) Dokumentasikan serta komunikasikan temuan dan intervensi.
  - 7) Evaluasi ulang dan modifikasi sesuai kebutuhan  
Menurut (Kisner & Allen, 2016)
- d. Persiapan pasien
- 1) Komunikasikan dengan pasien. Jelaskan rencana serta metode intervensi yang akan dilakukan.
  - 2) Bebaskan daerah yang akan dilakukan terapi dari pakaian, balutan, bidai, linen dan jaga privasi pasien.

- 3) Posisikan pasien senyaman mungkin dengan stabilitas dan kesejajaran yang baik tapi memungkinkan Anda untuk dapat mengerjakan sendi yang akan dilakukan terapi *ROM*.
  - 4) Posisikan diri Anda sehingga dapat melakukan terapi *ROM* dengan baik (Kisner & Allen, 2016).
- e. Gerakan-gerakan pada terapi *ROM* dibawah ini adalah gerakan terapi *ROM* (Hidayati, 2014)

1) *ROM* pada leher

- Fleksi : Menggerakkan dagu menempel ke dada
- Ektensi : Mengembalikan kepala ke posisi tegak
- Hiperekstensi : Menekukan kepala ke belakang / menegadahkan kepala keatas
- Fleksi lateral : Memiringkan kepala semaksimal mungkin kea rah bahu kanan/kiri
- Rotasi : Memutar kepala baik ke kanan maupun ke kiri dalam gerakan sirkular.

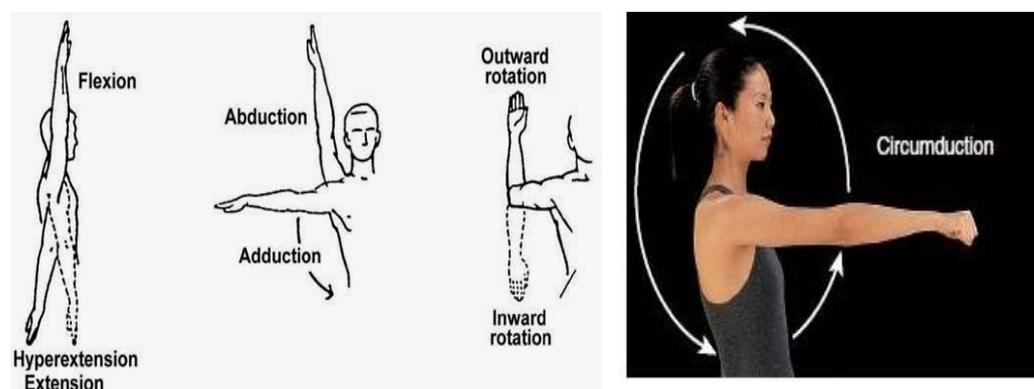


Gambar.2.3 Gerakan ROM pada Leher

2) *ROM* pada bahu

- Fleksi : Mengangkat lengan ke depan lalu ke atas
- Ekstensi : Mengembalikan ke posisi semula yaitu disamping tubuh.

- Hiperekstensi** : Menggerakkan lengan ke belakang tubuh dan siku tetap lurus.
- Abduksi** : Menaikan lengan ke arah kanan atau kiri dengan telapak tangan jauh dari kepala
- Adduksi anterior** : Menggerakkan lengan dari posisi samping tubuh silangkan tangan ke depan tubuh semaksimal mungkin
- Adduksi posterior** : Menggerakkan lengan dari posisi samping tubuh silangkan tangan ke belakang tubuh semaksimal tubuh
- Rotasi internal** : Rentangkan lengan ke samping setinggi bahu dan bengkokkan siku ke atas sehingga ujung jari menghadap ke atas, kemudian gerakan lengan ke bawah sehingga jari tangan menghadap ke bawah
- Rotasi eksternal** : Rentangkan lengan ke samping setinggi bahu lalu bengkokkan siku ke bawah sehingga ujung jari menghadap ke bawah kemudian gerakan lengan ke atas sehingga jari tangan menghadap ke atas
- Sirkumduksi** : Menggerakkan lengan dengan lingkaran penuh dimulai dari depan ke belakan



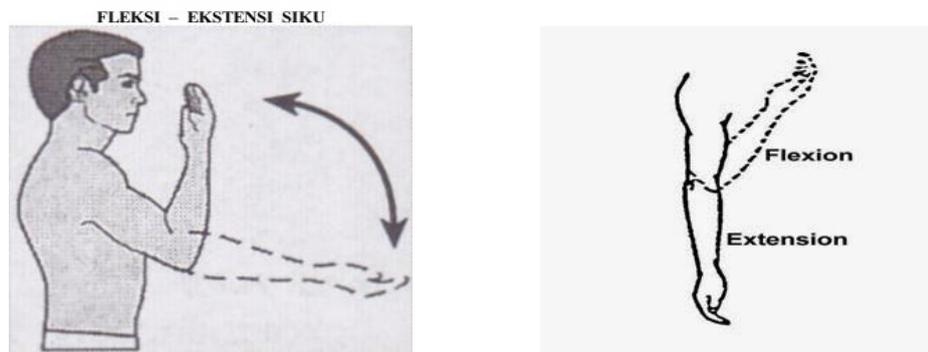
Gambar.2.4 Gerakan ROM pada bahu

3) *ROM* pada siku

Fleksi : Menekuk lengan bawah membentuk siku sampai mendekati pundak

Ekstensi : Meluruskan lengan bawah hingga tangan berada di sisi tubuh

Hiperekstensi : Menggerakkan lengan bagian bawah ke belakang semaksimal mungkin.



Gambar 2.5 Gerakan ROM pada siku

4) *ROM* pada lengan bawah

Supinasi : Memutarlengan bawah dan tangan sehingga telapak tangan menghadap ke atas

Pronasi : Memutar lengan bawah sehingga telapak tangan menghadap ke bawah.



Gambar 2.6 Gerakan ROM pada lengan bawah

## 5) ROM pada pergelangan tangan

Fleksi : Menggerakkan telapak tangan ke sisi bagian dalam lengan bawah

Ekstensi : Mengangkat telapak tangan ke atas atau meluruskan telapak tangan sehingga telapak tangan sejajar dengan telapak tangan.

Hiperekstensi : Bungkukan pergelangan tangan ke arah belakang semaksimal mungkin

Adduksi : Menggerakkan telapak tangan ke arah jari kelingking, posisi pergelangan tangan pronasi

Abduksi : Menggerakkan telapak tangan ke arah ibu jari,



Gambar 2.7 Gerakan ROM pada pergelangan tangan

## 6) ROM pada jari-jari tangan

Fleksi : Membuat genggam/mengepalkan tangan

Ekstensi : Meluruskan jari-jari tangan

Hiperekstensi : Menggerak jari-jari tangan ke belakang semaksimal mungkin

Abduksi : Merenggangkan jari-jari tangan satu dengan yang lainnya

Adduksi : Merapatkan kembali jari-jari tangan.



Gambar 2.8 Gerakan ROM pada jari-jari tangan

## 7) ROM pada ibu jari

- Fleksi : Menggerakkan ibu jari menyilang permukaan telapak tangan
- Ekstensi : Menggerakkan ibu jari lurus menjauh dari tangan
- Abduksi : Menjauhkan ibu jari ke samping
- Adduksi : Menggerakkan ibu jari ke depan tangan
- Oposisi : Menyentuhkan ibu jari ke setiap jari-jari tangan pada satu tangan.

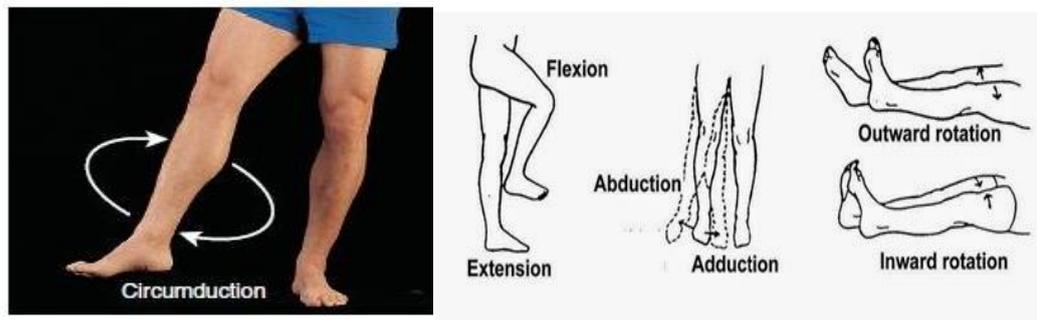


Gambar 2.9 Gerakan Gambar pada ibu jari

## 8) ROM pada pinggul

- Fleksi : Menggerakkan salah satu kaki ke depan dan ke atas, posisi lutut dalam keadaan lurus dan ditekuk
- Ekstensi : Gerakan salah satu kaki kembali keposisi semula sehingga kedua kaki sejajar
- Hiperekstensi : Menggerakkan tungkai ke belakang tubuh
- Abduksi : Menggerakkan tungkai ke samping menjauhi tubuh
- Adduksi : Gerakan salah satu kaki ke depan dan menyilangkannya
- Internal rotasi : Memutar kaki dan tungkai ke arah tungkai lain
- Eksternal rotasi : Memutar kaki dan tungkai menjauhi tungkai lain

Sirkumduksi : Menggerakkan tungkai kaki melingkar.

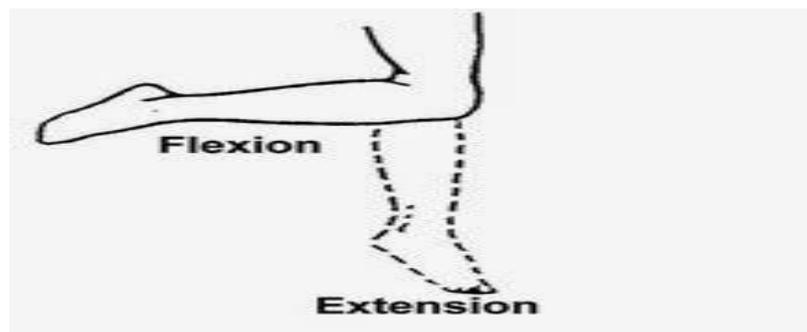


Gambar 2.10 Gerakan ROM pada pinggul

#### 9) ROM pada lutut

Fleksi : Menggerakkan lutut menekuk ke belakang mendekati paha

Ekstensi : Menggerakkan kaki untuk meluruskan sehingga posisi kaki kanan dan kiri sejajar.

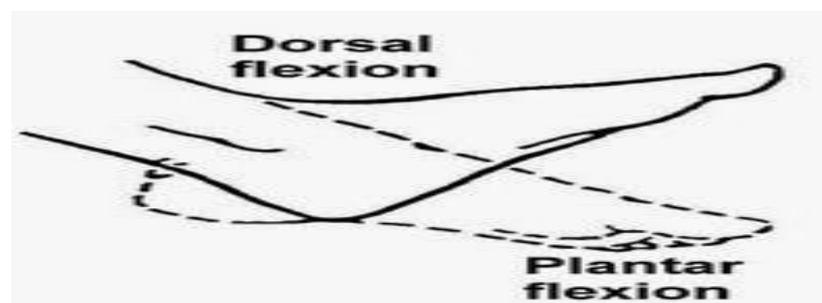


Gambar 2.11 Gerakan ROM pada lutut

#### 10) ROM pada mata kaki

Dorsal fleksi : Menggerakkan kaki menekuk ke atas

Plantar fleksi : Menggerakkan kaki menekuk ke bawah.

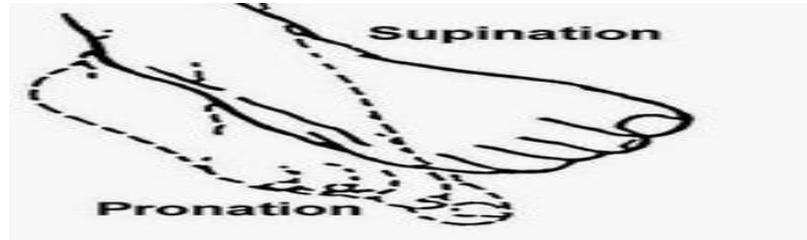


Gambar 2.12 Gerakan ROM pada mata kaki

11) *ROM* pada kaki

Supinasi : Memutar telapak kaki ke samping dalam

pronasi : Memutar telapak kaki ke samping luar.



Gambar 2.13 Gerakan ROM pada kaki

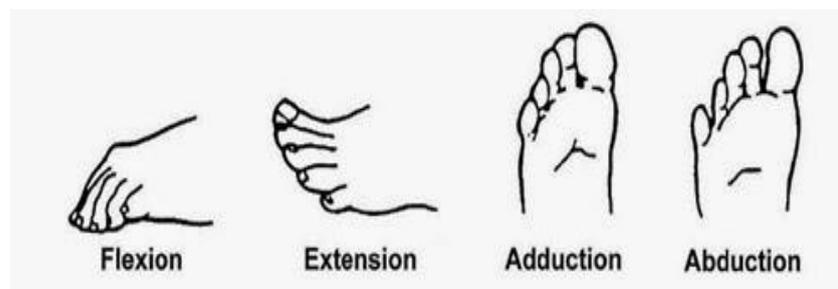
12) *ROM* pada jari-jari kaki

Fleksi : Melengkungkan jari-jari ke bawah

Ekstensi : Meluruskan jari-jari kaki

Abduksi : Merenggangkan jari-jari kaki satu dengan yang lain

Adduksi : Merapatkan kembali jari-jari kaki secara bersama-sama.



Gambar 2.14 Gerakan ROM pada jari-jari kaki

## 8. Peran Perawat Dalam Terapi Komplementer

### a. Edukator

Edukator adalah membantu meningkatkan kesehatan pasien melalui pemberian pengetahuan terkait dengan keperawatan dan tindakan medis yang diterima sehingga pasien atau keluarga dapat menerima tanggung jawab terhadap hal-hal yang diterimanya. Dalam Intervensi Keperawatan Latihan Rentang Gerak (*ROM*) perawat menjelaskan terlebih dahulu kepada pasien dan keluarga atas tindakan yang akan dilakukan.

b. Pemberi Asuhan Keperawatan

Pemberi Asuhan Keperawatan adalah perawat berperan untuk memberikan asuhan keperawatan kepada klien dengan memperhatikan kebutuhan dasar manusia. Dalam Intervensi Keperawatan Latihan Rentang Gerak (*ROM*) perawat berperan sebagai terapis untuk melakukan tindakan latihan yang dilakukan oleh pasien.

9. *State Of Art*

Tabel : 2.2. *State Of Art*

No	Nama peneliti	Judul	Hasil
1.	Bakara & Surani	Peningkatan kekuatan otot pasien <i>stroke non hemoragic</i> dengan hamiparese malalu latihan <i>ROM</i> Pasif.	Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Bakara & Surani (2016) dengan <i>non equivalent control group design</i> (memilih sampel secara tidak random) dan jenis penelitian ini adalah <i>quasi eksperiment pre dan post with control group</i> pada pasien <i>stroke non hemoragic</i> dengan hemiparese ekstremitas atas. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien <i>stroke non Hemoragic</i> yang ada di Ruang ICU RSUD Curup. Teknik pengambilan sampel dengan menggunakan tehnik <i>consecutive</i> (berurutan) dengan jumlah sampel 20 responden. Terapi <i>ROM</i> dilakukan sebanyak 2x sehari selama 5 hari kemudian diukur

---

	<p>kembali kekuatan otot post latihan pada kelompok intervensi, pada kelompok kontrol dilakukan pengukuran hari pertama dan kemudian diukur kembali di hari ke-5 dan tidak dilakukan intervensi. Berdasarkan hasil penelitian ini terdapat 20 responden dimana 10 (50%) responden tidak mendapat latihan dan pada 10 (50%) responden mendapat latihan ROM, dari 10 orang responden pada kelompok intervensi terdapat 7 (70%) responden mengalami peningkatan kekuatan otot dan hanya sebagian kecil 3 (30%) responden tidak mengalami peningkatan kekuatan otot. Sedangkan pada kelompok kontrol sebagian kecil 1 (10%) yang mengalami peningkatan kekuatan otot dan sebagian besar 9 (90%) responden tidak mengalami peningkatan kekuatan otot.</p>
<p>2. Yudha &amp; Amatiria (2014)</p>	<p>Pengaruh range of motion (<i>ROM</i>) terhadap kekuatan otot</p> <p>Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Yudha &amp; Amatiria (2014) Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif, menggunakan</p>

---

---

pasien pasca perawatan stroke	desain penelitian eksperimen semu ( <i>quasy experiment</i> ) <i>pre</i> dan <i>post testdesign</i> , Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien <i>stroke non hemoragic</i> di <i>unit rehabilitasi medik</i> di Rumah Sakit dr. H. Abdoel Moeloek Propinsi Lampung. Penelitian dilakukan di unit rehabilitasi stroke di Rumah Sakit Abdul Moeloek propinsi Lampung yang pada bulan Juli s/d Agustus 2014. Hasil penelitian menunjukkan terjadi peningkatan nilai rata-rata kekuatan otot hari pertama dan hari ke 28 sebesar 0,45. Terjadi peningkatan nilai rata-rata sendi hari pertama dan hari ke 28 sebesar 6,65 dengan p-value ( $p= 0,000$ ). Hal ini berarti bahwa Range Of Motion (ROM) memiliki pengaruh terhadap kekuatan otot responden dimana terdapat perbedaan yang signifikan antara nilai kekuatan otot hari pertama dengan hari ke 28.
-------------------------------	---

---

## **D. Konsep Masalah Keperawatan**

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

Diagnosa yang akan muncul pada kasus stroke non Hemoragic dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) yaitu:

### **1. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)**

#### 1) Definisi

Keterbatasan dalam gerak fisik dari satu atau lebih ekstermitas untuk melakukan gerakan mandiri.

#### 2) Etiologi

- a) Kerusakan integritas struktur tulang
- b) Perubahan metabolisme
- c) Ketidakbugaran fisik
- d) Penurunan kendali obat
- e) Penurunan kekuatan otot
- f) Kekakuan sendi
- g) Kontraktur
- h) Malnutrisi
- i) Gangguan muskuloskeletal
- j) IMT diatas persenti ke-75 sesuai usia
- k) Efek agen farmakologis
- l) Program pembatasan gerak
- m) Nyeri
- n) Kurang terpapar tentang aktifitas fisik
- o) Kecemasan
- p) Gangguan kognitif
- q) Kengganan melakukan pergerakan

r) Gangguan sensori persepsi

3) Gejala

Tabel : 2.3. Gejala gangguan mobilitas Fisik

Gejala dan tanda	Subjektif	Objektif
Mayor	1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas	2. Tampak kekuatan otot menurun 3. Rentang gerak ( <i>ROM</i> ) menurun.
Minor	1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak	1. Tampak sendikaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas fisik lemah

4) Kondisi klinis terkait

- a) Stroke
- b) Cedra medula spinalis
- c) Trauma
- d) Fraktur
- e) Osteoarthritis
- f) Osteomalansia
- g) keganasan

(Sumber: PPNI, 2017)

## 2. Defisit Nutrisi (D.0019)

### 1) Definisi

Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

### 2) Etiologi

- a) Ketidak mampuan menelan makanan
- b) Ketidakmampuan mencerna makanan
- c) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi
- d) Peningkatan kebutuhan metabolisme
- e) Faktor ekonomi (mis : finansial tidak mencukupi)
- f) Faktor psikologis (mis : stres, keengganan untuk makan)

### 3) Gejala

Tabel : 2.4. Gejala defisit nutrisi

Gejala dan tanda	Subjektif	Objektif
Mayor	Tidak tersedia	1. Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal.
Minor	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cepat kenyang setelah makan</li> <li>2. Kram/nyeri abdomen</li> <li>3. Nafsu makan menurun</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bisung usus hiperaktif</li> <li>2. otot pengunyah lemah</li> <li>3. otot menelan lemah</li> <li>4. membran mukosapucat.</li> </ol>

(Sumber: PPNI, 2017).

### 4) Kondisi klinis terkait

- a) *Strouke*
- b) *Parkinson*
- c) *Mobius syndrom*
- d) *Cerebral palsy*
- e) *Cleft lip*
- f) *Cleft palate*

- g) Kerusakan *neuromuskolar*
- h) Luka bakar
- i) Kanker
- j) Infeksi
- k) AIDS
- l) Fibrasi kistik

(Sumber: PPNI, 2017).

### 3. Nyeri Akut (D.0077)

#### 1) Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

#### 2) Etiologi

- a) Agen pencederaan fisiologis (mis : implamasi, iskemia, nouplasma)
- b) Agen pencederaan kimiawi (mis : terbakar, bahan kimia iritan)
- c) Agen pencederaan fisik (mis : abses, amputasi, trauma)

#### 3) Gejala

Tabel : 2.5. Gejala nyeri akut

Gejala dan tanda	Subjektif	Objektif
Mayor	Tidak tersedia	1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah, frekuensi nadi meningkat Sulittidur.
Minor	Tidak tersedia	1. Tekanan darahmeningkat 2. Pola napas berubah,

---

nafsu makan berubah,  
proses  
berpikirterganggu

3. MenarikdiriBerfokus  
pada diri sendiri  
dandiaforesis.
- 

- 4) Kondisi klinis terkait
- a) Kondisi pembedahan
  - b) Cedera traumatis
  - c) Infeksi
  - d) Sindrom koroner akut
  - e) Glaukoma

(Sumber: PPNI, 2017).

#### **4. Gangguan integritas kulit /jaringan( D.0129)**

1) Definisi

kerusakan kulit (dermis dan /atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan /atau ligamen)

2) Etiologi

- a) Perubahan sirkulasi
- b) Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
- c) Kekurangan atau kelebihan volume cairan
- d) Penurunan mobilitas
- e) Bahan kimia iritatif
- f) Suhu lingkungan yang ekstrim
- g) Faktor mekanis (mis : penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor listrik (mis : elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi)
- h) Efek terapi radiasi
- i) Kelembaban

- j) Proses penuaan
  - k) Neuropati perifer
  - l) Perububahan pigmentasi
- 3) Gejala

Tabel : 2.6. Gejala gangguan integritas kulit/jaringan

Gejala dan tanda	Subjektif	Objektif
Mayor	Tidak tersedia	1. Kerusakan jaringan dan /atau jaringan kulit
Minor	Tidak tersedia	1. Nyeri 2. Perdarahan 3. Kemerahan 4. Hematoma

- 4) Kondisi klinis terkait
- a) Imobilisasi
  - b) Gagal jantung kongesif
  - c) Gagal ginjal
  - d) Diabetes melitus

(Sumber: PPNI, 2017).

## 5. Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)

### 1) Definisi

Penurun, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan, untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol.

### 2) Etiologi

- a) Penurunan sirkulasi selebral
- b) Gangguan neuromuskuler
- c) Gangguan pendengaran
- d) Gangguan muskulosekletal
- e) Kelainan palatum
- f) Hambatan fisik (mis: terpasang trakeostomi, intubasi, krikotiroidtomi)

- g) Hambatan individu (mis : ketakutan, kecemasan, merasa malu, emosional, kurang privasi)
  - h) Hambatan psikologis (mis : gangguan psikotik, gangguan konsep diri, HDR, gangguan emosi)
  - i) Hambatan lingkungan (mis : ketidak cukupan informasi, ketidadaan orang terdekat, ketidak sesuayan budaya, bahasa asing)
- 3) Gejala

Tabel : 2.7. Gejala gangguan komunikasi verbal

Gejala dan tanda	Subjektif	Objektif
Mayor	Tidak tersedia	1. Tidak mampu berbicara atau mendengar 2. Menunjukkan respon tidak sesuai
Minor	Tidak tersedia	1. Afasia 2. Apraksia 3. Disleksia 4. Disartria 5. Afonia 6. Dislalia 7. Pelo 8. Gagap 9. Tidak ada kontak mata Sulit memahami komunikasi 10. Sulit mempertahankan komunikasi 11. Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh 12. Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh 13. Sulit menyusun kalimat,

- 
- verbalisasi tidak tepat
14. Sulit mengungkapkan kata-kata
  15. Disorientasi (orang, ruang, waktu)
  16. Defisit penglihatandan
  17. delusi.
- 

- 4) Kondisi klinis terkait
  - a) Stroke
  - b) Cedera kepala
  - c) Trauma wajah
  - d) Peningkatan tekanan intrakranial
  - e) Hipoksia kronis
  - f) Tumor
  - g) Mistenia gravis
  - h) Sklerosisi multifel
  - i) Distropi muskuler
  - j) Penyakit alzheimer
  - k) Infeksi laring
  - l) Fraktur rahang
  - m) Skizoprenia
  - n) Delusi
  - o) Paranoid
  - p) Autisme

## E. Konsep Asuhan Keperawatan

### 1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan upaya untuk pengumpulan data secara lengkap dan sistematis mulai dari pengumpulan data, identitas dan evaluasi status kesehatan klien (Tarwoto, 2013). Hal-hal yang perlu dikaji antarlain:

#### a. Anamnesa

Tabel 2.8. Anamnesa

No.	Anamnesa	Hasil anamnesa
1.	Identitas Klien	Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register dan diagnosis medis.
2.	Keluhan Utama	Sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi dan penurunan tingkat kesadaran.
3.	Riwayat Penyakit Sekarang	Serangan stroke sering kali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intrakranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsif dan koma.

- 
4. Riwayat Penyakit Dahulu Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif dan kegemukan. Pengkajian pemakaian obat-obat yang sering digunakan klien, seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakanselanjutnya.
- 
5. Riwayat Penyakit Keluarga Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu.
- 
6. Pengkajian Psikososial dan spiritual. Pengkajian psikologis klien stroke meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif dan perilaku klien. Pengkajian mekanisme coping yang digunakan klien juga penting untuk menilai respons emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respons atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya.
-



## b. Pemeriksaan Fisik

Tabel 2.9 pemeriksaan fisik

No	Observasi	Hasil Observasi
1	Keadaan umum	Biasanya pada pasien stroke mengalami tingkat kesadaran pasien mengantuk namun dapat sadar saat dirangsang (sammolen), pasien acuh tak acuh terhadap lingkungan, mengantuk yang dalam (sopor), spoor coma, hingga penurunan kesadaran (coma), dengan GCS < 12 pada awal terserang stroke. Sedangkan pada saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan compos mentis dengan GCS 13-15
2.	Tanda-tanda Vital	<p><b>Tekanan darah</b></p> <p>Biasanya pasien dengan stroke non Hemoragic memiliki riwayat tekanan darah tinggi dengan tekanan systole &gt; 140 dan diastole &gt; 80. Tekanan darah akan meningkat dan menurun secara spontan. Perubahan tekanan darah akibat stroke akan kembali stabil dalam 2-3 hari pertama.</p> <p><b>Nadi</b></p> <p>Biasanya ditemukan peningkatan nadi pada penderita stroke.</p> <p><b>Suhu</b></p> <p>Biasanya tidak ada masalah suhu pada pasien dengan stroke non hemoragic.</p> <p><b>Pernafasan</b></p> <p>Biasanya pasien stroke non hemoragic mengalami gangguan pernafasan / pola nafas yang berubah.</p>

3. Sistem pernafasan (Breathing)	
Inspeksi	Biasanya ditemukan kesimetrisan rongga dada, klien tidak batuk, tidak sesak nafas.
Palpasi	Taktil premitus seimbang antara kiri dan kanan.
Perkusi	Resonansi pulmoner, organ yang ada disekitarnya dan pengembangan diaphragma, perkusi suara nafas (sonor) : dihasilkan untuk mengetahui batas antar bagian jantung dan paru
Auskultasi	Suara nafas sonor tidak suara nafas tambahan.
4. Sistem kardiovaskuler (blood)	
Inspeksi	Dada simetris atau tidak, ictus cordis (detak jantung normal atau tidak), ada jaringan parit atau tidak bekas luka.
Palpasi	CRT<2 detik, tidak ada nyeri tekan.
Perkusi	suara nafas redup.
Auskultasi	Sering ditemukan suara nafas berubah
5. Sistem pencernaan	
Inspeksi	Apakah ada benjolan atau tidak pada kulit
Palpasi	Biasanya terdapat nyeri tekan pada abdomen
Perkusi	Mengetahui bunyi abdomen normal atau tidak
Auskultasi	Penurunan peristaltik usus akibat bed rest lama.
6. Sistem persyarafan	
Inspeksi	Biasanya ditemukan sianosis, sklera

	aninterik, konjungtiva anemik, daya ingat melemah, gangguan pada sistem sensorik, sulit memperthankan komunikasi, tidak mampu menggunakan ekspresi tubuh dan wajah, afasia.
7. Sistem perkemihan	
Inspeksi	Kaji kebiasaan pola BAK, output/jumlah urin 24 jam, warna, kekeruhan dan ada/tidaknya sedimen.
Palpasi	Adanya distensi bladder (kandung kemih)
8. Sistem muskosekleta	
Inspeksi	Biasanya ada perubahan warna kulit, Gerakan tidak terkordinasi, tampak sendi kaku, tampak kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun, otot menelan lemah.
Palpasi	Kaji nyeri tekan, pembengkakan pada persendihan.
Perkusi	Biasanya untuk mengetahui kontraksi otot menggunakan reflek hammer
9. Sistem integumen	
Inspeksi	Kaji Membran mukosa, turgor, dan keadaan umum kulit, kaji bentuk, integritas, warna kuku, kaji adanya luka, bekas oprasi/skar, drain, dekubitus, biasanya terdapat kerusakan jaringan kulit, terdapat hematoma, kemerahan, serta perdarahan jika stroke sudah dalam waktu lama.
Palpasi	Adanya nyeri, edema, dan penurunan suhu, tekstur kulit, turgor kulit, normal <3 detik, area edema dipalpasi untuk menentukan

	konsentitas, temperatur, bentuk, mobilisasi
10. Sistem penglihatan, Pendengaran, dan wicara	Ketajaman penglihatan berkurang pergerakan mata terganggu, penurunan lapang pandang, pupil dilatasi, kehilangan setenga lapang pandan, tidak ada kontak mata dan sulit memahami komunikasi serta mengalami defisit penglihatan. Pada pendengaran biasanya disertai tinitus, dan pada fungsi wicara sering ditemui kelumpuhan pada lidah, afaksia, sulit mengungkapkan kata-kata, pelo, gagap, sehingga kehilangan kemampuan berkomunikasi verbal.

## 2. Diagnosa keperawatan

### a. Analisa data

Tabel : 2.10. Analisa data

No.	Data	Etiologi	Masalah keperawatan
1.	Data subjektif : Data subjektif : a) Mengelu sulit menggerakkan ektermitas b) Nyeri saat bergerak c) Enggan melakukan pergerakan d) Merasa cemas saat bergerak Data objektif : a) Tampak sendikaku b) Gerakan	stroke non hemoragic ↓ Disfungsi N.XI(aksesorius) ↓ Kelemahan pada anggota gerak ↓ Gangguan mobilitas fisik	Gangguan mobilitas fisik

	tidakterkoordinasi	
	c) Rentang gerak (ROM) menurun	
	d) Tampak kekuatan otot menurun	
2.	Data subjektif :	stroke non
	a) Kram/nyeri abdomen	hemoragic
	b) Nafsumakanmenurun	↓
	Data objektif :	↓fungsi NX(vagus)
	a)Bising usushiperaktif	IX(glosoparingus)
	b) Otot pengunyahlemah	↓
	c) Otot menelanlemah	Proses menelan
	d) Membran mukosapucat.	tidak epektif
	e)Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentangideal.	↓
		Dispagia
		↓
		Defisit nutrisi
3.	Data subjektif :	Stroke non
	1. mengelu nyeri	hemoragi
	Data objektif :	↓
	2. Tampak meringis	
	3. Gelisah	Edema cerebral
	4. Frekuensi nadi meningkat	↓
	5. Sulit tidur	Peningkatan TIK
	6. Tekanan darah meningkat	↓
		Nyeri
		kepala,vertigo
		↓
		Nyeri akut
4.	Data subjektif :	Stroke non
		hemoragic
	Data objektif :	↓
		Gangguan integritas kulit/jaringan

a) Kerusakan jaringan dan /atau jaringan kulit	Disfungsi N.XI(aksesorius)	
b) Nyeri	↓	
c) Perdarahan	Kelemahan pada anggota gerak	
d) Kemerahan	↓	
e) Hematoma	Tira baring lama	
	↓	
	Luka dekubitus	
	↓	
	Gangguan integritas kulit/jaringan	
<hr/>		
5. Data subjektif :	Stroke non	Gangguan komunikasi verbal
Data objektif :	hemoragic	
a) Tidak mampuberbicara ataumendengar	↓	
b) Menunjukkan respontidakSesuai	Kerusakan N.VII(fasialis)	
c) Afasia	↓	
d) Pelo	Kerusakan artikular,	
e) Gagap	↓	
f) Tidak ada kontakmataSulit memahami komunikasi	Afasia	
g) Sulitmempertahankan komunikasi	↓	
h) Sulit menggunakanekspresi wajah atautubuh	Gangguan komunikasi verbal	

- 
- i) Sulit  
menyusun kalimat,  
verbalisasi tidak tepat
  - j) Sulit mengungkapkan  
kata-kata
- 

c. Rumusan diagnosa keperawatan

- 1) Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot d.t rentang gerak menurun
- 2) Defisit nutrisi b.d otot menelan lemah d.t ketidak mampuan menelan makanan
- 3) Nyeri akut b.d agen pencederan fisiologi (iskemia) d.t klien tampak meringis dan tekanan darah meningkat.
- 4) Gangguan integritas kulit/jaringan b.d penurunan mobilisasi d.t hematoma
- 5) Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuro muskuler d.t klien menunjukkan respon tidak sesuai

### 3. Intervensi keperawatan

Tabel : 2.11. Intervensi keperawatan

No.	Dx keperawatan	Intervensi keperawatan
1.	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot d.t rentang gerak menurun	<p><b>Intervensi</b></p> <p><b>Manajemen program latihan</b></p> <p><b>a. Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi pengetahuan dan pengalaman aktifitas fisik sebelumnya</li> <li>2) Mengukur kekuatan otot sebelum dan sesudah dilakukan <i>ROM</i></li> </ol> <p><b>b. Tindakan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Motivasi untuk memulai/melanjutkan aktifitas fisik <i>ROM</i></li> <li>2) Motivasi menjadwalkan program aktivitas fisik <i>ROM</i> dari regular menjadi rutin</li> </ol> <p><b>c. Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan manfaat aktivitas fisik <i>ROM</i></li> <li>2) Anjurkan tehnik pernapasan yang tepat selama latihan <i>ROM</i></li> </ol>

---

		3) Ajarkan menghindari cedera saat aktiitas fisik
		4) Libatkan keluarga dalam terapi ROM terhadap klien

---

2.	Defisit Nutrisi b.d otot menelan melemah d.t ketidakmampuan menelan makan	<p><b>Intervensi utama</b></p> <p><b>Manajemen nutrisi</b></p> <p><b>a. Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi status nutrisi</li> <li>2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</li> <li>3) Identifikasi manan yang disukai</li> <li>4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien</li> <li>5) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik</li> <li>6) Monitir asuapan makanan</li> <li>7) Monitor berat badan</li> <li>8) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</li> </ol> <p><b>b. Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Lakukan <i>oral hygiene</i> sebelum makan,jika perlu</li> <li>2) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</li> <li>3) Beri makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>4) Beri makanan tinggi kalori dan protein</li> </ol> <p><b>c. Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Anjurkan posisi duduk, jika mampu</li> <li>2) Ajarka diet yang diprogramkan</li> </ol> <p><b>d. Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: analgesik, antiemetik), jika perlu</li> <li>2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan</li> </ol> <p><b>Intervensi pendukung</b></p> <p><b>Terapi menelan</b></p> <p><b>a. Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Monitor tanda dan gejala aspirasi</li> <li>2) Monitor gerakan lidah saat makan</li> <li>3) Monitor tanda kelelahan saat makan, minum dan menelan</li> </ol> <p><b>b. Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Berikan lingkungan yang nyaman</li> <li>2) Jaga privasi pasien</li> <li>3) Gunakan alat bantu, jika perlu</li> </ol>
----	---	---

---

---

<p>4) Hindari penggunaan sedotan</p> <p>5) Posisikan duduk</p> <p>6) Berikan permen <i>lolipop</i> untuk meningkatkan kekuatan lidah</p> <p>7) Fasilitasi meletakkan makanan di belakang mulut</p> <p>8) Berikan perawatan mulut, sesuai kebutuhan</p> <p><b>c. Edukasi</b></p> <p>1) Informasikan terapi menelan pada pasien dan keluarga</p> <p>2) Anjurkan membuka dan menutup mulut saat memberikan makanan</p> <p>3) Anjurkan tidak bicara saat makan</p> <p><b>d. Kolaborasi</b></p> <p>1) Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain saat memberikan terapi (mis : terapis okupasi, ahli patologi bicara, dan ahli gizi) dalam mengatur program rehabilitas pasien</p>	<hr/> <p>3. Nyeri akut b.d agen pencederaan fisiologis (Iskemia) d.t klien tampak meringis dan tekanan darah meningkat</p> <p><b>Intervensi utama</b></p> <p><b>Manajemen nyeri</b></p> <p><b>a. Observasi</b></p> <p>1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>2) Identifikasi skla nyeri</p> <p>3) Identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p> <p>6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</p> <p>7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>8) Monitor terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>9) Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p><b>b. Terapeutik</b></p> <p>1) Berikan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis : terapi musik, terapi pijat, aroma terapi, dan TENS)</p> <p>2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis : suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>3) Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <hr/>
--	--

- 
- 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

**c. Edukasi**

- 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- 4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- 5) Ajarkan tehnik non farmakologis untuk meredakan nyeri

**d. Kolaborasi**

Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

**Intervensi pendukung**

**Kompres panas**

**a. Observasi**

- 1) Identifikasi kontraindikasi kompres panas (mis : penurunan sensasi, penurunan sirkulasi)
- 2) Identifikasi kondisi kulit yang akan dilakukan kompres panas
- 3) Periksa suhu alat kompres
- 4) Monitor iritasi kulit atau kerusakan jaringan selama 5 menit pertama

**b. Terapeutik**

- 1) Pilih metode kompres yang nyaman dan mudah di dapat (mis: kantong plastik tahan air, botol air panas, bantalan pemanas listrik)
- 2) Pilih lokasi kompres
- 3) Balut alat kompres dengan kain pelindug, jika perlu
- 4) Lakukan kompres panas pada daerah yang nyeri
- 5) Hindarai kompres pada jaringan yang terpapar radiasi

**c. Edukasi**

- 1) Jelaskan prosedur penggunaan kompres panas
  - 2) Anjurkan tidak menyesuaikan pengaturan suhu secara mandiri tanpa pemberitahuan sebelumnya.
  - 3) Ajarkan cara menghindari kerusakan jaringan akibat panas.
- 

4. Gangguan integritas

**Intervensi utama**  
**Perawatan integritas kulit**

---

kulit/jaringan b.d penurunan mobilisasi d.t hematoma	<p><b>a. Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, perubahan kelembapan, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilisasi)</li> </ol> <p><b>b. Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ubah posisi setiap 2 jam sekali jika tirabaring</li> <li>2) Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang ,jika perlu</li> <li>3) Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering</li> </ol> <p><b>c. Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum)</li> <li>2) Anjurkan minum air yang cukup</li> <li>3) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>4) Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur</li> <li>5) Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim</li> <li>6) Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 menit saat berada di luar rumah</li> <li>7) Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya</li> </ol>
5. Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neomuskolar d.t klien menunjukan respon tidak sesuai	<p><b>Intervensi Utama</b></p> <p><b>Promosi komunikasi : defisit bicara.</b></p> <p><b>a. Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume,dan diksi bicara</li> <li>2) Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis, yang berkaitan dengan bicara ( mis memori pendengaran dan bicara)</li> <li>3) Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara</li> <li>4) Identifikasi perilaku emosional fisik sebagai bentuk komunikasi</li> </ol> <p><b>b. Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis : menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan dan komputer)</li> <li>2) Sesuaikan gaya komunikasi dengan</li> </ol>

---

kebutuhan (mis : berdiri di depan pasien, dengarkan dengan saksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicara dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)

- 3) Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan
- 4) Ulangi apa yang disampaikan pasien
- 5) Berikan dukungan psikologis
- 6) Gunakan juru bicara *jika perlu*

**c. Edukasi**

- 1) Anjurkan berbicara perlahan
- 2) Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara.

**d. Kolaborasi**

- 1) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis.

**Intervensi pendukung**

**Dukungan kepatuhan program pengobatan**

**a. Observasi**

- 1) Identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan

**b. Terapeutik**

- 1) Buat komitmen menjalani pengobatan dengan baik
- 2) Buat jadwal pendampingan keluarga untuk mendampingi pasien selama menjalani pengobatan jika perlu
- 3) Dokumentasikan aktivitas selama menjalani pengobatan
- 4) Libatkan keluarga untuk menjalani pengobatan yang baik

**c. Edukasi**

- 1) Informasikan program pengobatan yang harus dijalani
  - 2) Informasikan manfaat jika teratur menjalani program pengobatan
  - 3) Anjurkan keluarga untuk mendampingi dan merawat pasien selama menjalani pengobatan
  - 4) Anjurkan pasien dan keluarga untuk konsultasi ke pelayanan kesehatan
-

## BAB III

### METODE PENELITIAN

#### A. Desain Penelitian

Desain penelitian ini adalah kualitatif dalam bentuk studi kasus. Penelitian ini digunakan untuk menggambarkan asuhan keperawatan penemuan rom pasif pada kasus *stroke non hemoragic* Di Wilayah kerja puskesmas sawah lebar Kota Bengkulu tahun 2021. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

#### B. Subjek Penelitian

##### 1. Penentuan subjek penelitian

###### a. Kriteria inklusi

- 1) *Stroke non hemoragic*
- 2) Pasien bertempat tinggal di wilaya Bengkulu
- 3) Berusia kurang dari 60 tahun
- 4) Keadaan fisik (Kekuatan otot kurang dari 4)
- 5) Tidak dengan komplikasi penyakit kronis lainnya
- 6) Adanya motivasi dari keluarga

###### b. Kriteria eksklusi

- 1) Klien meninggal
- 2) Klien mengalami penurunan kesadaran (koma)
- 3) Klien mengalami komlikasi lain sehingga tidak memungkinkan untuk dilanjutkan.

#### C. Definisi Oprasional

1. Pasien *stroke non hemoragic* adalah pasien yang berada lingkungan kerja puskesmas sawah lebar Kota Bengkulu, berusia kurang dari 60 tahun, yang mempunyai kekuatan otot kuarang dari 4, tidak dengan komlikasi penyakit kronis lainnya, tidak dengan luka oprasi serta klien yang mempunyai keingin sembuhtinggi.
2. Gangguan mobilitas fisik adalah pasien yang mengalami penurunan masa otot yang mengakibatkan keterbatasan gerakan.

3. Manajemen Program Latihan yaitu mengidentifikasi dan mengelola aktivitas fisik yang diprogramkan salah satunya program latihan ROM
4. Latihan *range of motion (ROM)* adalah tindakan mandiri oleh peneliti kepada pasien stroke untuk meningkatkan dan mengaktifkan kekuatan otot.

#### **D. Lokasi dan Waktu Penelitian**

1. Lokasi

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Sawah Lebar Kota Bengkulu.

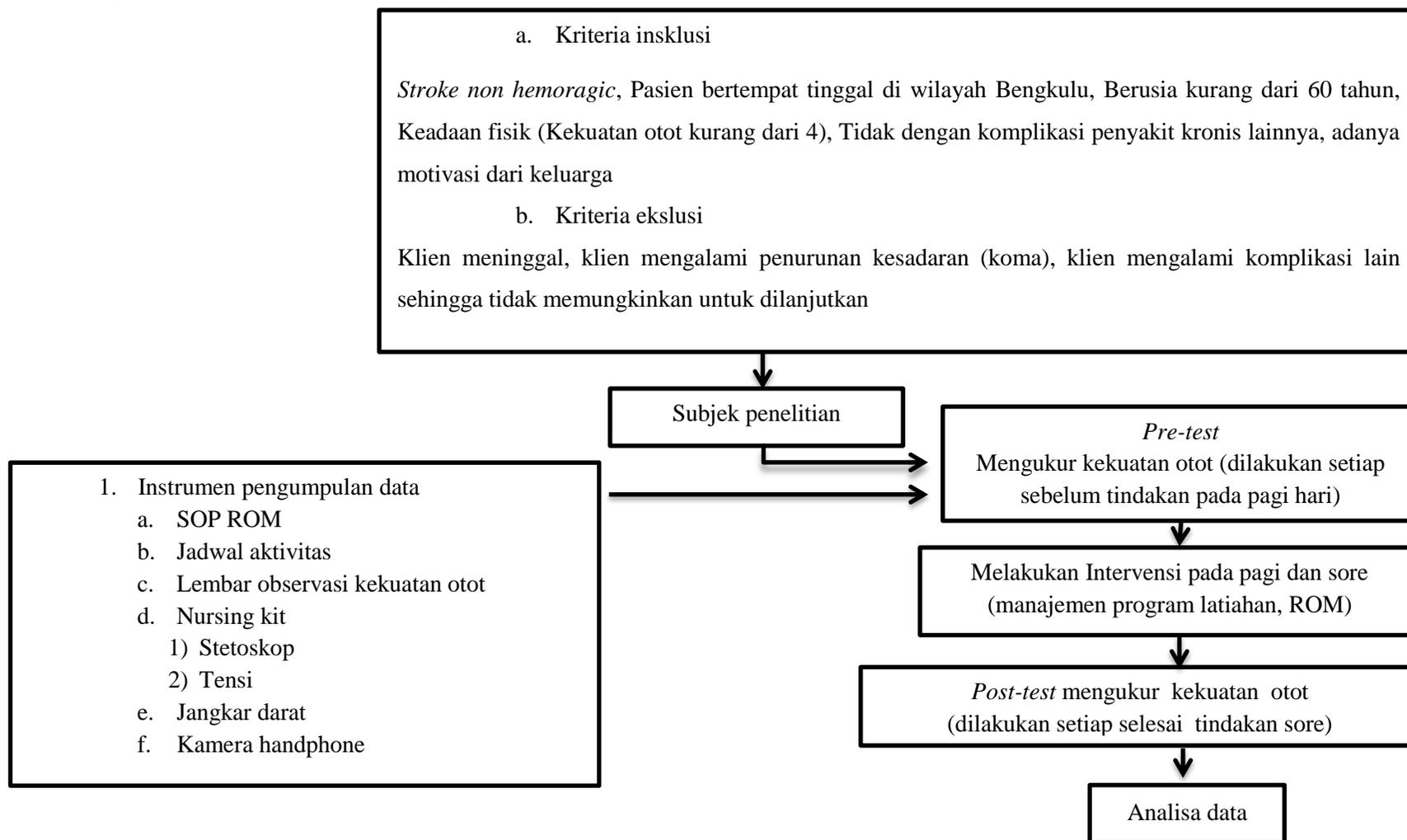
2. Waktu

Penelitian ini dilakukan selama 7 hari setiap hari pagi dan sore yaitu mulai pada tanggal 20 April 2021 sampai dengan 26 April 2021.

## TAHAPAN PELAKSANAAN PENELITIAN

### E. Tahapan penelitian

Bagan : 3.1. Tahap penelitian



## F. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data

### 1. Teknik pengumpulan data

#### a. Wawancara

Wawancara dilakukan dengan pengkajian yang mana akan didapatkan data responden meliputi identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, dahulu, keluarga, membutuhkan waktu 15-30 menit.

#### b. Pengamatan/Observasi

Peneliti mengamati perubahan fisik dan psikologis responden, memperhatikan perubahan kekuatan otot, tanda-tanda vital dan rentang gerak.

#### c. Studi dokumentasi dan format keperawatan medikal bedah

Peneliti menggunakan studi dokumentasi dan format asuhan keperawatan berupa hasil dan observasi kekuatan otot, hasil labor/pemeriksaan penunjang seperti :

- 1) Angiografi selebral : untuk mengetahui adanya pendarahan arteriovena
- 2) Darah lengkap : untuk mengetahui kelainan pada darah
- 3) Kimia darah : untuk mengetahui gula darah

### 2. Instrumen pengumpulan data

#### a. SOP ROM

#### b. Jadwal aktivitas

#### c. Lembar observasi kekuatan otot

#### d. Nursing kit

##### 1) Stetoskop

##### 2) Tensi

#### e. Jangkar darat

#### f. Masker

#### g. Kamera handphone

## G. Analisa Data

Data kekuatan otot fisik dan psikologis sebelum dan sesudah dilakukannya intervensi dengan tindakan ROM pasif pada pasien stroke. Data tersebut kemudian dibandingkan untuk dilakukan analisa secara kualitatif.

## H. Etika Penelitian

1. *Informed consent* (lembar persetujuan)

Sebelum peneliti memberikan perawatan terlebih dahulu melakukan kontrak kepada subjek. Memberikan penjelasan dengan tujuan dan maksud untuk menjaga kerahasiaan.

2. *Anonymity* (tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan penelitian tidak akan mencantumkan nama responden tetapi lembaran tersebut diberikan kode. Informasi responden tidak hanya dirahasiakan tapi harus juga tidak diketahui oleh publik.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Penulis menjekaskan kepada pasien tentang penyakit tidak akan menceritakan kepihak manapun kecuali kepentingan hukum atau kepentingan lain yang dapat dipertanggung jawabkan.

## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### A. Jalannya Penelitian

##### 1. Persiapan

Persiapan penelitian yang dilakukan dimulai dari mencari masalah kemudian setelah mendapat masalah penulis mulai menyusun proposal ± selama satu bulan. Setelah itu dilakukan ujian proposal dan perbaikan selama satu minggu. Kemudian mengajukan izin pra penelitian ke RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu dan dilanjutkan mengajukan izin penelitian ke KASBANPOL Provinsi Bengkulu selama 2 hari, kemudian mengajukan izin penelitian Di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu. Setelah izin penelitian keluar dilanjutkan dengan penelitian Di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu, setelah satu minggu menjalani penelitian dan pihak rumah sakit menyrankan untuk mengurus izin penelitian ke puskesmas dikarenakan pasien *stroke non hemoragic* yang sangat minim pada saat 65engkulu Di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu.

Kemudian setelah mendiskusikan pada pembimbing dan akhirnya mengajukan izin pra penelitian ke Dinas Kesehatan Kota Bengkulu, setelah itu mengajukan izin penelitian ke KASBANPOL Provinsi Bengkulu selama 2 hari, kemudian membuat izin rekomendasi penelitian ke Dinas Kesehatan Kota Bengkulu, Setelah itu mengajukan surat izin penelitian ke puskesmas sawah lebar kota 65engkulu dengan melakukan “Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik dengan latihan *range of motion* (ROM) pada pasien *stroke non hemoragic (SNH)* ”

## 2. Pelaksanaan

Pelaksanaan penelitian dimulai dari menentukan pasien yang dijadikan responden berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi, memberikan penjelasan untuk mengikuti penelitian dan *inform consent*. Maka peneliti melakukan penelitian “Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik dengan latihan *range of motion* (ROM) pada pasien *stroke non hemoragic (SNH)*”

## B. Hasil

### 1. Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja puskesmas sawah lebar kota 66engkulu, Dendan jumlah sample penelitian sebanyak 2 orang.

### 2. Pelaksanaan Studi Kasus

#### a. Pengkajian

Table 4.1 Asuhan Keperawatan

Anamnesa	Hasi Responden 1	Hasil Responden 2
Tanggal pengkajian	19 April 2021	19 April 2021
Identitas	Ny.S berusia 52 tahun ,tinggal di jalan merantih RT 30 RW 08 sawah lebar baru, telah menikah, beragama islam dan terdiagnosa <i>stroke non hemoragic</i> sejak 2 bulan yang lalu, bulan januari 2021	Tn.R Berusia 55 tahun, tinggal di jalan merantih RT 30 RW 08 sawah lebar baru, telah menikah, beragama islam dan terdiagnosa <i>stroke non hemoragic</i> sejak 1 tahun yang lalu, bulan mei 2020
Keluhan utama	Klien mengatakan tangan dan kakinya sebelah kanan sulit digerakan.	Klien mengatakan kaki kiri dan tangan kirinya sulit digerakkan dan bengkak.
Riwayat kesehatan sekarang	Klien mengatakan awalnya saat dirumah pasien merasakan kesemutan pada tangan kirinya, tiba-tiba pasien merasa pusing dan pingsan di kamar mandi, saat bangun pasien sudah	Klien mengatakan ia sering emosional sehingga tekanan darahnya naik dan merasa pusing setelah itu ia pingsan, setelah sadar ia sudah di rumah sakit dengan kaki dan tangan kiri yang susah digerakkan. Sekarang

	ada dirumah sakit, tangan dan kakinya sudah sulit digerakan. Pasien juga tidak mampu melakukan aktivitas biasanya seperti makan, minum, ganti pakaian, ganti kain karena sulit bergerak, serta klien sulit untuk berkomunikasi, serata klien mengatakan terdapat luka berwarna hitam pada bagian dekat tulang ekor ibunya.	ia sudah mulai bisa melakukan aktifitas makan dan minum sendiri namun untuk ke kamar mandi ia masih dibantu keluarga.
Riwayat penyakit dahulu	Klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi dan penyakit jantung sejak 1 tahun terakhir, pada akhir bulan februari 2021 klien masuk RSUD M.Yunus kota Bengkulu dan terdiagnosa <i>stroke non hemoragic</i>	Klien mengatakan ia mempunyai riwayat penyakit hipertensi dan kolestrol sejak berusia 30 tahun dan pada bulan desember 2020 ia pernah dirawat di RS Raflesia dikarenakan penyakit <i>stroke non hemoragic</i>
Riwayat penyakit keluarga	Anak klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mempunyai penyakit yang sama.	Pasien mengatakan ada anggota keluarga pasien yang sama terkena penyakit hipertensi yaitu ibunya namun tidak menderita stroke.
Riwayat psikologis	Klien tampak sedih karena satu bulan terakhir dia hanya bisa berbaring di tempat tidur dan tidak bisa melakukan aktifitas seperti biasa.	Pasien mengatakan pekerjaannya terhambat karena kondisinya sekarang, ia tidak bisa melakukan aktifitas seperti biasa.
Riwayat spiritual	Klien terlihat bersemangat ingin sembuh dan ia selalu berdoa dan istipar	Pasien mengatakan kalau penyakitnya sebagai tegugurran dan hanya bisa bersabar

Table 4.2 Pemeriksaan Fisik

Observasi	Hasil observasi 1	Hasil observasi 2
Keadaan umum	Composmentis	Composmentis
Sistem kardiovaskuler		
Inpeksi	: ictus cordis teraba tapi tidak terlihat	: ictus cordis teraba tapi tidak terlihat
Palpasi	: Nadi 110 x/menit	: Nadi 90 x/menit
Perkusi	: Suara redup, tidak terdapat pembengkakan kardiovaskuler	: Suara redup, tidak terdapat pembengkakan kardiovaskuler
Auskultasi	: suara jantung lup dup, irama jantung cepat TD : 140/90 mmHg,	: Bunyi jantung lup dup, irama jantung normal TD : 160/100 mmHg
Masalah keperawatan :		
Sistem pernapasan		
Inspeksi	: Retraksi dinding dada simetris, tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan, RR 22 X/menit	: Retraksi dinding dada simetris, tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan, RR 20 X/menit
Palpasi	: Retraksi dinding dada teraba simetris kiri dan kanan	: Retraksi dinding dada teraba simetris kiri dan kanan
Perkusi	: Suara lapang paru sonor	: Suara lapang paru sonor
Auskultasi	: Suara nafas vaskuler, tidak terdapat suara nafas tambahan seperti whezing/mengi	: Suara nafas vaskuler, tidak terdapat suara nafas tambahan seperti whezing/mengi
Masalah keperawatan : tidak ada		
Sistem persyarafan	a. Nervus olfaktori Tidak ada gangguan, penciuman pasien baik b. Nervus optikus Ketajaman penglihatan baik, lapang pandang baik c. Nervus okulomotor	a. Nervus olfaktori Tidak ada gangguan, penciuman pasien baik b. Nervus optikus Ketajaman penglihatan baik, lapang pandang baik c. Nervus okulomotor

	Respon pupil terhadap cahaya normal	Respon pupil terhadap cahaya normal
d.	Nervus Throklear Bola mata pasien bergerak simetris	d. Nervus Throklear Bola mata pasien bergerak simetris
e.	Nervus Abdusen Tidak ada nistagmus pada pasien	e. Nervus Abdusen Tidak ada nistagmus pada pasien
f.	Nervus Trigemenial Pasien tampak bisa membedakan sentuhan halus dan nyeri, reflek kornea normal, reflek rahang normal.	f. Nervus Trigemenial Pasien tampak bisa membedakan sentuhan halus dan nyeri, reflek kornea normal, reflek rahang normal.
g.	Nervus fasialis Pasien dapat mengangkat alis dan mengerutkan dahinya, saat menggembungkan pipinya, pipinya tampak simetris	g. Nervus fasialis Pasien dapat mengangkat alis dan mengerutkan dahinya, saat menggembungkan pipinya, pipinya tampak simetris
h.	Nervus vestibulokoklear Pasien dapat mendengar dengan baik	h. Nervus vestibulokoklear Pasien dapat mendengar dengan baik
i.	Nervus vagus Pasien mengatakan tidak ada mengalami kesulitan menelan	i. Nervus vagus Pasien mengatakan tidak ada mengalami kesulitan menelan
j.	Nervus Assesoris Pasien sulit menggerakkan tangan sebelah kanan dan kakinya sebelah kanan	j. Nervus Assesoris Pasien sulit menggerakkan tangan sebelah kiri dan kakinya sebelah kiri
k.	Nervus Hipoglosus Pasien dapat menggerakkan lidah dari sisi ke sisi yang lainnya	k. Nervus Hipoglosus Pasien dapat menggerakkan lidah dari sisi ke sisi yang lainnya

---

#### Sistem perkemihan

Inspeksi	: Pasien tidak terpasang kateter tetapi pasien memakai pempers karena tidak mampu berjalan ke kamar mandi	: Pasien tidak terpasang kateter
Palpasi	: Tidak ada nyeri tekan	: Tidak ada nyeri tekan

	pada kandung kemih	pada kandung kemih
Masalah keperawatan : tidak ada		
Sistem pencernaan		
inspeksi	: mulut simetris, tidak terdapat pembengkakan vena jugularis, Perut tampak simetris, tidak ada luka	: mulut simetris, tidak terdapat pembengkakan vena jugularis, Perut tampak simetris, tidak ada luka
Palpasi	: Tidak ada nyeri tekan, di sekitar mulut, tenggorokan dan pada abdomen	: Tidak ada nyeri tekan, di sekitar mulut, tenggorokan dan pada abdomen
Perkusi	: Suara abdomen timpani	: Suara abdomen timpani
Auskultasi	: Bising usus normal (15 x/menit )	: Bising usus normal (13x/menit )
Masalah keperawatan : tidak ada		
Sistem muskuloskeletal		
Inspeksi	: Pasien tampak sulit menggerakkan tangan dan kakinya sebelah kanan, rentang gerak menurun dan, pasien mengalami kelemahan dan penurunan kekuatan otot pada ekstremitas kanan atas dan bawah, aktivitas pasien sehari hari tampak dibantu keluarga, pasien tampak hanya berbaring ditempat tidur kekuatan otot :	: Pasien tampak sulit menggerakkan tangan dan kakinya sebelah kiri, rentang gerak menurun dan, pasien mengalami kelemahan dan penurunan kekuatan otot pada ekstremitas kiri atas dan bawah, aktivitas pasien sehari-hari tampak dibantu keluarga, pasien tampak hanya duduk dan berbaring di rumah kekuatan otot :
	$\begin{array}{r l} 111 & 444 \\ \hline 111 & 444 \end{array}$	$\begin{array}{r l} 555 & 333 \\ \hline 555 & 333 \end{array}$
Palpasi	: Tidak ada benjolan pada ekstremitas, tidak ada nyeri tekan pada ekstremitas.	: Tidak ada benjolan pada ekstremitas, tidak ada nyeri tekan pada ekstremitas.

Masalah keperawatan :	<b>gangguan mobilitas fisik</b>	<b>gangguan mobilitas fisik</b>
Sistem integument		
Inspeksi	: turgor kulit kurang baik kembali dengan waktu 5 detik, terdapat luka dekubitus pada sekitar tulang ekor. Suhu 36,5 C	: turgor kulit kurang baik kembali dengan waktu 4 detik, terdapat bintik-bintik hitam seperti ingin meneghapus pada kulit bagian ujung kaki dan tangan yang berwarna hitam kemerahan dan hematoma. Suhu 37 C
Palpasi	: Terdapat edema pada bagian ektermitas atas dan kanan bawah.	: Terdapat edema pada bagian ektermitas atas dan kanan bawah.
Masalah keperawatan :	<b>Gangguan integritas kulit/ jaringan</b>	<b>Gangguan integritas kulit/ jaringan</b>

Table 4.3 aktivitas sehari-hari responden 1

No	Pola sehari-hari	Sebelum sakit	Selama sakit
1	Pola nutrisi		
	Makan		
	a. Jenis makanan	Nasi	Nasi
	b. Jumlah/porsi	1 porsi	1 porsi
	c. Jadwal	3 kali (pagi, siang, malam)	3 kali (pagi, siang, malam)
	d. Masalah	Tidak ada	Tidak ada
2	Minum		
	a. Jenis minuman	Air putih	Air putih
	b. Jumlah	8 gelas	5 gelas
	c. Masalah	Tidak ada	Tidak ada
3	BAB		

	a. Frekuensi	1 kali	1 kali
	b. Konsentrasi	Lunak	Lunak
	c. Masalah	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan
4	Jumlah jam tidur		
	a. Siang	1 jam setengah	1 jam
	b. Malam	8 jam	8 jam
	c. Masalah	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan
5	Personal hygen		
	a. Mandi	2 kali/hari	2 kali pagi di bantu ke kmar mandi dan sore dilap dengan waslap
	b. Gosok gigi	2 kali	1 kali
	c. Kuku		Bersih
	d. Rambut		Tampak kusut
	e. Pakaian		Kusut
	f. Tempat tidur		Rapi
	g. Aktivitas	Mandiri	Dibantu keluarga
	MK :		

Table 4.4 aktivitas sehari-hari pasien 2

No	Pola sehari-hari	Sebelum sakit	Selama sakit
1	Pola nutrisi		
	Makan		
	a. Jenis makanan	Nasi	Nasi
	b. Jumlah/porsi	1 porsi	1 porsi
	c. Jadwal	3 kali (pagi, siang, malam)	3 kali (pagi, siang, malam)
	d. Masalah	Tidak ada	Tidak ada

2	Minum		
	a. Jenis minuman	Air putih	Air putih
	b. Jumlah	8 gelas	5 gelas
	c. Masalah	Tidak ada	Tidak ada
3	BAB		
	a. Frekuensi	1 kali	1 kali
	b. Konsentrasi	Lunak	Lunak
	c. Masalah	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan
4	Jumlah jam tidur		
	a. Siang	1 jam setengah	3 jam
	b. Malam	8 jam	8 jam
	c. Masalah	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan
5	Personal hygen		
	a. Mandi	2 kali/hari	2 kali
	b. Gosok gigi	2 kali	1 kali
	c. Kuku		Bersih
	d. Rambut		Tampak kusut
	e. Pakaian		Tampak kusut
	f. Tempat tidur		Tampak tidak rapi
	g. Aktivitas	Mandiri	Dibantu keluarga
	<b>MK : defisit perawatan diri</b>		

**b. Diagnosa keperawatan**

## 1) Analisa data

Table 4.5 Analisa data responden 1

No	Data	Etiologi	Masalah keperawatan
1	<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan tatangan dan kakinya sebelah kanan sulit digerakan</li> <li>Klien mengtakan aktifitas dibantu keluarga</li> </ol> <p>Do</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak sulit menggerakkan tangan dan kakinya sebelah kanan</li> <li>Pasien mengalami kelemahan dan penurunan kekuatan otot pada ekstremitas kanan atas dan bawah,</li> <li>Tampak hanya berbaring ditempat tidur</li> <li>Kekuatan otot</li> </ol> $\frac{111 444}{111 444}$	<p><i>Stroke non hemoragic</i></p> <p>↓</p> <p>Disfungsi N.XI (aksesorius)</p> <p>↓</p> <p>Kelemahan anggota gerak</p> <p>↓</p> <p>Gangguan mobiltas fisik</p>	Gangguan mobilitas fisik
2	<p>Ds</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan tangan dan kakinya sebelah kiri sulit digerakan</li> <li>Pasien juga mengatakan tidak mampu melakukan aktivitas biasanya seperti makan, minum, ganti pakaian, ganti kain karena sulit bergerak</li> </ol> <p>Do :</p>	<p>Disfungsi N.XI(aksesorius)</p> <p>↓</p> <p>kelemahan anggota gerak</p> <p>↓</p> <p>tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri</p> <p>↓</p> <p>defisit perawatan diri</p>	Deficit perawatan diri

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak aktivitas sehari-hari dibantu keluarga</li> <li>2. Pasien tampak hanya berbaring ditempat tidur</li> <li>3. Pasien memakai pempers karena tidak mampu berjalan dikamar mandi</li> <li>4. Rambut tampak kusut</li> <li>5. Pakaian tampak kusut</li> </ol>		
3	<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. anak klien mengatakan terdapat luka berwarna hitam pada bagian sekitar tulang ekor ibunya.</li> </ol> <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. kulit tampak kemerahan</li> <li>2. turgor kulit kurang baik kembali dalam waktu 5 detik</li> <li>3. terdapat luka dekubitus pada bagian dekat tulang ekor.</li> </ol>	<p><i>Stroke non hemoragic</i></p> <p>↓</p> <p>Disfungsi X.XI (aksesorius)</p> <p>↓</p> <p>Kelemahan pada anggota gerak</p> <p>↓</p> <p>Tira baring lama</p> <p>↓</p> <p>Gangguan integritas kulit/ jaringan</p>	<p>Gangguan integritas kulit/ jaringan</p>

Table 4.6 Analisa data responden 2

No	Data	Etiologi	Masalah keperawatan
1.	<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan tangan dan kakinya sebelah kiri sulit digerakan</li> <li>2. Aktifitas dibantu keluarga</li> </ol> <p>Do</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Pasien tampak sulit menggerakkan tangan dan kakinya sebelah</li> </ol>	<p><i>Stroke non hemoragic</i></p> <p>↓</p> <p>Disfungsi N.XI (aksesorius)</p> <p>↓</p> <p>Kelemahan anggota gerak</p> <p>↓</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik</p>

4. Pasiemengalami kelemahan dan penurunan kekuatan otot pada ekstremitas kiri atas dan bawah, 5. Kekuatan otot $\begin{array}{r l} 555 & 333 \\ \hline 555 & 333 \end{array}$	Gangguan mobiltas fisik
---	-------------------------

2. Ds : 1. klien mengatakan kaki dan tngannya bengkak Do : 1. kulit tampak kemerahan 2. terdapat bintik-bintik hitam seperti ingin meneghapus pada kulitbagian ujung kaki dan tangan yang berwarna hitam kemerahan 3. turgor kulit kurang baik kembali dalam waktu 4 detik 4. terdapat edema pada ekstermitas bawah	<i>Stroke non hemoragic</i> ↓ Disfungsi X.XI (aksesorius) ↓ Kelemahan pada anggota gerak ↓ Tira baring lama ↓ Gangguan integritas kulit/ jaringan	Gangguan integritas kulit / jaringan
---	---	--------------------------------------

## 2) Diagnosa keperawatan responden 1

- a) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neuromaskular ditandai dengan sulit menggerakkan tangan dan kakinya sebelah kanan, kekuatan otot menurun, gerakan terbatas
- b) Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilisasi ditandai dengan terdapat luka dekubitus dan hematoma
- c) Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal ditandai dengan tidak mampu mandi/menggunakan pakaian/ke toilet/berhias secara mandiri

## 3) Diagnosa keperawatan responden 2

- a) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neuromaskular ditandai dengan sulit menggerakkan tangan dan kakinya sebelah kiri, kekuatan otot menurun, gerakan terbatas

- b) Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilisasi ditandai dengan hematoma

## c. Intervensi keperawatan

Table 4.7 Intervensi Keperawatan

No.	Dx keperawatan	Intervensi keperawatan
1.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan rentang gerak menurun	<p><b>Intervensi Responden 1 dan 2</b></p> <p><b>Manajemen program latihan (ROM)</b></p> <p><b>a. Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi pengetahuan dan pengalaman aktiitas fisik sebelumnya</li> <li>2) Mengukur kekuatan otot sebelum dan sesudah dilakukan ROM</li> </ol> <p><b>b. Tindakan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Motivasi untuk memulai/melanjutkan aktifitas fisik ROM</li> <li>2) Motivasi menjadwalkan program akivitas fisik ROM dari regular menjadi rutin</li> </ol> <p><b>c. Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan manfaat aktivitas fisik ROM</li> <li>2) Anjurkan tehnik pernapasan yang tepat selama latihan ROM</li> <li>3) Ajarkan menghindari cedera saat aktiitas fisik</li> <li>4) Libatkan keluarga dalam terapi ROM terhadap klien</li> </ol>
2.	Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal ditandai dengan tidak mampu mandi/menggunakan pakaian/ke toilet/berhias secara mandiri	<p><b>Intervensi Responden 1</b></p> <p><b>Dukungan perawatan diri : mandi</b></p> <p><b>a. Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi kebutuhan seperti, makan, BAB/BAK, berpakaian, mandi, dll</li> </ol> <p><b>b. Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sediakan lingkungan yang nyaman rileks dan privasi</li> <li>2) Siapkan keperluan pribadi seprti parfum, sikat gigi, dan sabun mandi.</li> <li>3) Dampingi dan bantu melakukan perawatan diri sampai mandiri</li> </ol> <p><b>c. Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Anjurkan melakukan perawatan diri sesuai kemampuan</li> <li>2) Libatkan keluarga dalam membantu perawatan diri klien</li> </ol>

---

3. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas ditandai dengan terdapat luka dekubitus dan hematoma	<b>Intervensi Responden 1</b> <b>Perawatan luka</b> <b>d. Observasi</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Memonitor karakteristik luka(mis: drainase, warna,ukuran ,bauk)</li><li>2) Memonitor tanda-tanda infeksi</li></ol> <b>e. Terapeutik</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Lepaskan balutan dan plaster secara perlahan</li><li>2) Bersihkan dengan cairan NaCl</li><li>3) Bersihkan jaringan nekrotik</li><li>4) Berikan salap yang sesuai ke luka/lesi</li><li>5) Pasang balutan sesuai jenis luka</li><li>6) Pertahankan tehnik steril saat melakukan perawatan luka</li><li>7) Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam</li></ol> <b>f. Edukasi</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li><li>2) Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li><li>3) Ajarkan prosedur perawatan luka secara sederhana</li></ol>
4. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas ditandai dengan hematoma	<b>Intervensi responden 2</b> <b>Perawatan integritas kulit</b> <b>a. Observasi</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, perubahan kelembapan, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas)</li></ol> <b>b. Terapeutik</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Ubah posisi setiap 2 jam sekali jika tirabaring</li><li>2) Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang ,jika perlu</li><li>3) Gunakan produk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering</li></ol> <b>c. Edukasi</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum)</li><li>2) Anjurkan minum air yang cukup</li><li>3) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li></ol>

---

- 
- 4) Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur
  - 5) Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim
  - 6) Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 menit saat berada di luar rumah
  - 7) Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya
- 

#### d. Implementasi keperawatan

Tabel 4.8 Implementasi Responden 1

Diagnosa Keperawatan	Hari/tanggal/jam	Implementasi	Respon Hasil	Evaluasi pormatif
<b>Hari ke 1</b>				
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan rentang gerak menurun	Selasa 20 april 2021 09:00- 09:30	<b>Intervensi (manajemen program latihan)</b> 1. Menanyakan pada pasien apakah selama dirumah pasien pernah melakukan latihan aktivitas fisik 2. Mengukur kekuatan otot pasien 3. Menjelaskan apa itu aktifitas ROM dan manfaat aktivitas fisik ROM untuk pasien 4. Memotivasi pasien untuk bersedia memulai melakukan aktifitas fisik ROM demi kesembuhannya 5. Menanyakan pada pasien apakah bersedia melakukan tindakan aktifitas fisik ROM pasif 2 kali sehari pada saat pagi dan sore hari	<b>Intervensi (manajemen program latihan)</b> 1. pasien mengatakan tidak ada melakukan latihan aktifitas 2. kekuatan otot 111 444 111 444 3. Pasien dan keluarga tampak paham apa itu ROM dan manfaat dari latihan ROM 4. Pasien mau memulai melakukan aktifitas latihan ROM 5. Pasien mengatakan pasien mau melakukan latihan 2 kali sehari 6. Tidak ada barang yg didekat pasien bisa menyebabkan cedera 7. Pasien paham cara nafas dalam 8. Pasien tampak santai saat dilakukan Rom. Keluarga tampak paham gerakan latihan	S : Pasien mengatakan pasien mau melakukan latihan 2 kali sehari  O : kekuatan otot 111 444 111 444 Pasien mau memulai melakukan aktifitas latihan ROM  A : Maslah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan  I :

		6. Menjauhkan benda-benda yang dapat mencederai selama latihan aktivitas fisik	rom dan juga membantu pasien melakukan rom pasif	Intervensi utama (2,4,6,7,8,9)
		7. Mengajarkan pada pasien cara nafas dalam dan menyuruh pasien melakukan saat dilakukan ROM pasif	9. 111 444 111 444	E : Kekuatan otot 111 444 111 444
		8. Melakukan latihan ROM pasif pada pasien dan megajarkan pada keluarga gerakan-gerakan latihan Rom pasif		R :-
		9. Mengukur kembali kekuatan otot setelah dilakukan rom pasif		
Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal ditandai dengan tidak mampu mandi/menggunakan pakaian/ke toilet/berhias secara mandiri	09:00-10:00	<b>Intervensi (perawatan diri mandi)</b> 1. Menanyakan pada pasien apakah aktivitas seperti makan, minum mengelap badan, mengganti pakaian dan lain-lain dilakukan sendiri atau bantuan 2. Menyediakan lingkungan yang nyaman, sarung bantal, kain, pakaian pada pasien 3. Menyuruh keluarga menyiapkan keperluan pribadi seperti parfum, sikat gigi, supaya pasien terhindar dari bau badan 4. Membantu pasien dalam melakukan perawatan diri seperti mengelap	<b>Intervensi (perawatan diri mandi)</b> 1. Pasien mengatakan aktivitas dibantu keluarga mulai dari makan, minum, mengelap badan, menangani pakaian 2. Lingkungan tampak rapi, sarung dan kain sudah terganti 3. Terdapat sikat gigi, minyak zaitun di meja pasien 4. Pasien tampak rapi dan wangi 5. Pasien tampak belum mampu melakukan perawatan diri secara mandiri 6. Tampak keluarga membantu dalam memenuhi perawatan diri pasien	S : 1. Pasien mengatakan aktivitas dibantu keluarga mulai dari makan, minum ganti pakaian, dan lain-lain O : 1. Lingkungan tampak rapi 2. Aktivitas sehari-hari tampak dibantu keluarga 3. Pasien tampak belum mampu melakukan perawatan diri secara mandiri A : Maslah belum teratasi

		<p>badan, menggosokan minyak zaitun dan berganti pakaian</p> <p>5. Menyuruh pasien untuk melakukan perawatan diri sesuai kemampuan, seperti aktivitas makan dan minum</p> <p>6. Melibatkan keluarga dalam membantu perawatan diri klien</p>		<p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>I : Intervensi (2,3,4,5,6)</p> <p>E : Pasien belum mampu melakukan perawatan diri secara mandiri</p> <p>R :</p>
<p>Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilisasi ditandai dengan terdapat luka dekubitus dan hematoma</p>	<p>10:00-10:30</p>	<p><b>Intervensi utama</b></p> <p><b>Perawatan luka</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor: drainase, warna, ukuran, bauk</li> <li>2. Memonitor tanda-tanda infeksi</li> <li>3. Mepaskan balutan dan plaster secara perlahan</li> <li>4. Membersihkan dengan cairan NaCl</li> <li>5. membersihkan jaringan nekrotik</li> <li>6. memberikan salap yang sesuai ke luka/lesi</li> <li>7. memasang balutan/plaster pada luka</li> <li>8. menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam sekali kepada klien dan minta bantuan keluarga.</li> <li>9. menjelaskan tanda dan</li> </ol>	<p><b>Intervensi utama</b></p> <p><b>Perawatan luka</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. tidak terdapat nana pada luka, warna luka kemerahan, ukuran luas luka 4cm luka sedikit berbauk.</li> <li>2. Tidak terdapat tanda-tanda infeksi</li> <li>3. Balutan luka telah dilepas</li> <li>4. Luka telah dibersihkan dengan NaCl</li> <li>5. Jaringan nekrotik telah dibersihkan</li> <li>6. Luka telah diolesi salap</li> <li>7. Tampak balutan luka sudah terpasang dengan rapi</li> <li>8. Klien dan keluarga mengatakan akan merubah posisi setiap 2 jam sekali</li> <li>9. Tidak terdapat tanda dan gejala infeksi</li> <li>10. Klien dan keluarga mengatakan</li> </ol>	<p>S : Klien dan keluarga mengatakan akan merubah posisi setiap 2 jam sekali</p> <p>O : Tidak terdapat tanda-tanda infeksi, tidak terdapat nana pada luka, warna luka kemerahan, ukuran luas luka 4cm luka sedikit berbauk.</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>I : Intervensi(1-11)</p> <p>E : Keluarga tampak belum terlalu mengerti prosedur</p>

		gejala infeksi	mengerti makanan apa saja yang tidak boleh dan boleh dikonsumsi	perawatan luka secara mandiri
		10. menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein kepada klien dan libatkan keluarga	11. Keluarga tampak belum terlalu mengerti prosedur perawatan luka secara mandiri	R : Anjurkan keluarga membersihkan luka klien jika terlihat kotor.
		11. mengajarkan prosedur perawatan luka secara sederhana		
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan rentang gerak menurun	16:00-16:30	<b>Intervensi (manajemen program latihan)</b> 1. Mengukur kekuatan otot pasien 2. Memotivasi pasien untuk bersedia memulai melakukan aktifitas fisik ROM demi kesembuhannya 3. Menjauhkan benda-benda yang dapat mencederai selama latihan aktivitas fisik 4. Mengajarkan pada pasien cara nafas dalam dan menyuruh pasien melakukan saat dilakukan ROM pasif 5. Melakukan latihan ROM pasif pada pasien dan megajarkan pada keluarga gerakan-gerakan latihan Rom pasif 6. Mengukur kembali kekuatan otot setelah dilakukan rom pasif	<b>Intervensi (manajemen program latihan)</b> 1. kekuatan otot 111 444 111 444 2. Pasien tampak bersemngat melanjutkan kembali aktifitas latihan ROM 3. Tidak ada barang yg didekat pasien bisa menyebabkan cedera 4. Pasien tampak menggunakan nafas dalam saat dilakukan rom pasif 5. Pasien tampak bersemangat saat dilakukan Rom. Keluarga tampak paham gerakan latihan ROM dan juga membantu melakukan rom pasif pada pasien 6. 111 444 111 444	S : Klien mengatakan ia ingin cepat sembuh O : kekuatan otot 111 444 111 444 A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan I : Intervensi(1-6) E : kekuatan otot 111 444 111 444 R :

Hari ke 2				
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan rentang gerak menurun	Rabu,2 1-04- 2021 09:00- 09-30	<b>Intervensi (manajemen program latihan)</b> 1. Mengukur kekuatan otot pasien 2. Memotivasi pasien untuk bersedia memulai melakukan aktifitas fisik ROM demi kesembuhannya 3. Menjauhkan benda-benda yang dapat mencederaikan selama latihan aktivitas fisik 4. Mengajarkan pada pasien cara nafas dalam dan menyuruh pasien melakukan saat dilakukan ROM pasif 5. Melakukan latihan ROM pasif pada pasien dan megajarkan pada keluarga gerakan-gerakan latihan Rom pasif 6. Mengukur kembali kekuatan otot setelah dilakukan rom pasif	<b>Intervensi (manajemen program latihan)</b> 1. kekuatan otot 111 444 111 444 2. Pasien tampak bersemngat melanjutkan kembali aktifitas latihan ROM 3. Tidak ada barang yg didekat pasien bisa menyebabkan cedera 4. Pasien tampak menggunakan nafas dalam saat dilakukan rom pasif 5. Pasien tampak bersemangat saat dilakukan Rom. Keluarga tampak paham gerakan latihan ROM dan juga membantu melakukan rom pasif pada pasien setiap hari 6. 111 444 111 444	S : Klien mengtakan ingin cepat sembuh O : Pasien tampak bersemangat saat dilakukan Rom. A : Maslah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan I : Intervensi(1-6) E : kekuatan otot 111 444 111 444 R :
Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal ditandai dengan tidak mampu	09:30- 10:00	<b>Intervensi (perawatan diri mandi)</b> 1. Menyediakan lingkungan yang nyaman, sarung bantal, kain, pakaian pada pasien 2. Menyuruh keluarga menyiapkan keperluan pribadi seperti parfum, sikat gigi, supaya pasien terhindar dari bau badan	<b>Intervensi (perawatan diri mandi)</b> 1. Lingkungan tampak rapi, sarung dan kain sudah terganti 2. Terdapat sikat gigi, minyak zaitun di meja pasien 3. Pasien tampak rapi dan wangi 4. Pasien masih dibantu keluarga 5. Tampak keluarga sudah membantu pasien setiap hari	S : 1. Pasien mengtakan sudah lebih baik dari sebelumnya O : 1. Lingkungan tampak rapi A : Maslah belum teratasi P :

mandi/mengg unakan pakaian/ke toilet/berhias secara mandiri		<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Membantu pasien dalam melakukan perawatan diri seperti mengelap badan, menggosokan minyak zaitun dan berganti pakaian</li> <li>4. Menyuruh pasien untuk melakukan perawatan diri sesuai kemampuan, seperti aktivitas makan dan minum</li> <li>5. Melibatkan keluarga dalam membantu perawatan diri klien</li> </ol>		<p>Intervensi dilanjutkan</p> <p>I :</p> <p>E :</p> <p>Pasien tampak rapi</p> <p>R :</p>
Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitasi ditandai dengan terdapat luka dekubitus dan hematoma	10:00-10:30	<p><b>Intervensi utama</b></p> <p><b>Perawatan luka</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor: drainase, warna, ukuran, bauk</li> <li>2. Memonitor tanda-tanda infeksi</li> <li>3. Mepaskan balutan dan plaster secara perlahan</li> <li>4. Membersihkan dengan cairan NaCl</li> <li>5. membersihkan jaringan nekrotik</li> <li>6. memberikan salap yang sesuai ke luka/lesi</li> <li>7. memasang balutan/plaster pada luka</li> <li>8. menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam sekali kepada klien dan minta bantuan keluarga.</li> </ol>	<p><b>Intervensi utama</b></p> <p><b>Perawatan luka</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. tidak terdapat nana pada luka, warna luka kemerahan tampak daging sudah tumbuh, ukuran luas luka 4cm luka sedikit berbauk.</li> <li>2. Tidak terdapat tanda-tanda infeksi</li> <li>3. Balutan luka telah dilepas</li> <li>4. Luka telah dibersihkan dengan NaCl</li> <li>5. Jaringan nekrotik telah dibersihkan</li> <li>6. Luka telah diolesi salap</li> <li>7. Tampak balutan luka sudah terpasang dengan rapi</li> <li>8. Klien dan keluarga mengerti untuk merubah posisi setiap 2 jam sekali</li> <li>9. Klien dan keluarga mengatakan mengerti makanan apa saja yang</li> </ol>	<p>S :</p> <p>Klien dan keluarga mengatakan mengerti makanan apa saja yang tidak boleh dan boleh dikonsumsi</p> <p>O :</p> <p>tidak terdapat nana pada luka, warna luka kemerahan tampak daging sudah tumbuh, ukuran luas luka 4cm luka sedikit berbauk</p> <p>A :</p> <p>Maslah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <p>I :</p> <p>Intervensi(1-10)</p> <p>E :</p> <p>Keluarga mengatakan</p>

		9. menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein kepada klien dan libatkan keluarga	tidak boleh dan boleh dikonsumsi		belum terlalu mengerti prosedur perawatan luka secara mandiri
		10. mengajarkan prosedur perawatan luka secara sederhana	10. Keluarga mengatakan belum terlalu mengerti prosedur perawatan luka secara mandiri		R :
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan rentang gerak menurun	16:00-16:30	<b>Intervensi (manajemen program latihan)</b>	<b>Intervensi (manajemen program latihan)</b>		S :
		1. Mengukur kekuatan otot pasien	1. kekuatan otot 111 444		klien mengatakan sangat bersemngat untuk melanjutkan kembali aktifitas latihan ROM, ia mengatakan lebih baik dari hari sebelumnya.
		2. Memotivasi pasien untuk bersedia memulai melakukan aktifitas fisik ROM demi kesembuhannya	2. klien mengatakan sangat bersemngat untuk melanjutkan kembali aktifitas latihan ROM, ia mengatakan lebih baik dari hari sebelumnya.		O :
		3. Menjauhkan benda-benda yang dapat mencederai selama latihan aktivitas fisik	3. Tidak ada barang yg didekat pasien bisa menyebabkan cedera		kekuatan otot 111 444
		4. Mengajarkan pada pasien cara nafas dalam dan menyuruh pasien melakukan saat dilakukan ROM pasif	4. Pasien tampak menggunakan nafas dalam saat dilakukan rom pasif		111 444
		5. Melakukan latihan ROM pasif pada pasien dan megajarkan pada keluarga gerakan-gerakan latihan Rom pasif	5. Pasien tampak bersemangat saat dilakukan Rom. Keluarga tampak paham gerakan latihan ROM dan juga membantu melakukan rom pasif pada pasien		A :
		6. Mengukur kembali kekuatan otot setelah dilakukan rom pasif	6. 111 444		Maslah belum teratasi
			111 444		P :
					Intervensi dilanjutkan
					I :
					Intervensi(1-6)
					E :
					kekuatan otot 111 444
					111 444
					R :

Hari ke 3				
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan rentang gerak menurun	Kamis, 22-04-2021 09:00-09:30	<b>Intervensi (manajemen program latihan)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengukur kekuatan otot pasien</li> <li>Memotivasi pasien untuk bersedia memulai melakukan aktifitas fisik ROM demi kesembuhannya</li> <li>Menjauhkan benda-benda yang dapat mencedera selama latihan aktivitas fisik</li> <li>Mengajarkan pada pasien cara nafas dalam dan menyuruh pasien melakukan saat dilakukan ROM pasif</li> <li>Melakukan latihan ROM pasif pada pasien dan megajarkan pada keluarga gerakan-gerakan latihan Rom pasif</li> <li>Mengukur kembali kekuatan otot setelah dilakukan rom pasif</li> </ol>	<b>Intervensi (manajemen program latihan)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>kekuatan otot 222 444 222 444</li> <li>Pasien tampak bersemngat melanjutkan kembali aktifitas latihan ROM, klien mengatkan jari tangan dan kakinya sudah mulai bisa digerakkan.</li> <li>Plang kasur tampak turun,tidak ada barang yg didekat pasien bisa menyebabkan cedera</li> <li>Pasien melakukan tehnik nafas dalam selama dilakukan rom pasif</li> <li>Pasien tampak bersemangat saat dilakukan Rom pada kaki dan tangan pasien mengalami kemajuan dari hanya teraba kontraksi, sekarang sudah ada gerakan pada sendi tetapi tidak dapat. Keluarga tampak paham gerakan latihan ROM dan juga membantu melakukan rom pasif pada pasien 222 444 222 444</li> </ol>	<b>S :</b> klien mengatkan jari tangan dan kakinya sudah mulai bisa digerakkan. <b>O :</b> kekuatan otot 222 444 222 444 <b>A :</b> Masalh belum teratasi <b>P :</b> Intervensi dilanjutkan <b>I :</b> Intervensi(1-6) <b>E :</b> Pasien tampak bersemangat saat dilakukan Rom pada kaki dan tangan pasien mengalami kemajuan dari hanya teraba kontraksi, sekarang sudah ada gerakan pada sendi tetapi tidak dapat. Keluarga tampak paham gerakan latihan ROM dan juga membantu melakukan rom pasif pada pasien <b>R :</b>

Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal ditandai dengan tidak mampu mandi/menggunakan pakaian/ke toilet/berhias secara mandiri	09:30-10:00	<b>Intervensi (perawatan diri mandi)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyediakan lingkungan yang nyaman, sarung bantal, kain, pakaian pada pasien</li> <li>2. Menyuruh keluarga menyiapkan keperluan pribadi seperti parfum, sikat gigi, supaya pasien terhindar dari bau badan</li> <li>3. Membantu pasien dalam melakukan perawatan diri seperti mengelap badan, menggosokkan minyak zaitun dan berganti pakaian</li> <li>4. Menyuruh pasien untuk melakukan perawatan diri sesuai kemampuan, seperti aktivitas makan dan minum</li> <li>5. Melibatkan keluarga dalam membantu perawatan diri klien</li> </ol>	<b>Intervensi (perawatan diri mandi)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lingkungan tampak rapi, sarung dan kain sudah terganti</li> <li>2. Terdapat sikat gigi, minyak zaitun di meja pasien</li> <li>3. Pasien tampak rapi dan wangi</li> <li>4. Pasien masih dibantu keluarga untuk mandi</li> <li>5. Tampak keluarga sudah membantu pasien setiap hari</li> </ol>	<b>S :</b> Klien mengatakan ia sudah mandi <b>O :</b> Pasien tampak rapi dan wangi <b>A :</b> Maslah belum teratasi <b>P :</b> Intervensi dilanjutkan <b>I :</b> Intervensi(1-5) <b>E :</b> Pasien masih dibantu keluarga untuk mandi <b>R :</b>
Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilisasi ditandai dengan terdapat luka dekubitus dan	10:00-10:30	<b>Intervensi utama Perawatan luka</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor: drainase, warna, ukuran, bauk</li> <li>2. Memonitor tanda-tanda infeksi</li> <li>3. Melepaskan balutan dan plaster secara perlahan</li> <li>4. Membersihkan dengan cairan NaCl</li> <li>5. membersihkan jaringan</li> </ol>	<b>Intervensi utama Perawatan luka</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. tidak terdapat pust, warna luka pink, ukuran luka 4cm luka sudah tidak berbauk lagi.</li> <li>2. tidak terdapat tanda-tanda infeksi</li> <li>3. balutan dan plaster sudah dilepas</li> <li>4. luka sudah dibersihkan dengan NaCl</li> </ol>	<b>S :</b> klien mengatakan sudah mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein <b>O :</b> tidak terdapat pust, warna luka pink, ukuran luka 4cm luka sudah tidak berbauk lagi.

hematoma		nekrotik	5. jaringan nekrotik sudah dibersihkan	A : Maslah belum teratasi
		6. memberikan salap yang sesuai ke luka/lesi	6. luka sudah dioleskan salap	P :
		7. memasang balutan/plaster pada luka	7. luka sudah ditutup dengan balutan dan plaster	Intervensi dilanjutkan
		8. menjadwalkan perubhan posisi setiap 2 jam sekali kepada klien dan minta bantuan keluarga.	8. memberitau klien dan keluarga untuk merubah posisi pada jam 12 :30 siang nanti dan 13 : 30 dss	I : Intervensi(1-10)
		9. menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein kepada klien dan libatkan keluarga	9. klien mengatakan sudah mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein	E : keluarga sudah bisa melakukan perawatan luka sederhana
		10. mengajarkan prosedur perawatan luka secara sederhana kepada keluarga	10. keluarga sudah bisa melakukan perawatan luka sederhana	R :
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan rentang gerak menurun	16:00-16:30	<b>Intervensi (manajemen program latihan)</b>	<b>Intervensi (manajemen program latihan)</b>	S : Klien mengatakan ia sangat bersemangat untuk sembuh
		1. Mengukur kekuatan otot pasien	1. kekuatan otot 222 444	O :
		2. Memotivasi pasien untuk bersedia memulai melakukan aktifitas fisik ROM demi kesembuhannya	2. Pasien tampak bersemngat melanjutkan kembali aktifitas latihan ROM	Pasien tampak bersemangat saat dilakukan Rom pada kaki dan tangan pasien masih sama seperti hari-hari sebelumnya.
		3. Menjauhkan benda-benda yang dapat mencederai selama latihan aktivitas fisik	3. Tidak ada barang yg didekat pasien bisa menyebabkan cedera	A : Masalah belum teratasi
		4. Mengajarkan pada pasien cara nafas dalam dan menyuruh pasien melakukan saat dilakukan ROM pasif	4. Pasien melakukan tehnik nafas dalam selama dilakukan rom pasif	P :
		5. Melakukan latihan ROM pasif	5. Pasien tampak bersemangat saat dilakukan Rom pada kaki dan tangan pasien masih sama seperti	Intervensi dilanjutkan

		pada pasien dan megajarkan pada keluarga gerakan-gerakan latihan Rom pasif	6. 222 444 222 444	hari-hari sebelumnya.	I : Intervensi(1-6) E : kekuatan otot 222 444 222 444
		6. Mengukur kembali kekuatan otot setelah dilakukan rom pasif			R :
<hr/>					
Hari ke 4					
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan rentang gerak menurun	Jumat,2 3-04- 2021 09:00- 09:30	<b>Intervensi (manajemen program latihan)</b> 1. Mengukur kekuatan otot pasien 2. Memotivasi pasien untuk bersedia memulai melakukan aktifitas fisik ROM demi kesembuhannya 3. Menjauhkan benda-benda yang dapat mencederai selama latihan aktivitas fisik 4. Mengajarkan pada pasien cara nafas dalam dan menyuruh pasien melakukan saat dilakukan ROM pasif 5. Melakukan latihan ROM pasif pada pasien dan megajarkan pada keluarga gerakan-gerakan latihan Rom pasif 6. Mengukur kembali kekuatan otot setelah dilakukan rom pasif	<b>Intervensi (manajemen program latihan)</b> 1. kekuatan otot 222 444 222 444 2. Pasien tampak bersemngat melanjutkan kembali aktifitas latihan ROM 3. Tidak ada barang yg didekat pasien bisa menyebabkan cedera 4. Pasien melakukan tehnik nafas dalam selama dilakukan rom pasif 5. Pasien tampak bersemangat saat dilakukan Rom pada kaki dan tangan pasien masih sama seperti hari-hari sebelumnya. 6. 222 444 222 444		S : Klien mengatakan ia sangat bersemangat untuk sembuh O : Pasien tampak bersemangat saat dilakukan Rom pada kaki dan tangan pasien masih sama seperti hari-hari sebelumnya. A : Masalah belum terartasi P : Intervensi dilanjutkan I : Intervensi(1-6) E : kekuatan otot 222 444 222 444
					R :

Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal ditandai dengan tidak mampu mandi/menggunakan pakaian/ke toilet/berhias secara mandiri	09:30-10:00	<b>Intervensi (perawatan diri mandi)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyediakan lingkungan yang nyaman, sarung bantal, kain, pakaian pada pasien</li> <li>2. Menyuruh keluarga menyiapkan keperluan pribadi seperti parfum, sikat gigi, supaya pasien terhindar dari bau badan</li> <li>3. Membantu pasien dalam melakukan perawatan diri seperti mengelap badan, menggosokkan minyak zaitun dan berganti pakaian</li> <li>4. Menyuruh pasien untuk melakukan perawatan diri sesuai kemampuan, seperti aktivitas makan dan minum</li> <li>5. Melibatkan keluarga dalam membantu perawatan diri klien</li> </ol>	<b>Intervensi (perawatan diri mandi)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lingkungan tampak rapi, sarung dan kain sudah terganti</li> <li>2. Sikat gigi, minyak zaitun, selalu disipkan keluarga</li> <li>3. Pasien telah selesai mandi dan sudah diberikan minyak zaitun</li> <li>4. Pasien masih dibantu keluarga</li> <li>5. Saat saya tiba keluarga sudah memandikan pasien</li> </ol>	<b>S :</b> Klien mengatakan ia sudah mandi <b>O :</b> Pasien telah selesai mandi dan sudah diberikan minyak zaitun <b>A :</b> Maslah belum teraratasi <b>P :</b> Intervensi dilanjutkan <b>I :</b> Intervensi(1-5) <b>E :</b> Pasien masih dibantu keluarga <b>R :</b>
Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilisasi ditandai	10:00-10:30	<b>Intervensi utama Perawatan luka</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor: drainase, warna, ukuran, bauk</li> <li>2. Memonitor tanda-tanda infeksi</li> <li>3. Mepaskan balutan dan plaster secara perlahan</li> </ol>	<b>Intervensi utama Perawatan luka</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. tidak terdapat pust, warna luka pink, ukuran luka 4cm luka sudah tidak berbauk lagi.</li> <li>2. tidak terdapat tanda-tanda infeksi</li> <li>3. balutan dan plaster sudah</li> </ol>	<b>S :</b> klien mengatakan sudah mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein <b>O :</b> tidak terdapat pust, warna luka

dengan terdapat luka dekubitus dan hematoma		<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Membersihkan dengan cairan NaCl</li> <li>5. membersihkan jaringan nekrotik</li> <li>6. memberikan salap yang sesuai ke luka/lesi</li> <li>7. memasang balutan/plaster pada luka</li> <li>8. menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam sekali kepada klien dan minta bantuan keluarga.</li> <li>9. menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein kepada klien dan libatkan keluarga</li> <li>10. mengajarkan prosedur perawatan luka secara sederhana</li> </ol>	<p>dilepas</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. luka sudah dibersihkan dengan NaCl</li> <li>5. jaringan nekrotik sudah dibersihkan</li> <li>6. luka sudah dioleskan salap</li> <li>7. luka sudah ditutup dengan balutan dan plaster</li> <li>8. memberitau klien dan keluarga untuk merubah posisi pada jam 12 :30 siang nanti dan 13 : 30 dss</li> <li>9. klien mengatakan sudah mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li> <li>10. keluarga sudah bisa melakukan perawatan luka sederhana</li> </ol>	<p>pink, ukuran luka 4cm luka sudah tidak berbau lagi.</p> <p>A : Maslah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>I : Intervensi(1-10)</p> <p>E : keluarga sudah bisa melakukan perawatan luka sederhana</p> <p>R :</p>
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan rentang gerak menurun	16:00-16:30	<p><b>Intervensi (manajemen program latihan)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur kekuatan otot pasien</li> <li>2. Memotivasi pasien untuk bersedia memulai melakukan aktifitas fisik ROM demi kesembuhannya</li> <li>3. Menjauhkan benda-benda yang dapat mencedera selama latihan aktivitas fisik</li> <li>4. Mengajarkan pada pasien cara</li> </ol>	<p><b>Intervensi (manajemen program latihan)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. kekuatan otot 222 444</li> <li>2. Pasien tampak bersemangat melanjutkan kembali aktifitas latihan ROM</li> <li>3. Tidak ada barang yg didekat pasien bisa menyebabkan cedera</li> <li>4. Pasien melakukan tehnik nafas dalam selama dilakukan rom</li> </ol>	<p>S : Klien mengatakan ia sangat bersemangat melakukan ROM</p> <p>O : kekuatan otot 222 444 222 444</p> <p>A : Maslah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>

		<p>nafas dalam dan menyuruh pasien melakukan saat dilakukan ROM pasif</p> <p>5. Melakukan latihan ROM pasif pada pasien dan megajarkan pada keluarga gerakan-gerakan latihan Rom pasif</p> <p>6. Mengukur kembali kekuatan otot setelah dilakukan rom pasif</p>	<p>pasif</p> <p>5. Pasien tampak bersemangat saat dilakukan Rom pada kaki dan tangan pasien masih seperti hari – hari sebelumnya. Keluarga tampak paham gerakan latihan ROM dan juga membantu melakukan rom pasif pada pasien</p> <p>222 444</p> <p>6. 222 444</p>	<p>I :</p> <p>Intervensi(1-6)</p> <p>E :</p> <p>saat dilakukan Rom pada kaki dan tangan pasien masih seperti hari – hari sebelumnya. Keluarga tampak paham gerakan latihan ROM dan juga membantu melakukan rom pasif pada pasien</p> <p>R :</p>
<b>Hari ke 5</b>				
<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan rentang gerak menurun</p>	<p>Sabtu 24 april 2021 09:00-09:30</p>	<p><b>Intervensi (manajemen program latihan)</b></p> <p>1. Mengukur kekuatan otot pasien</p> <p>2. Memotivasi pasien untuk bersedia memulai melakukan aktifitas fisik ROM demi kesembuhannya</p> <p>3. Menjauhkan benda-benda yang dapat mencederai selama latihan aktivitas fisik</p> <p>4. Mengajarkan pada pasien cara nafas dalam dan menyuruh pasien melakukan saat dilakukan ROM pasif</p> <p>5. Melakukan latihan ROM pasif pada pasien dan megajarkan pada keluarga gerakan-gerakan latihan Rom pasif</p> <p>6. Mengukur kembali kekuatan otot setelah dilakukan rom</p>	<p><b>Intervensi (manajemen program latihan)</b></p> <p>1. kekuatan otot 222 444 222 444</p> <p>2. Pasien tampak bersemngat melanjutkan kembali aktifitas latihan ROM</p> <p>3. Plang kasur tampak turun,tidak ada barang yg didekat pasien bisa menyebabkan cedera</p> <p>4. Pasien melakukan tehnik nafas dalam selama dilakukan rom pasif</p> <p>5. Pasien tampak bersemangat saat dilakukan Rom pada kaki dan tangan pasien masih seperti hari – hari sebelumnya. Keluarga tampak paham gerakan latihan ROM dan juga membantu melakukan rom pasif pada pasien</p>	<p>S :</p> <p>Klien mengatakan ia sanagat bersemangat melakukan ROM</p> <p>O :</p> <p>kekuatan otot 222 444 222 444</p> <p>A :</p> <p>Maslah belum teraratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <p>I :</p> <p>Intervensi(1-6)</p> <p>E :</p> <p>saat dilakukan Rom pada kaki dan tangan pasien masih seperti hari – hari sebelumnya. Keluarga tampak paham gerakan</p>

		pasif	6. 222 444 222 444	latihan ROM dan juga membantu melakukan rom pasif pada pasien R :
Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal ditandai dengan tidak mampu mandi/menggunakan pakaian/ke toilet/berhias secara mandiri	09:30-10:00	<b>Intervensi (perawatan diri mandi)</b> 1. Menyediakan lingkungan yang nyaman, sarung bantal, kain, pakaian pada pasien 2. Menyuruh keluarga menyiapkan keperluan pribadi seperti parfum, sikat gigi, supaya pasien terhindar dari bau badan 3. Membantu pasien dalam melakukan perawatan diri seperti mengelap badan, menggosokan minyak zaitun dan berganti pakaian 4. Menyuruh pasien untuk melakukan perawatan diri sesuai kemampuan, seperti aktivitas makan dan minum 5. Melibatkan keluarga dalam membantu perawatan diri klien	<b>Intervensi (perawatan diri mandi)</b> 1. Lingkungan tampak rapi, sarung dan kain sudah terganti 2. Terdapat sikat gigi, minyak zaitun di meja pasien 3. Pasien telah selesai mandi dan sudah diberikan minyak zaitun 4. Pasien masih dibantu keluarga 5. Tampak keluarga sudah membantu pasien setiap hari	S : Klien mengatakan ia sudah mandi O : Pasien telah selesai mandi dan sudah diberikan minyak zaitun A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan I : Intervensi(1-5) E : Pasien masih dibantu keluarga R :
Gangguan integritas kulit/jaringan	10:00-10:30	<b>Intervensi utama Perawatan luka</b> 1. Memonitor: drainase,	<b>Intervensi utama Perawatan luka</b> 1. tidak terdapat pust, luka berwarna	S: O: tidak terdapat tanda-tanda

berhubungan dengan penurunan mobilitasi ditandai dengan terdapat luka dekubitus dan hematoma	warna ,bau	pink dan tidak berbau	infeksi, luka klien tampak sudah mulai membaik
	2. Memonitor tanda-tanda infeksi	2. tidak terdapat tanda-tanda infeksi, luka klien tampak sudah mulai membaik	A: Masalah belum teratasi
	3. Melaskan balutan dan plaster secara perlahan	3. balutan telah dilepas	P: Intervensi dilanjutkan
	4. Membersihkan dengan cairan NaCl	4. luka telah dibersihkan dengan cairan NaCl	I: Intervensi(1,2,3,4,5,6,7, 8,10)
	5. membersihkan jaringan nekrotik	5. tidak terdapat jaringan nekrotik lagi	E: klien sudah
	6. memberikan salap yang sesuai ke luka/lesi	6. luka telah dioleskan salap	mengonsumsi makanan
	7. memasang balutan/plaster pada luka	7. balutan luka telah dipasang dan di plaster dengan hipapik	tinggi protein dan kalori
	8. menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam sekali kepada klien dan minta bantuan keluarga.	8. mengganti posisi klien pada jam 12 : 30	R:
	9. menganjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein kepada klien dan libatkan keluarga	9. klien sudah mengonsumsi makanan tinggi protein dan kalori	
	10. mengajarkan prosedur perawatan luka secara sederhana	10. keluarga sudah bisa melakukan perawatan luka secara sederhana	
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan	16:00-16:30	<b>Intervensi (manajemen program latihan)</b>	<b>Intervensi (manajemen program latihan)</b>
		1. Mengukur kekuatan otot pasien	1. kekuatan otot
		2. Memotivasi pasien untuk bersedia memulai melakukan aktifitas fisik ROM demi	2. Pasien tampak bersemngat melanjutkan kembali aktifitas
			S : O : kekuatan otot 222 444 222 444 A : Masalah belum teratasi

kekuatan otot ditandai dengan rentang gerak menurun	kesembuhannya.	latihan ROM	P :
	3. Menjauhkan benda-benda yang dapat mencederai selama latihan aktivitas fisik	3. tidak ada barang yg didekat pasien bisa menyebabkan cedera	I :
	4. Mengajarkan pada pasien cara nafas dalam dan menyuruh pasien melakukan saat dilakukan ROM pasif	4. pasien melakukan tehnik nafas dalam selama dilakukan rom pasif	Intervensi(1-6)
	5. Melakukan latihan ROM pasif pada pasien dan megajarkan pada keluarga gerakan-gerakan latihan Rom pasif	5. Pasien tampak bersemangat saat dilakukan Rom pada kaki dan tangan pasien jari-jari tangan dan kaki sudah semakin baik untuk digerakkan.	E :
	6. Mengukur kembali kekuatan otot setelah dilakukan rom pasif	6. 222 444 <hr/> 222 444	R :
<b>Hari ke 6</b>			
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan rentang gerak menurun	Minggu ,25-04-2021 09:00-09:30	<b>Intervensi (manajemen program latihan)</b> 1. Mengukur kekuatan otot pasien 2. Memotivasi pasien untuk bersedia memulai melakukan aktifitas fisik ROM demi kesembuhannya 3. Menjauhkan benda-benda yang dapat mencederai selama latihan aktivitas fisik 4. Mengajarkan pada pasien cara nafas dalam dan menyuruh pasien melakukan saat dilakukan ROM pasif 5. Melakukan latihan ROM pasif pada pasien dan megajarkan	<b>Intervensi (manajemen program latihan)</b> 1. kekuatan otot 222 444 222 444 2. Pasien tampak bersemngat melanjutkan kembali aktifitas latihan ROM 3. tidak ada barang yg didekat pasien bisa menyebabkan cedera 4. pasien melakukan tehnik nafas dalam selama dilakukan rom pasif 5. Pasien tampak bersemangat saat dilakukan Rom pada kaki dan tangan pasien jari-jari tangan dan kaki sudah semakin baik untuk digerakkan.
			S : O : kekuatan otot 222 444 222 444 A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan I : Intervensi(1-6) E : saat dilakukan Rom pada kaki dan tangan pasien jari-jari tangan dan kaki sudah semakin baik untuk digerakkan.

		pada keluarga gerakan-gerakan latihan Rom pasif	digerakkan.	R :
		6. Mengukur kembali kekuatan otot setelah dilakukan rom pasif	6. 222 444 <hr/> 222 444	
Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal ditandai dengan tidak mampu mandi/menggunakan pakaian/ke toilet/berhias secara mandiri	09:30-10:00	<b>Intervensi (perawatan diri mandi)</b> 1. Menyediakan lingkungan yang nyaman, sarung bantal, kain, pakaian pada pasien 2. Menyuruh keluarga menyiapkan keperluan pribadi seperti parfum, sikat gigi, supaya pasien terhindar dari bau badan 3. Membantu pasien dalam melakukan perawatan diri seperti mengelap badan, menggosokkan minyak zaitun dan berganti pakaian 4. Menyuruh pasien untuk melakukan perawatan diri sesuai kemampuan, seperti aktivitas makan dan minum 5. Melibatkan keluarga dalam membantu perawatan diri klien	<b>Intervensi (perawatan diri mandi)</b> 1. Lingkungan tampak rapi, sarung dan kain sudah terganti 2. Terdapat sikat gigi, minyak zaitun di meja pasien 3. Pasien telah selesai mandi dan sudah diberikan minyak zaitun 4. Pasien masih dibantu keluarga 5. Tampak keluarga sudah membantu pasien setiap hari	S : Klien mengatakan ia sudah mandi O : Pasien telah selesai mandi dan sudah diberikan minyak zaitun A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan I : Intervensi(1-5) E : Pasien masih dibantu keluarga R :
Gangguan integritas	10:00-10:30	<b>Intervensi utama Perawatan luka</b>	<b>Intervensi utama Perawatan luka</b> 1. tidak terdapat pust, luka berwarna	S: O: tidak terdapat tanda-tanda

kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitasi ditandai dengan terdapat luka dekubitus dan hematoma	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor: drainase, warna, ukuran, bau</li> <li>2. Memonitor tanda-tanda infeksi</li> <li>3. Mepaskan balutan dan plaster secara perlahan</li> <li>4. Membersihkan dengan cairan NaCl</li> <li>5. membersihkan jaringan nekrotik</li> <li>6. memberikan salap yang sesuai ke luka/lesi</li> <li>7. memasang balutan/plaster pada luka</li> <li>8. menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam sekali kepada klien dan minta bantuan keluarga.</li> <li>9. mengajarkan prosedur perawatan luka sederhana</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. pink dan tidak berbau</li> <li>2. tidak terdapat tanda-tanda infeksi, luka klien tampak sudah mulai membaik</li> <li>3. balutan telah dilepas</li> <li>4. luka telah dibersihkan dengan cairan NaCl</li> <li>5. tidak terdapat jaringan nekrotik lagi</li> <li>6. luka telah dioleskan salap</li> <li>7. balutan luka telah dipasang dan di plaster dengan hipapik</li> <li>8. mengganti posisi klien pada jam 12 : 30</li> <li>9. keluarga sudah bisa melakukan perawatan luka secara sederhana</li> </ol>	<p>infeksi, luka klien tampak sudah mulai membaik</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>I: Intervensi(1-9)</p> <p>E: keluarga sudah bisa melakukan perawatan luka secara sederhana</p> <p>R:</p>	
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan rentang gerak	16:00-16:30	<p><b>Intervensi (manajemen program latihan)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur kekuatan otot pasien</li> <li>2. Memotivasi pasien untuk bersedia memulai melakukan aktifitas fisik ROM demi kesembuhannya</li> <li>3. Menjauhkan benda-benda yang dapat mencederaikan selama latihan aktivitas fisik</li> </ol>	<p><b>Intervensi (manajemen program latihan)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. kekuatan otot 222 444 222 444</li> <li>2. Pasien tampak bersemangat melanjutkan kembali aktifitas latihan ROM</li> <li>3. tidak ada barang yg didekat pasien bisa menyebabkan cedera</li> <li>4. pasien melakukan tehnik nafas</li> </ol>	<p>S :</p> <p>O : kekuatan otot 222 444 222 444</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>I : Intervensi(1-6)</p>

menurun		<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Mengajarkan pada pasien cara nafas dalam dan menyuruh pasien melakukan saat dilakukan ROM pasif</li> <li>5. Melakukan latihan ROM pasif pada pasien dan megajarkan pada keluarga gerakan-gerakan latihan Rom pasif</li> <li>6. Mengukur kembali kekuatan otot setelah dilakukan rom pasif</li> </ol>	<p>dalam selama dilakukan rom pasif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Pasien tampak bersemangat saat dilakukan Rom pada kaki dan tangan pasien jari-jari tangan dan kaki sudah semakin baik untuk digerakkan.</li> <li>6. <u>222 444</u> 222 444</li> </ol>	<p>E : saat dilakukan Rom pada kaki dan tangan pasien jari-jari tangan dan kaki sudah semakin baik untuk digerakkan. R :</p>
<b>Hari ke 7</b>				
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan rentang gerak menurun	<p>Senin 26 april 2021 09:00-09:30</p>	<p><b>Intervensi (manajemen program latihan)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur kekuatan otot pasien</li> <li>2. Memotivasi pasien untuk bersedia memulai melakukan aktifitas fisik ROM demi kesembuhannya</li> <li>3. Menjauhkan benda-benda yang dapat mencederai selama latihan aktivitas fisik</li> <li>4. Mengajarkan pada pasien cara nafas dalam dan menyuruh pasien melakukan saat dilakukan ROM pasif</li> <li>5. Melakukan latihan ROM pasif pada pasien dan megajarkan pada keluarga gerakan-gerakan latihan Rom pasif</li> <li>6. Mengukur kembali kekuatan otot setelah dilakukan rom</li> </ol>	<p><b>Intervensi (manajemen program latihan)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. kekuatan otot 333 444 333 444</li> <li>2. Pasien mengatakan sanagt terbantu dengan latihan ROM yang dilakukan padanya.</li> <li>3. Plang kasur tampak turun,tidak ada barang yg didekat pasien bisa menyebabkan cedera</li> <li>4. kemajuan klien yang sudah mulai bisa melawan gravitasi tetapi belum bisa menahan. Keluarga tampak paham gerakan latihan ROM dan juga membantu melakukan rom pasif pada pasien</li> <li>5. Pasien melakukan tehnik nafas dalam selama dilakukan rom pasif</li> <li>6. 333 444</li> </ol>	<p>S : Pasien mengatakan sanagt terbantu dengan latihan ROM yang dilakukan padanya. O : kekuatan otot 333 444 333 444 A : Maslah belum teraratasi P : Intervensi dilanjutkan I : Intervensi(1-6) E : kemajuan klien yang sudah mulai bisa melawan gravitasi tetapi belum bisa menahan. Keluarga tampak paham gerakan</p>

		pasif	333 444		latihan ROM dan juga membantu melakukan rom pasif pada pasien R :
Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal ditandai dengan tidak mampu mandi/menggunakan pakaian/ke toilet/berhias secara mandiri	09:30-10:00	<b>Intervensi (perawatan diri mandi)</b> 1. Menyediakan lingkungan yang nyaman, sarung bantal, kain, pakaian pada pasien 2. Menyuruh keluarga menyiapkan keperluan pribadi seperti parfum, sikat gigi, supaya pasien terhindar dari bau badan 3. Membantu pasien dalam melakukan perawatan diri seperti mengelap badan, menggosokan minyak zaitun dan berganti pakaian 4. Menyuruh pasien untuk melakukan perawatan diri sesuai kemampuan, seperti aktivitas makan dan minum 5. Melibatkan keluarga dalam membantu perawatan diri klien	<b>Intervensi (perawatan diri mandi)</b> 1. Lingkungan tampak rapi, sarung dan kain sudah terganti 2. Terdapat sikat gigi, minyak zaitun di meja pasien 3. Pasien telah selesai mandi dan sudah diberikan minyak zaitun 4. Pasien masih dibantu keluarga 5. Tampak keluarga sudah membantu pasien setiap hari	S : Klien mengatakan ia sudah mandi O : Pasien telah selesai mandi dan sudah diberikan minyak zaitun A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan I : Intervensi(1-5) E : Pasien masih dibantu keluarga R : tetap libatkan keluarga	
Gangguan integritas kulit/jaringan	10:00-10:30	<b>Intervensi utama Perawatan luka</b> 1. Memonitor: drainase,	<b>Intervensi utama Perawatan luka</b> 1. ukuran luka sudah mulai	S: O: tidak terdapat tanda-tanda	

berhubungan dengan penurunan mobilitas ditandai dengan terdapat luka dekubitus dan hematoma	warna, ukuran, bau	mengecil, warna luka pink dan tidak berbau	infeksi, luka klien tampak sudah mulai membaik
	2. Memonitor tanda-tanda infeksi	2. tidak terdapat tanda-tanda infeksi	A:
	3. Mepaskan balutan dan plaster secara perlahan	3. balutan telah dilepas	Masalah belum teratasi
	4. Membersihkan dengan cairan NaCl	4. luka telah dibersihkan dengan NaCl	P:
	5. membersihkan jaringan nekrotik	5. jaringan nekrotik telah dibersihkan	Intervensi dilanjutkan
	6. memberikan salap yang sesuai ke luka/lesi	6. luka telah diolesi salap	I:
	7. memasang balutan/plaster pada luka	7. luka telah dipasang pembalut dan plaster kembali	Intervensi(1-9)
	8. menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam sekali kepada klien dan minta bantuan keluarga.	8. merubah posisi pada jam 12 :30 dst	E:
	9. mengajarkan prosedur perawatan luka secara sederhana	9. keluarga sudah bisa melakukan perawatan luka secara mandiri	keluarga sudah bisa melakukan perawatan luka secara sederhana
			R:
			Perawatan luka dilakukan oleh keluarga secara mandiri di rumah
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan rentang gerak menurun	16:00-16:30	<b>Intervensi (manajemen program latihan)</b>	<b>Intervensi (manajemen program latihan)</b>
		1. Mengukur kekuatan otot pasien	1. kekuatan otot 333 444
		2. Memotivasi pasien untuk bersedia memulai melakukan aktifitas fisik ROM demi kesembuhannya	2. Pasien mengatakan sangat terbantu dengan latihan ROM yang dilakukan padanya. 333 444
		3. Menjauhkan benda-benda yang dapat mencederai selama latihan aktivitas fisik	3. Plang kasur tampak turun, tidak ada barang yg didekat pasien bisa menyebabkan cedera 333 444
		4. Mengajarkan pada pasien cara	4. kemajuan klien yang sudah mulai
			S :
			Pasien mengatakan sangat terbantu dengan latihan ROM yang dilakukan padanya.
			O :
			kekuatan otot 333 444
			A :
			Masalah belum teratasi
			P :

	<p>nafas dalam dan menyuruh pasien melakukan saat dilakukan ROM pasif</p> <p>5. Melakukan latihan ROM pasif pada pasien dan megajarkan pada keluarga gerakan-gerakan latihan Rom pasif</p> <p>6. Mengukur kembali kekuatan otot setelah dilakukan rom pasif</p>	<p>bisa melawan gravitasi tetapi belum bisa menahan. Keluarga tampak paham gerakan latihan ROM dan juga membantu melakukan rom pasif pada pasien</p> <p>5. Pasien melakukan tehnik nafas dalam selama dilakukan rom pasif</p> <p>6. 333 444 333 444</p>	<p>Intervensi dilanjutkan I : Intervensi(1-6) E : kemajuan klien yang sudah mulai bisa melawan gravitasi tetapi belum bisa menahan. Keluarga tampak paham gerakan latihan ROM dan juga membantu melakukan rom pasif pada pasien</p> <p>R : Intervensi dilanjutkan oleh keluarga di rumah.</p>
--	---	---	---

Tabel 4.9 Implementasi Responden 2

Diagnosa	Hari/ta nggal /jam	Implementasi	Respon Hasil	Evaluasi pormatif
<b>Hari ke 1</b>				
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan	Selasa 20 april 2021 10:30- 11:00	<b>Intervensi (manajemen program latihan)</b> 1. Menanyakan pada pasien apakah selama dirumah pasien pernah melakukan latihan aktivitas fisik 2. Mengukur kekuatan otot pasien 3. Menjelaskan apa itu aktifitas	<b>Intervensi (manajemen program latihan)</b> 1. pasien mengatakan ia sering berjemur dan dan berjalan-jalan di sekitar rumah setiap pagi menggunakan tongkat dan dibantu anaknya. 2. kekuatan otot 555 333	S : Pasien mau memulai melakukan aktifitas latihan ROM  O : kekuatan otot 555 333 555 333

rentang gerak menurun		ROM dan manfaat aktivitas fisik ROM untuk pasien	555 333		
		4. Memotivasi pasien untuk bersedia memulai melakukan aktifitas fisik ROM demi kesembuhannya	3. Pasien dan keluarga tampak paham apa itu ROM dan manfaat dari latihan ROM		A : Maslah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan I : Intervensi(2,4,6,7,8,9) E : Keluarga belum terlalu paham gerakan latihan rom pasif
		5. Menanyakan pada pasien apakah bersedia melakukan tindakan aktifitas fisik ROM pasif 2 kali sehari pada saat pagi dan sore hari	4. Pasien mau memulai melakukan aktifitas latihan ROM		
		6. Menjauhkan benda-benda yang dapat mencederaikan selama latihan aktivitas fisik	5. Pasien mengatakan pasien mau melakukan latihan 2 kali sehari		
		7. Mengajarkan pada pasien cara nafas dalam dan menyuruh pasien melakukan saat dilakukan ROM pasif	6. Tidak ada barang yg didekat pasien bisa menyebabkan cedera		
		8. Melakukan latihan ROM pasif pada pasien dan megajarkan pada keluarga gerakan-gerakan latihan Rom pasif	7. Pasien paham cara nafas dalam		
		9. Mengukur kembali kekuatan otot setelah dilakukan rom pasif	8. Pasien tampak santai saat dilakukan Rom. Keluarga belum terlalu paham gerakan latihan rom pasif		R :-
			9. 555 333 555 333		
Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilisasi ditandai	11:00-11:30	<b>Intervensi</b> <b>Perawatan integritas kulit</b>	<b>Intervensi</b> <b>Perawatan integritas kulit</b>		S : Klien mengatakan setelah dikompres air hangat kuku ia merasa lebih nyaman O : Gangguan integritas kulit pada pasien
		1. Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit.	1. Gangguan integritas kulit pada pasien diakibatkan gangguan mobilisasi/imobilisasi		
		2. Melakukan pemijatan dan pengompresan pada area hematoma	2. Klien mengatakan setelah dikompres air hangat kuku ia merasa lebih nyaman		
		3. Menganjurkan			

dengan hematoma		menggunakan lotion	3. Klien mengatakan ia jarang menggunakan lotion	diakibatkan gangguan mobilisasi/imobilisasi
		4. Menganjurkan minum air yang cukup	4. Keluarga mengatakan pasien jarang minum air putih	A : Masalah belum teratasi
		5. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi	5. Klien dan keluarga tampak mengerti tentang makanan yang baik di konsumsi	P : Intervensi dilanjutkan
		6. Menganjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur	6. Klien makan buah dan sayur	I : Intervensi(2-8)
		7. Menganjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim	7. Klien hanya dirumah ia sering berjemur pada pagi hari saja	E : Klien dan keluarga tampak mengerti
		8. Menganjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya	8. Klien mandi 2kali sehari dan menggunakan sabun	tentang makanan yang baik di konsumsi R : Anjurkan klien melakukan secara mandiri dan libatkan keluarga dalam perawatan kulit pasien
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan rentang gerak menurun	16:30-17:00	<b>Intervensi (manajemen program latihan)</b>	<b>Intervensi (manajemen program latihan)</b>	S : Pasien mau memulai melakukan aktifitas latihan ROM
		1. Mengukur kekuatan otot pasien	1. kekuatan otot 555 333 555 333	O : kekuatan otot 555 333 555 333
		2. Memotivasi pasien untuk bersedia memulai melakukan aktifitas fisik ROM demi kesembuhannya	2. Pasien mau memulai melakukan aktifitas latihan ROM	A : Maslah belum teratasi
		3. Menjauhkan benda-benda yang dapat mencederai selama latihan aktivitas fisik	3. Tidak ada barang yg didekat pasien bisa menyebabkan cedera	P : Intervensi dilanjutkan
		4. Mengajarkan pada pasien cara nafas dalam dan menyuruh pasien melakukan saat	4. Pasien paham cara nafas dalam 5. Pasien tampak santai saat dilakukan Rom. Keluarga tampak paham gerakan latihan rom dan juga membantu pasien	

		dilakukan ROM pasif	melakukan rom pasif	I :
		5. Melakukan latihan ROM pasif pada pasien dan megajarkan pada keluarga gerakan-gerakan latihan Rom pasif	6. 555 333 555 333	Intervensi(2,4,6,7,8,9) E :
		6. Mengukur kembali kekuatan otot setelah dilakukan rom pasif		kekuatan otot 555 333 555 333 R :-
<hr/>				
Hari ke 2				
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan rentang gerak menurun	Rabu 21 april 2021 10:30- 11:00	<b>Intervensi (manajemen program latihan)</b> 1. Mengukur kekuatan otot pasien 2. Memotivasi pasien untuk bersedia memulai melakukan aktifitas fisik ROM demi kesembuhannya 3. Menjauhkan benda-benda yang dapat mencederai selama latihan aktivitas fisik 4. Mengajarkan pada pasien cara nafas dalam dan menyuruh pasien melakukan saat dilakukan ROM pasif 5. Melakukan latihan ROM pasif pada pasien dan megajarkan pada keluarga gerakan-gerakan latihan Rom pasif 6. Mengukur kembali kekuatan otot setelah dilakukan rom pasif	<b>Intervensi (manajemen program latihan)</b> 1. kekuatan otot 555 333 555 333 2. klien bersemangat untuk melanjutkan aktivitas latihan ROM pasif 3. tidak ada benda yang dapat membahayakan klien di sekitarnya 4. klien melakukan tehnik nafas dalam saat latihan ROM setelah diajarkan 5. klien mengikuti gerakan-gerakan yang dilakukan perawat dengan baik. 6. 555 333 555 333	S : klien bersemangat untuk melanjutkan aktivitas latihan ROM pasif O : kekuatan otot 555 333 555 333 A : Maslah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan I : Intervensi(1-6) E : kekuatan otot 555 333 555 333 R :-

Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitasi ditandai dengan hematoma	11:00-11:30	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pemijatan dan pengompresan pada area hematoma</li> <li>2. Menganjurkan menggunakan lotion</li> <li>3. Menganjurkan minum air yang cukup</li> <li>4. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>5. Menganjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur</li> <li>6. Menganjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim</li> <li>7. Menganjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan ia sudah mengompres dan memijak pada bagian hematoma</li> <li>2. Klien mengatakan ia menggunakan lotion, dan tampak kulit klien lembab</li> <li>3. Setelah dianjurkan klien sudah mulai mengkonsumsi air yang cukup</li> <li>4. Klien dan keluarga tampak mengerti tentang makanan yang baik di konsumsi</li> <li>5. Klien makan buah dan sayur</li> <li>6. Klien hanya dirumah ia sering berjemur pada pagi hari saja</li> <li>7. Klien mandi 2kali sehari dan menggunakan sabun</li> </ol>	<p>S : Klien mengatakan ia sudah mengompres dan memijak pada bagian hematoma</p> <p>O : tampak kulit klien lembab</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p> <p>I : E: Setelah dianjurkan klien sudah mulai mengkonsumsi air yang cukup</p> <p>R : Tetap libatkan keluarga dalam mempertahankan keadaan kulit klien dan pola makan klien.</p>
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	16:30-17:00	<p><b>Intervensi (manajemen program latihan)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur kekuatan otot pasien</li> <li>2. Memotivasi pasien untuk bersedia memulai melakukan aktifitas fisik ROM demi</li> </ol>	<p><b>Intervensi (manajemen program latihan)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. kekuatan otot 555 333 555 333</li> <li>2. klien melanjutkan aktivitas latihan ROM pasif</li> <li>3. tidak ada benda yang dapat</li> </ol>	<p>S : klien mengatakan melakukan tehnik nafas dalam saat latihan ROM</p> <p>O : kekuatan otot 555 333 555 333</p>

ditandai dengan rentang gerak menurun	kesembuhannya	membahayakan klien di sekitarnya	A : Maslah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan I : Intervensi(1-6) E : kekuatan otot 555 333 555 333 R :-
	3. Menjauhkan benda-benda yang dapat mencederai selama latihan aktivitas fisik	4. klien mengatakan melakukan tehnik nafas dalam saat latihan ROM setelah diajarkan	
	4. Mengajarkan pada pasien cara nafas dalam dan menyuruh pasien melakukan saat dilakukan ROM pasif	5. klien mengikuti gerakan-gerakan yang dilakukan perawat dengan baik.	
	5. Melakukan latihan ROM pasif pada pasien dan megajarkan pada keluarga gerakan-gerakan latihan Rom pasif	6. 555 333 555 333	
	6. Mengukur kembali kekuatan otot setelah dilakukan rom pasif		

<b>Hari ke 3</b>				
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan rentang gerak menurun	Kamis 22 april 2021 10:30- 11:00	<b>Intervensi (manajemen program latihan)</b> 1. Mengukur kekuatan otot pasien 2. Memotivasi pasien untuk bersedia memulai melakukan maktifitas fisik ROM demi kesembuhannya 3. Menjauhkan benda-benda yang dapat mencederai selama latihan aktivitas fisik 4. Mengajarkan pada pasien cara	<b>Intervensi (manajemen program latihan)</b> 1. kekuatan otot 555 333 555 333 2. klien melanjutkan aktivitas latihan ROM pasif 3. tidak ada benda yang dapat membahayakan klien di sekitarnya 4. klien mengatakan melakukan tehnik nafas dalam saat latihan ROM setelah diajarkan	S : klien mengatakan melakukan tehnik nafas dalam saat latihan ROM O : kekuatan otot 555 333 555 333 A : Maslah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan I :

		<p>nafas dalam dan menyuruh pasien melakukan saat dilakukan ROM pasif</p> <p>5. Melakukan latihan ROM pasif pada pasien dan megajarkan pada keluarga gerakan-gerakan latihan Rom pasif</p> <p>6. Mengukur kembali kekuatan otot setelah dilakukan rom pasif</p>	<p>5. klien mengikuti gerakan-gerakan yang dilakukan perawat dengan baik.</p> <p>6. 555 333 555 333</p>	<p>Intervensi(1-6)</p> <p>E : kekuatan otot 555 333 555 333</p> <p>R :-</p>
<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan rentang gerak menurun</p>	<p>16:30-17:00</p>	<p><b>Intervensi (manajemen program latihan)</b></p> <p>1. Mengukur kekuatan otot pasien</p> <p>2. Memotivasi pasien untuk bersedia memulai melakukan aktifitas fisik ROM demi kesembuhannya</p> <p>3. Menjauhkan benda-benda yang dapat mencederai selama latihan aktivitas fisik</p> <p>4. Mengajarkan pada pasien cara nafas dalam dan menyuruh pasien melakukan saat dilakukan ROM pasif</p> <p>5. Melakukan latihan ROM pasif pada pasien dan megajarkan pada keluarga gerakan-gerakan latihan Rom pasif</p>	<p><b>Intervensi (manajemen program latihan)</b></p> <p>1. kekuatan otot 555 333 555 333</p> <p>2. klien melanjutkan aktivitas latihan ROM pasif</p> <p>3. tidak ada benda yang dapat membahayakan klien di sekitarnya</p> <p>4. klien mengatakan melakukan tehnik nafas dalam saat latihan ROM setelah diajarkan</p> <p>5. klien mengikuti gerakan-gerakan yang dilakukan perawat dengan baik.</p> <p>6. 555 333 555 333</p>	<p>S : klien mengatakan melakukan tehnik nafas dalam saat latihan ROM</p> <p>O : kekuatan otot 555 333 555 333</p> <p>A : Maslah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>I : Intervensi(1-6)</p> <p>E : kekuatan otot 555 333 555 333</p> <p>R :-</p>

6. Mengukur kembali kekuatan otot setelah dilakukan rom pasif				
<b>Hari ke 4</b>				
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan rentang gerak menurun	Jumat 23 april 2021 10:30- 11:00	<b>Intervensi (manajemen program latihan)</b> 1. Mengukur kekuatan otot pasien 2. Memotivasi pasien untuk bersedia memulai melakukan aktifitas fisik ROM demi kesembuhannya 3. Menjauhkan benda-benda yang dapat mencederai selama latihan aktivitas fisik 4. Mengajarkan pada pasien cara nafas dalam dan menyuruh pasien melakukan saat dilakukan ROM pasif 5. Melakukan latihan ROM pasif pada pasien dan megajarkan pada keluarga gerakan-gerakan latihan Rom pasif 6. Mengukur kembali kekuatan otot setelah dilakukan rom pasif	<b>Intervensi (manajemen program latihan)</b> 1. kekuatan otot 555 444 555 333 2. klien melanjutkan aktivitas latihan ROM pasif 3. tidak ada benda yang dapat membahayakan klien di sekitarnya 4. klien mengatakan melakukan tehnik nafas dalam saat latihan ROM setelah diajarkan 5. klien mengikuti gerakan-gerakan yang dilakukan perawat dengan baik, klien mengatakan ia sudah bisa menggerakkan persendihannya. 6. 555 444 555 333	S : klien mengatakan ia sudah bisa menggerakkan persendihannya O : kekuatan otot 555 444 555 333 A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan I : Intervensi(1-6) E : kekuatan otot 555 444 555 333 R : Anjurkan klien latihan ROM dengan bantuan keluarga
Gangguan mobilitas fisik	16:30- 17:00	<b>Intervensi (manajemen program latihan)</b> 1. Mengukur kekuatan otot	<b>Intervensi (manajemen program latihan)</b> 1. kekuatan otot	S : klien mengatakan ia sudah bisa menggerakkan

berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan rentang gerak menurun	pasien	555 444	persendihannya
	2. Memotivasi pasien untuk bersedia memulai melakukan aktifitas fisik ROM demi kesembuhannya	555 333	O :
	3. Menjauhkan benda-benda yang dapat mencederai selama latihan aktivitas fisik	2. klien melanjutkan aktivitas latihan ROM pasif	kekuatan otot
	4. Mengajarkan pada pasien cara nafas dalam dan menyuruh pasien melakukan saat dilakukan ROM pasif	3. tidak ada benda yang dapat membahayakan klien di sekitarnya	555 444
	5. Melakukan latihan ROM pasif pada pasien dan megajarkan pada keluarga gerakan-gerakan latihan Rom pasif	4. klien mengatakan melakukan tehnik nafas dalam saat latihan ROM setelah diajarkan	555 333
	6. Mengukur kembali kekuatan otot setelah dilakukan rom pasif	5. klien mengikuti gerakan-gerakan yang dilakukan perawat dengan baik, klien mengatakan ia sudah bisa menggerakkan persendihannya.	A :
		6. 555 444 555 333	Masalah belum teratasi
			P :
			Intervensi dilanjutkan
			I :
			Intervensi(1-6)
			E :
			kekuatan otot
			555 444
			555 333
			R :
			Tetap anjurkan klien latihan ROM dengan bantuan keluarga
<hr/>			
Hari ke 5			
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan rentang gerak	Sabtu,2 4 april 2021 10:30- 11:00	<b>Intervensi (manajemen program latihan)</b> 1. Mengukur kekuatan otot pasien 2. Memotivasi pasien untuk bersedia memulai melakukan aktifitas fisik ROM demi kesembuhannya 3. Menjauhkan benda-benda	<b>Intervensi (manajemen program latihan)</b> 1. kekuatan otot 555 444 555 444 2. klien melanjutkan aktivitas latihan ROM pasif 3. tidak ada benda yang dapat membahayakan klien di sekitarnya 4. klien mengatakan melakukan
			S :
			klien mengatakan keadaan muali membaik setelah dilakukan latihan ROM selama 5 hari
			O :
			kekuatan otot
			555 444
			555 444
			A :

menurun		yang dapat mencederai selama latihan aktivitas fisik	tehnik nafas dalam saat latihan ROM	Masalah belum teratasi
		4. Mengajarkan pada pasien cara nafas dalam dan menyuruh pasien melakukan saat dilakukan ROM pasif	5. klien mengikuti gerakan-gerakan yang dilakukan perawat dengan baik, klien mengatakan keadaan muali membaik setelah dilakukan latihan ROM selama 5 hari	P : Intervensi dilanjutkan I : Intervensi (1-6) E :
		5. Melakukan latihan ROM pasif pada pasien	6. 555 444 555 444	kekuatan otot 555 444 555 444
		6. Mengukur kembali kekuatan otot setelah dilakukan rom pasif		R :
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan rentang gerak menurun	16:30-17:00	<b>Intervensi (manajemen program latihan)</b>	<b>Intervensi (manajemen program latihan)</b>	S :
		1. Mengukur kekuatan otot pasien	1. kekuatan otot 555 444 555 444	klien mengatakan keadaan muali membaik setelah dilakukan latihan ROM selama 5 hari
		2. Memotivasi pasien untuk bersedia memulai melakukan aktifitas fisik ROM demi kesembuhannya	2. klien melanjutkan aktivitas latihan ROM pasif	O : kekuatan otot 555 444 555 444
		3. Menjauhkan benda-benda yang dapat mencederai selama latihan aktivitas fisik	3. tidak ada benda yang dapat membahayakan klien di sekitarnya	A :
		4. Mengajarkan pada pasien cara nafas dalam dan menyuruh pasien melakukan saat dilakukan ROM pasif	4. klien mengatakan melakukan tehnik nafas dalam saat latihan ROM	Masalah belum teratasi
		5. Melakukan latihan ROM pasif pada pasien dan megajarkan pada keluarga gerakan-	5. klien mengikuti gerakan-gerakan yang dilakukan perawat dengan baik, klien mengatakan keadaan muali membaik setelah dilakukan latihan ROM selama 5 hari	P : Intervensi dilanjutkan I : Intervensi (1-6) E :
			6. 555 444 555 444	kekuatan otot 555 444 555 444

		gerakan latihan Rom pasif		R :
		6. Mengukur kembali kekuatan otot setelah dilakukan rom pasif		
<b>Hari ke 6</b>				
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan rentang gerak menurun	Minggu ,25 april 2021 10:30-11:00	<b>Intervensi (manajemen program latihan)</b> 1. Mengukur kekuatan otot pasien 2. Memotivasi pasien untuk bersedia memulai melakukan aktifitas fisik ROM demi kesembuhannya 3. Menjauhkan benda-benda yang dapat mencederai selama latihan aktivitas fisik 4. Mengajarkan pada pasien cara nafas dalam dan menyuruh pasien melakukan saat dilakukan ROM pasif 5. Melakukan latihan ROM pasif pada pasien dan megajarkan pada keluarga gerakan-gerakan latihan Rom pasif 6. Mengukur kembali kekuatan otot setelah dilakukan rom pasif	<b>Intervensi (manajemen program latihan)</b> 1. kekuatan otot 555 444 555 444 2. klien melanjutkan aktivitas latihan ROM pasif 3. tidak ada benda yang dapat membahayakan klien di sekitarnya 4. klien mengatakan melakukan tehnik nafas dalam saat latihan ROM 5. klien mengikuti gerakan-gerakan yang dilakukan perawat dengan baik,klien mengatakan keadaan muali membaik setelah dilakukan latihan ROM 6. 555 444 555 444	S : klien mengatakan keadaan muali membaik setelah dilakukan latihan ROM O : kekuatan otot 555 444 555 444 A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan I : Intervensi (1-6) E : kekuatan otot 555 444 555 444 R :

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan rentang gerak menurun	16:00-17:00	<b>Intervensi (manajemen program latihan)</b> 1. Mengukur kekuatan otot pasien 2. Memotivasi pasien untuk bersedia memulai melakukan aktifitas fisik ROM demi kesembuhannya 3. Menjauhkan benda-benda yang dapat mencederaikan selama latihan aktivitas fisik 4. Mengajarkan pada pasien cara nafas dalam dan menyuruh pasien melakukan saat dilakukan ROM pasif 5. Melakukan latihan ROM pasif pada pasien dan megajarkan pada keluarga gerakan-gerakan latihan Rom pasif 6. Mengukur kembali kekuatan otot setelah dilakukan rom pasif	<b>Intervensi (manajemen program latihan)</b> 1. kekuatan otot 555 444 555 444 2. klien melanjutkan aktivitas latihan ROM pasif 3. tidak ada benda yang dapat membahayakan klien di sekitarnya 4. klien melakukan tehnik nafas dalam saat latihan ROM 5. klien mengikuti gerakan-gerakan yang dilakukan perawat dengan baik, keadaan klien sudah mulai membaik setelah dilakukan latihan ROM 6. 555 444 555 444	<b>S :</b> klien mengikuti gerakan-gerakan yang dilakukan perawat dengan baik <b>O :</b> klien melakukan tehnik nafas dalam saat latihan ROM <b>A :</b> Masalah belum teratasi <b>P :</b> Intervensi dilanjutkan <b>I :</b> Intervensi(1-6) <b>E :</b> kekuatan otot 555 444 555 444 <b>R :</b>
<b>Hari ke 7</b>				
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	Senin,2 6 april 2021 10:30-11:00	<b>Intervensi (manajemen program latihan)</b> 1. Mengukur kekuatan otot pasien 2. Memotivasi pasien untuk bersedia memulai melakukan aktifitas fisik ROM demi	<b>Intervensi (manajemen program latihan)</b> 1. Kekuatan otot 555 444 555 444 2. Klien mengatakan ia sudah melakukan gerakan-gerakan	<b>S :</b> <b>S :</b> Klien mengatakan ia sudah melakukan gerakan-gerakan Rom secara mandiri setiap hari

ditandai dengan rentang gerak menurun	kesembuhannya	Rom secara mandiri setiap hari dan sangat bersemangat untuk melakukan Rom yang dilakukan oleh perawat	O : Kekuatan otot 555 444 555 444
	3. Menjauhkan benda-benda yang dapat mencederai selama latihan aktivitas fisik	3. Tidak ada benda yang dapat membahayakan pasien disekitarnya	A : Masalah belum teratasi
	4. Mengajarkan pada pasien cara nafas dalam dan menyuruh pasien melakukan saat dilakukan ROM pasif	4. Klien telah mempraktekan tehnik nafas dalam saat melakukan Rom	P : Intervensi dilanjutkan secara mandiri
	5. Melakukan latihan ROM pasif pada pasien dan megajarkan pada keluarga gerakan-gerakan latihan Rom pasif	5. Setelah dilakukan Rom terdapat perkembangan kembali pada dari hanya bisa melawan gravitasi dan belum bisa melawan dan sekarang mampu menggerakkan persendian gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahanan sedang	I : Intervensi(1-6)
	6. Mengukur kembali kekuatan otot setelah dilakukan rom pasif	6. Kekuatan otot 555 444 555 444	E : Setelah dilakukan Rom terdapat perkembangan kembali pada dari hanya bisa melawan gravitasi dan belum bisa melawan dan sekarang mampu menggerakkan persendian gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahanan sedang
			R :
Gangguan mobilitas fisik berhubungan	16:30-17:00	<b>Intervensi (manajemen program latihan)</b> 1. Mengukur kekuatan otot pasien	S : Klien mengatakan ia sudah melakukan gerakan-gerakan Rom
		<b>Intervensi (manajemen program latihan)</b> 1. Kekuatan otot 555 444 555 444	

dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan rentang gerak menurun	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Memotivasi pasien untuk bersedia memulai melakukan aktifitas fisik ROM demi kesembuhannya</li> <li>3. Menjauhkan benda-benda yang dapat mencederai selama latihan aktivitas fisik</li> <li>4. Mengajarkan pada pasien cara nafas dalam dan menyuruh pasien melakukan saat dilakukan ROM pasif</li> <li>5. Melakukan latihan ROM pasif pada pasien dan megajarkan pada keluarga gerakan-gerakan latihan Rom pasif</li> <li>6. Mengukur kembali kekuatan otot setelah dilakukan rom pasif</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Klien mengatakan ia sudah melakukan gerakan-gerakan Rom secara mandiri setiap hari dan sangat bersemangat untuk melakukan Rom yang dilakukan oleh perawat</li> <li>3. Tidak ada benda yang dapat membahayakan pasien disekitarnya</li> <li>4. Klien telah mempraktekan tehnik nafas dalam saat melakukan Rom</li> <li>5. Setelah dilakukan Rom terdapat perkembangan kembali pada dari hanya bisa melawan gravitasi dan belum bisa melawan dan sekarang mampu menggerakan persendian gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahanan sedang</li> <li>6. Kekuatan otot 555 444 555 444</li> </ol>	<p>secara mandiri setiap hari</p> <p>O : Kekuatan otot 555 444 555 444</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan secara mandiri</p> <p>I : Intervensi(1-6)</p> <p>E : Setelah dilakukan Rom terdapat perkembangan kembali pada dari hanya bisa melawan gravitasi dan belum bisa melawan dan sekarang mampu menggerakan persendian gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahanan sedang</p> <p>R : Libatkan keluarga untuk pasien melakukan Rom secara mandiri</p>
--	--	---	--

## e. Evaluasi keperawatan

## Responden 1

No	Diagnosa keperawatan	Hari/tanggal	Evaluasi
1.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neuromaskular ditandai dengan sulit menggerakkan tangan dan kakinya sebelah kanan, kekuatan otot menurun, gerakan terbatas	Senin 26,04,2021	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan ia sudah mulai bisa menggerakkan sedikit demi sedikit tangan dan kaki bagian kanannya setelah dilakukan latihan ROM</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kekuatan otot  <math display="block">\frac{333}{333} \frac{444}{444}</math> </li> <li>kemajuan klien yang sudah mulai bisa melawan gravitasi tetapi belum bisa menahan. Keluarga tampak paham gerakan latihan ROM dan juga membantu melakukan rom pasif pada pasien</li> </ol> <p>A : masalah belum teratasi  P : intervensi dilanjutkan oleh keluarga</p>
2.	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilisasi ditandai dengan terdapat luka dekubitus dan hematoma	Senin 26,04,2021	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>klien mengatakan lukanya sudah mulai mengecil</li> <li>klien mengatakan luka sudah tidak berbau lagi</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>luka klien sudah tampak membaik tidak terdapat tanda –tanda infeksi</li> <li>warna luka pink kemerahan, tidak berbau dan tidak terdapat pust</li> <li>tampak keluarga sudah bisa melakukan perawatan luka sederhana secara mandiri</li> </ol> <p>A : masalah belum teratasi  P : intervensi perawatan luka secara sederhana dilanjutkan oleh keluarga</p>

---

3.	Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal ditandai dengan tidak mampu mandi/menggunakan pakaian/ke toilet/berhias secara mandiri	Senin 26,04,2021	S : 1. keluarga klien mengatakan akan merawat klien seperti cara yang diajarkan perawat 2. klien mengatakan dirinya sekarang lebih baik dari sebelumnya setelah mandi teratur dan diberikan pelembab pada kulitnya O : 1. tampak diatas meja dekat klien sudah terdapat pelembab dan peralatan mandi lainnya 2. kulit klien sudah tampak lebih baik dari sebelumnya A : Malah teratasi sebagian P : intervensi perawatan klien dilanjutkan keluarga
----	--	------------------	--

---

## Responden 2

No	Diagnosa keperawatan	Hari/tanggal	Evaluasi
1.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neuromuskular ditandai dengan sulit menggerakkan tangan dan kakinya sebelah kiri, kekuatan otot menurun, gerakan terbatas	Senin 26,04,2021	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan setelah dilakukan latihan ROM setiap hari selama satu minggu terakhir kaki dan tangannya sudah jauh lebih baik dari sebelumnya</li> <li>2. Klien mengatakan ia sudah mulai bisa berjalan perlahan-lahan</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak klien sudah mulai bisa berdiri sendiri dan mulai bisa berjalan</li> <li>2. Kekutan otot 555 444 555 444</li> </ol> <p>A : masalah teratasi sebagian P :intervensi dilanjutkan secara mandiri</p>
2.	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilisasi ditandai dengan hematoma	Kamis 22,04,2021	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan kulitnya sudah tidak mengelupas-lupas lagi dan ia sudah merasa lebih nyaman</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kulit klien lembab</li> <li>2. Klien menggunakan pelembab pada kulitnya</li> </ol> <p>A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan</p>

## C. PEMBAHASAN

Pada tahap ini penulis akan membandingkan hasil studi kasus yang diperoleh dengan teori. Dimana dalam Laporan Tugas Akhir ini penulis mengambil kasus pada pasien dengan *stroke non hemoragic*. Dari hasil pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada pasien *stroke non hemoragic* di Puskesmas sawah lebar kota Bengkulu yang dimulai dari 20 april 2021 sampai dengan 26 april 2021 ditemukan beberapa persamaan antara teori yang ada dengan data yang didapatkan.

### 1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan upaya untuk pengumpulan data secara lengkap dan sistematis mulai dari pengumpulan data, identitas dan evaluasi status kesehatan klien (Tarwoto, 2013).

Keluhan utama Responden 1 Klien mengatakan tangan dan kakinya sebelah kanan sulit digerakan. Responden 2 Klien mengatakan kaki kiri dan tangan kirinya sulit digerakkan dan bengkak. Penyebab terjadinya perbedan kiri dan kanan pada responden 1 dan 2 disebabkan oleh letak sumbatan pada aliran darah ke otak klien. Kenyataan ini sesuai dengan teori Pudiastuti, (2011) pasien dengan stroke aliran darah ke otak menjadi terganggu maka oksigen dan nutrisi tidak dapat dikirim. kondisi ini akan mengakibatkan kerusakan sel otak sehingga mengakibatkan seseorang penderita akan mengalami kelemahan kekuatan otot.

Pada riwayat kesehatan sekarang Responden 1 Klien mengatakan awalnya saat dirumah pasien merasakan kesemutan pada tangan kirinya, tiba-tiba pasien merasa pusing dan pingsan di kamar mandi, saat bangun pasien sudah ada dirumah sakit, tangan dan kakinya sudah sulit digerakan. Sehingga pasien sudah tidak mampu melakukan aktivitas seperti biasanya. Responden 2 Klien mengatakan ia sering emosional sehingga tekanan darahnya naik dan merasa pusing setelah itu ia pingsan, setelah sadar ia sudah di rumah sakit dengan kaki dan tangan kiri yang susah digerakkan. Sekarang ia sudah mulai bisa melakukan aktifitas makan dan minum sendiri namun untuk ke kamar mandi ia masih dibantu keluarga.

Pada responden 1 dan 2 hal tersebut disebabkan oleh terjadinya penyumbatan akibat bekuan darah dan penyempitan pembuluh darah yang mengakibatkan suplai darah ke otak di luar batas normal/ terhenti.

Sejalan dengan teori Wijaya & Putri, 2013 Gumpalan darah dapat menghentikan aliran darah menuju bagian otak tertentu sehingga terjadi sumbatan dan menyebabkan terjadinya stroke.

Pada riwayat kesehatan dahulu Responden 1 Klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi dan penyakit jantung sejak 1 tahun terakhir, pada akhir bulan februari 2021 klien masuk RSUD M.Yunus kota Bengkulu dan terdiagnosa *stroke non hemoragic*. Responden 2 Klien mengatakan ia mempunyai riwayat penyakit hipertensi dan kolesterol sejak berusia 30 tahun dan pada bulan desember 2020 ia pernah dirawat di RS Rafflesia dikarenakan penyakit *stroke non hemoragic*.

Penyakit hipertensi, penyakit jantung, dan kolesterol yang dialami oleh responden 1 dan 2 merupakan faktor penyebab yang dapat diubah yang menyebabkan terjadinya stroke.

Hal tersebut sejalan dengan teori, (Ningrum, 2020) bahwa faktor penyebab terjadinya stroke yang dapat diubah adalah hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, obesitas, kolesterol tinggi, umur, jenis kelamin dan genetik.

Pada pemeriksaan sistem persyarafan Responden 1 dan 2 sama-sama menunjukkan hasil bahwa mengalami gangguan motorik yang disebabkan oleh *stroke non hemoragic* Responden 1 dan 2 sama-sama menunjukkan hasil bahwa mengalami gangguan motorik yang disebabkan oleh *stroke non hemoragic*. Sesuai dengan teori (Tarwoto, 2013) pada pasien stroke biasanya akan mengalami gangguan motorik.

Pada pemeriksaan sistem muskuloskeletal Responden 1 Pasien tampak sulit menggerakkan tangan dan kakinya sebelah kanan, rentang gerak menurun dan, pasien mengalami kelemahan dan penurunan kekuatan otot pada ekstremitas kanan atas dan bawah, aktivitas pasien sehari-hari tampak dibantu keluarga, pasien tampak hanya berbaring ditempat tidur kekuatan otot :

$$\begin{array}{r|l} 111 & 444 \\ \hline 111 & 444 \end{array}$$

Responden 2 : Pasien tampak sulit menggerakkan tangan dan kakinya sebelah kiri, rentang gerak menurun dan, pasien mengalami kelemahan dan penurunan kekuatan otot pada ekstremitas kiri atas dan bawah, aktivitas pasien sehari-hari tampak dibantu keluarga, pasien tampak hanya duduk dan berbaring di rumah

kekuatan otot :

$$\begin{array}{r|l} & \\ \hline 555 & 333 \\ 555 & 333 \end{array}$$

Jadi dari pengkajian sistem persyarafan dan musculoskeletal pasien mengalami berkurangnya kemampuan motorik/kesulitan menggerakkan tangan kiri dan kaki kirinya dikarenakan, pasien *stroke non Hemoragic* disebabkan suplai darah keotak terganggu sehingga menyebabkan sel-sel otak mati dan menyebabkan kerusakan neuromaskular, jika neuromaskular rusak akan menyebabkan hemiparase dan membuat kemampuan motorik pasien berkurang. sesuai dengan teori Setyopranoto (2011) *stroke non hemoragic* menyebabkan berbagai deficit neurologik, gejala muncul akibat daerah otak tertentu tidak berfungsi akibat terganggunya aliran darah ketempat tersebut gejala tersebut antara lain hemiparase (kelumpuhan separoh badan).

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

Diagnosa gangguan mobilitas fisik pada responden 1 dan 2 disebabkan penurunan kendali otot, penurunan massa otot, kekakuan sendi, kontraktur, gangguan musculoskeletal, gangguan neuromuscular. Dari Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), PPNI Edisi I, (2016).

Pada responden 1 gangguan integritas kulit disebabkan oleh kurangnya mobilisasi, kelembapan, serta adanya perubahan sirkulasi yang menyebabkan terjadinya luka dekubitus. Sedangkan pada responden 2 disebabkan oleh keterbatasan aktivitas sehari-hari akibat penurunan kekuatan otot dan suhu lingkungan yang ekstrim. Sesuai dengan buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (tim pokja SDKI DPP PPNI 2017)

Pada responden 1 defisit perawatan diri diakibatkan oleh penurunan kekuatan otot sehingga terjadinya keterbatasan mobilisasi yang mengakibatkan klien tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri. Dari Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), PPNI Edisi I, (2016)

### **3. Intervensi Keperawatan**

Intervensi atau perencanaan merupakan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosa keperawatan. Dengan perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien sesuai dengan kebutuhan dan berdasarkan diagnosa keperawatan intervensi berisikan tujuan kriteria hasil yang diharapkan, serta rasional dan tindakan-tindakan yang dilakukan (Nikmatur, 2012).

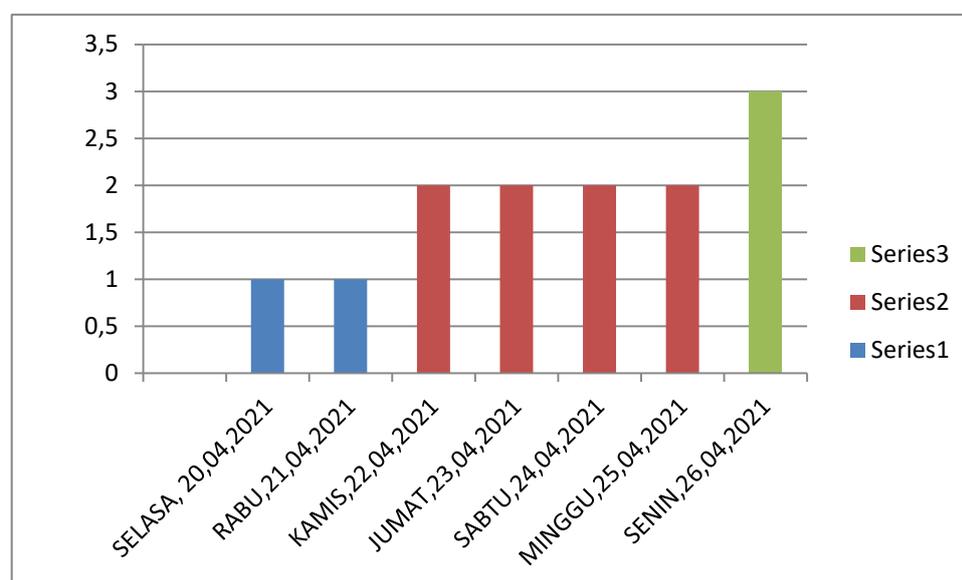
Pada responden 1 dan 2 sama-sama dilakukan intervensi manajemen program latihan (*ROM*) pada diagnosa gangguan mobilitas fisik hal tersebut dikarenakan responden 1 dan 2 sama-sama mengalami penurunan kekuatan otot. Dengan dilakukan Rom diharapkan dapat meningkatkan kekuatan otot klien. sesuai dengan (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018)

Pada responden 1 dilakukan intervensi perawatan luka dikarenakan klien mengalami luka dekubitus pada bagian dekat tulang ekor. Sedangkan pada responden 2 dilakukan intervensi perawatan integritas kulit akibat kulit klien kering dan terkelupas serta terdapat hematoma sesuai dengan (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018)

Penurunan kekuatan otot, kerusakan jaringan otak dan penurunan mobilisasi pada responden 1 yang menyebabkan klien bedrest total sehingga klien tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri dimana semua kegiatan harus dibantu oleh keluarga. Sesuai dengan (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018)

#### 4. Implementasi Keperawatan

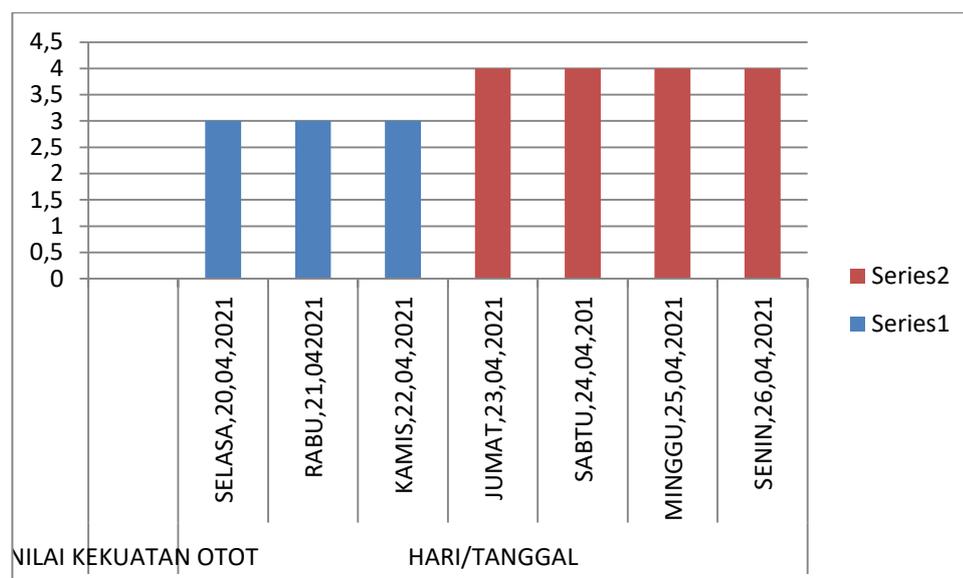
Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan yang berkelanjutan, mengobservasi respon pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Nikmatur, 2012).



Pada grafik 4.1 dapat menjelaskan perkembangan kekuatan otot dari hari pertama sampai hari ke tujuh responden 1

Setelah dilakukan implementasi ROM pasif selama 7 hari dimana kekuatan otot klien meningkat pada hari pertama dan kedua kekuatan otot

1, hari ketiga sampai enam kekuatan otot klien menjadi 2 dan pada hari ketujuh kekuatan otot klien meningkat menjadi 3.



Pada grafik 4.2 dapat menjelaskan perkembangan kekuatan otot dari hari pertama sampai hari ke tujuh responden 2

Pada responden 2 setelah dilakukan *ROM* pasif selama 7 hari dimana pada hari pertama hingga hari ke empat kekuatan otot 3 dan pada hari kelima hingga hari ketujuh meningkat menjadi 4.

Sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan Ni'mah & Nadhiroh (2015) adalah terjadinya peningkatan nilai kekuatan otot tangan dan kaki sebelum dan sesudah pemberian *ROM*. Hal ini membuktikan bahwa *ROM* berpengaruh dalam meningkatkan kekuatan otot tangan dan kaki responden. Artinya terdapat perbedaan kekuatan otot tangan dan kaki sebelum dan sesudah pemberian *ROM*.

Pada responden 1 Setelah dilakukan perawatan luka selama 7 hari luka sudah mulai membaik namun belum sembuh secara total. Pada responden 2 setelah dilakukan implemetasi perawatan integritas kulit selama 2 hari kulit sudah mulai lembah dan hematoma sudah menghilang masalah teratsi namun intervensi tetap dilakukan secara mandiri dan dibantu oleh keluarga.

Pada responden 1 setelah dilakukan dukungan perawatan diri mandi selama 7 hari klien masih dibantu keluarga untuk mandi dan

masalah deposit perawatan diri mandi belum teratasi sepenuhnya. Setelah dilakukan implementasi defisit perawatan diri selama 7 hari masalah hanya teratasi sebagian.

Sesuai dengan teori (Wijaya & Putri ,2013) pada pola aktivitas sehari-hari akan mengalami perubahan/gangguan akibat kelemahan pada anggota gerak sehingga kebutuhan klien perlu dibantu oleh perawat/keluarga karena pasien belum mampu melakukan aktivitas secara mandiri.

## **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi setelah melaksanakan implementasi selama 7 hari pada responden 1 dengan diagnosa gangguan mobilitas fisik dimana kekuatan otot klien meningkat menjadi 3 dimana sebelumnya kekuatan otot klien 1, pada responden 2 sebelum dilakukan tindakan *ROM* pasif kekuatan otot 3 dan setelah dilakukan *ROM* pasif sekama 7 hari kekuatan otot klien meningkat menjadi 4. Terdapat perbedaan peningkatan kekuatan otot pada responden 1 dan 2, hal tersebut dikarenakan perbedaan tingkat aktivitas, psikologis, motivasi serta tingkat kepatuhan pasien dalam melakukan rehabilitas yang mempengaruhi kekuatan otot.

Sejalan dengan teori sulistyanningi (2011) yang menjelaskan faktor yang mempengaruhi peningkatan kekuatan otot Faktor Subjektif, faktor ini meliputi hasil pemeriksa kesehatan secara menyeluruh, adanya penyakit, gender, tingkat aktivitas dan usia. Faktor Psikologi, status kognitif, harapan, motivasi, depresi, tekanan dan kecemasan menjadi faktor yang mempengaruhi kekuatan otot. Faktor metodological yaitu posisi subjek, peralatan yang digunakan, stabilitas, posisi persendian. Faktor otot faktor ini terdapat pada otot tiap individu yang didalam struktur otot terdapat tipe serat otot, panjang otot, arsitektur otot, lokasi otot, serta pengaruh latihan pada otot. Faktor pengukuran faktor ini didefinisikan lebih ke pelaksanaan operasional, rehabilitasi dan validitas alat untuk yang digunakan

Pada diagnosa gangguan integritas kulit setelah dilakukan 7 hari perawatan luka dimana luka klien sudah memerah dan tidak berbau lagi dan ukuran luka sudah mulai mengecil, pada responden 2 setelah

dilakukan perawatan integritas kulit selama 2 hari kulit klien sudah lembab dan sudah tidak mengelupas-lupas lagi serta hematoma sudah hilang.

Pada diagnosa defisit perawatan diri setelah dilakukan dukungan perawatan diri mandi selama 7 hari klien sudah tampak lebih baik dan keluarga juga sudah mulai mengerti tentang pentingnya kebersihan diri klien.

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

##### 1. Pengkajian keperawatan

Dari hasil pengkajian awal yang dilakukan pada responden 1 ditemukan data kekuatan otot klien pada ekstermitas kanan atas dan bawah 1, pada responden 2 ditemukan data kekuatan otot ekstermitas kiri atas dan kiri bawah 3, ditemukan luka dekubitus pada bagian dekat tulang ekor responden 1 dan pada responden 2 ditemukan kulit kering dan mengelupas, serta pada responden 1 ditemukan data-data defisit perawatan diri.

##### 2. Diagnosa keperawatan

Responden 1

- a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neuromaskular ditandai dengan sulit menggerakkan tangan dan kakinya sebelah kanan, kekuatan otot menurun, gerakan terbatas.
- b. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilisasi ditandai dengan terdapat luka dekubitus dan hematoma.
- c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal ditandai dengan tidak mampu mandi/menggunakan pakaian/ke toilet/berhias secara mandiri.

Responden 2

- a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neuromaskular ditandai dengan sulit menggerakkan tangan dan kakinya sebelah kiri, kekuatan otot menurun, gerakan terbatas.
- b. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilisasi ditandai dengan hematom

### **3. Intervensi keperawatan**

Diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik pada responden 1 dan 2 intervensi yang dilakukan manajemen program latihan *ROM* , diagnosa kedua gangguan integritas kulit/jaringan pada responden 1 dengan intervensi perawatan luka, Pada responden 2 gangguan integritas kulit/jaringan dengan intervensi perawatan integritas kulit , diagnosa ketiga pada responden 1 dengan intervensi dukungan perawatan diri : mandi, sesuai dengan SIKI (2018)

### **4. Implementasi keperawatan**

Pada diagnosa gangguan mobilitas fisik implementasi yang dilakukan pada responden 1 dan 2 sesuai dengan intervensi yang ada pada teori, pada diagnosa gangguan integritas kulit/jaringan pada responden 1 dan 2 dilakukan semua intervensi sesuai dengan intervensi pada teori, dan pada diagnosa defisit perawatan diri pada responden 1 dilakukan imolementasi sesuai dengan intervensi yang ada di teori.

### **5. Evaluasi keperawatan**

Setelah dilakukan implemtasi manajemen program latihan *ROM* pada responden 1 dan 2 yang mengalami gangguan mobilitas fisik selama 7 hari berturut-turut pagi dan sore. Terjadi peningkatan kekuatan otot pada responden 1 dimana sebelum dilakukan tindakan *ROM* kekuatan otot 1 meningkat menjadi 3. Sedangkan pada responden 2 dimana kekuatan otot sebelum dilakukan tindakan *ROM* 3 dan setelah dilakukan tindakan *ROM* kekuatan otot meningkat menjadi 4.

## **D. Saran**

### **1. Bagi Tempat Penelitian**

Disarankan kepada pihak Puskesmas untuk melakukan penyuluhan secara kelompok tentang pencegahan dan penanganan *stroke non hemoragic* termasuk pelatihan penerapan *ROM* pasif untuk mencegah terjadinya kontraktur dan meningkatkan kekuatan otot pada penderita *stroke non hemoragic* pada lingkungan masyarakat.

### **2. Bagi peneliti selanjutnya**

Diharapkan bagi peneliti selanjutnya agar dapat menghasilkan *ROP* (Relaksasi otot progresif) terupdate meliputi :

- a. Pra interaksi
- b. Interaksi
- c. Terminasi
- d. Validasi
- e. Evaluasi

### **3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan**

Tersusunnya *ROP* tindakan terupdate pada proses pembelajaran.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aras, D. (2017). *Proses Dan Pengukuran Fisioterapi*. Makassar: Cv.Physio Sakti
- Ariani, April T. 2012. *Sistem Neurobehaviour*. Jakarta : Salemba Medika
- Arifin, S., Yani, S. 2013. *Atlas Anatomi Otot Manusia Untuk Fisioterapi.Pt. Sejahtera Bersama Yuk*.
- Ayu Septiandini Dyah, 2017, *Asuhan Keperawatan Pada Klien Yang Mengalami Stroke Non Hemoragic Dengan Hambatan Mobilitas Fisik Di Ruang Icu Rsud Salatiga, Program Studi D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kusuma Husada Surakarta*
- Bakara, Derison Marsinova, And Surani Warsito. "Latihan Range Of Motion (Rom) Pasif Terhadap Rentang Sendi Pasien Pasca Stroke." *Idea Nursing Journal* 7.2 (2016): 12-18.
- Bararah, T Dan Jauhar, M. (2013). *Asuhan Keperawatan Panduan Lengkap Menjadi Perawat Profesional*. Jakarta: Prestasi Pustakaray.
- Batticaca, Fransisca B.(2012). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Persyarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Bernstein, Lenny. "Us Life Expectancy Declines Again, A Dismal Trend Not Seen Since World War I." *Washington Post* (2018).
- Brunner Dan Suddarth. 2011. *Keperawatan Medikal Bedah Edisi8 Volume4*.
- Evelyn Theunissen, K. (2011). The nurse's role in improving health disparities experienced by the indigenous Māori of New Zealand. *Contemporary Nurse*, 39(2), 281-286.
- Fajar Yudha, Gustop Amatiria. (2014). *Pengaruh Range Of Motion (Rom) Terhadap Kekuatan Otot Pasien Pasca Perawatan Stroke*. *Jurnal Keperawatan*, Volume X, No. 2, Oktober 2014 Issn 1907 – 0357.
- Fitrianingsih, Nining, And Noor Siti Noviani Indah Sari. "The Influence Of Picture Coloring On Fine Motor Development In Children Aged 4-5 Years." *Journal Of Science Innovare* 2.01 (2019): 19-22.  
Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran Egc.
- Kemenkes, R. I. "Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2014." *Jakarta: Kemenkes Ri* (2015).
- Kisner.C & Allen.L. (2017).*Terapi Latihan Dasar Dan Teknik*. Jakarta: Egc.
- Kusuma Putri, T. A. R., Rahayu, L. P. And And Agustina, E. N. (2019) 'Stroke Recurrence Based On Stroke Prognosis Instrument Ii (Spi-Ii) And The Attackumber Of Stroke', *Kne Life Sciences*, 2019, Pp. 98– 10.
- Mozzafarian D, Dkk. (2016). *Heart Desease And Stroke Statistic*. *Aha Journal*, 4-5. Doi: 10 .1161/Cir .0000000000000350.
- Nikmatur, Rohmah, and Walid Saiful. "Proses Keperawatan teori dan aplikasi." *Ar-ruzz media, Yogyakarta* (2012).

- Ningrum, Niken Dian. *Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke Non Hemoragic Dengan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral*. Diss. Stikes Insan Cendikia Medika Jombang, 2020.
- Noor, Zairin. "Buku Ajar Gangguan Muskuloskeletal." *Ii*. Jakarta: Salemba Medika (2016).
- Nur'aeni Yuliatun Rini, 2017, *Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke Non Hemoragic Dengan Masalah Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral Di Ruang Kenanga Rsud Dr. Soedirman Kebumen, Program Studi Diii Akademi Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong*
- Nurarif .A.H. Dan Kusuma.H. (2015).*Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & Nanda Nic-Noc*. Yogyakarta: Mediacion
- Nurtanti, Susana, And Widya Ningrum. "Efektifitas Range Of Motion (Rom) Aktif Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pada Penderita Stroke." *Jurnal Keperawatan Gsh 7.1* (2019): 14-18.
- Potter & Perry. 2009. *Fundamental Keperawatan. Edisi 7*. Jakarta : Salemba Medika
- PPNI, Tim Pokja Sdki. "Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Edisi 1." Jakarta Selatan: Dpp: Dewan Pengurus Pusat (2016).
- PPNI, Tim Pokja Siki. "Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Edisi 1." Jakarta Selatan: Dpp: Dewan Pengurus Pusat (2018).
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi Dan Indikator Diagnostik, Edisi 1*. Jakarta: Dpp Ppni.
- Pudiastuti, R. D. (2011). *Penyakit Pemicu Stroke*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Radaningtyas, D. A. (2018).*Asuhan Keperawatan Klien Cerebro Vaskular Accident Hemoragic*.
- Setyopranoto, 2011. *Stroke : Gejala dan Penatalaksanaan. Cermin Dunia Kedokteran 185: 247250*. Jakarta : Penerbitan Buku Kedokteran EGC.
- Sulistyaningsih.2011. *Metodologi Penelitian Kebidanan, Kuantitatif & Kualitatif*. Edisi Pertama, Yogyakarta : Graha Ilmu
- Suryaman, Ratih Ratih. "Pengaruh Range Of Motion (Rom) Terhadap Kekuatan Otot Pasien Pasca Stroke: Pengaruh Range Of Motion." *Jurnal Ilmiah Wijaya 12.1* (2020).
- Susilawati, Fepi, And S. K. Nurhayati."Faktor Resiko Kejadian Stroke." *Jurnal Ilmiah Keperawatan Sai Betik 14.1* (2018): 41-48.
- Tarwoto, 2013. *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : CV Sagang Seto.
- Vickers, Neil J. "Animal Communication: When I'm Calling You, Will You Answer Too?." *Current Biology 27.14* (2017): R713-R715.
- Widiarti.(2016). *Buku Ajar Pengukuran Dan Pemeriksaan*.Yogyakarta : Deepublish
- Wijaya, A.S Dan Putri, Y.M. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah 2, Keperawatan Dewasa Teori Dan Contoh Askep*. Yogyakarta : Nuha Medika
- World Life Expectancy.(2018). World Health Rankings. <https://www.worldlifeexpectancy.com/world-health-rankings>

Yuniarsih, Ambar. *Asuhan Keperawatan Pada Klien Yang Mengalami Stroke Hemoragic Dengan Hambatan Mobilitas Fisik Di Ruang Krissan Rsud Bangil Pasuruan*. Diss. Stikes Insan Cendekia Medika Jombang, 2020.

Yurida Oliviani, 2017. Pengaruh ROM aktif assistif terhadap peningkatan kekuatan otot ekstremitas pada pasien stroke. [https://www.google.co.id/url?q=http://oj.dinamika.kesehatan.stikessarimulia.ac.id/index.php/dksm/article/download/249/192&sa=U&ved=2ahUKEwiT2uzDMpaAhuF9mMKHaKrBZ4QFjAAegQIChAB&usg=AovVaw1Wu794P6uYSgm0u1Af\\_ae9](https://www.google.co.id/url?q=http://oj.dinamika.kesehatan.stikessarimulia.ac.id/index.php/dksm/article/download/249/192&sa=U&ved=2ahUKEwiT2uzDMpaAhuF9mMKHaKrBZ4QFjAAegQIChAB&usg=AovVaw1Wu794P6uYSgm0u1Af_ae9). Diakses tanggal 21 November 2017.

**L  
A  
M  
P  
I  
R  
A  
N**

## Lampiran 1

## Lampiran 1

## INFORMED CONSENT

(Persetujuan Menjadi Partisipasi)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa atas nama Pepbrianto dengan judul Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Dengan Latihan *Range Of Motion (Rom)* Pasif pada pasien *Stroke Non Hemoragic (SNH)* Di Puskesmas Sawah Lebar Kota Bengkulu

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara suka rela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Saksi



M. Ruzi Amin.....

Bengkulu, April 2021

Yang memberikan persetujuan



M. Ruzi Amin.....

Bengkulu, 20 April 2021

Peneliti



(Pepbrianto)

**Lampiran 1**

**INFORMED CONSENT**

(Persetujuan Menjadi Partisipasi)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa atas nama Pepbrianto dengan judul Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Dengan Latihan *Range Of Motion (Rom)* Pasif pada pasien *Stroke Non Hemoragic (SNH)* Di Puskesmas Sawah Lebar Kota Bengkulu

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Bengkulu, April 2021

Yang memberikan persetujuan

Saksi

  
(Maria Pitaloka)

  
Astuti

Bengkulu, April 2021

Peneliti

  
(Pepbrianto)

## Lampiran 2

## Lampiran 2

## LEMBAR KRITERIA RESPONDEN

NO	Kriteria Inklusi	Calon Responden				
		Klien 1	Klien 2	Klien 3	Klien 4	Klien 5
1	Stroke Non Hemoragic	✓	✓	✓		
2	Pasien Bertempat tinggal di wilayah Bengkulu	✓	✓	✓		
3	Usia kurang dari 60 tahun	✓	✓			
4	Keadaan fisik (Kekuatan otot kurang dari 4)	✓	✓	✓		
5	Tidak ada luka beda (operasi)	✓	✓	✓		
6	Tidak dengan komplikasi penyakit lain	✓	✓			
7	Klien yang mempunyai keinginan untuk sembuh tinggi.	✓	✓			
NO	Kriteria Ekslusi	Klien 1	Klien 2	Klien 3	Klien 4	Klien 5
1	Klien meninggal					
2	Klien mengalami penurunan kesadaran (koma)					
3	Klien mengalami komplikasi lain sehingga tidak memungkinkan untuk dilanjutkan					



**Lampiran 4****SKALA KEKUATAN OTOT**

(POTTER &amp; PERRY, 2009)

SKALA	NILAI	KEMAMPUAN
NORMAL	5	Mampu menggerakkan persendian dalam lingkup gerak penuh, mampu melawan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahan penuh
SEDANG	4	Mampu menggerakkan persendian gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahanan sedang
BAIK	3	Bisa melawan gravitasi tetapi tidak dapat menahan
BURUK	2	Ada gerakan pada sendi tetapi tidak dapat melawan gravitasi
SEDIKIT	1	Tidak ada gerakan, teraba kontraksi otot
TIDAK	0	Lumpuh total

Lampiran 5







## Lampiran 6



**PEMERINTAH KOTA BENGKULU  
DINAS KESEHATAN**

Jl. Letjen Basuki Rahmat No. 08 Bengkulu Telp (0738) 21072 Kode Pos 34223

**REKOMENDASI**

Nomor : 070 / 442 / D.Kes / 2021

Tentang  
**IZIN PRA PENELITIAN**

Dasar Surat dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti Bengkulu Nomor : 03.02/203/STIKES SB/IV/2021 Tanggal 15 April 2021 Perihal : Permohonan Izin Pengambilan data awal untuk penyusunan Laporan Tugas Akhir (LTA) atas nama :

**Nama** : Pepbrianto  
**NIM/NPM** : 201801023  
**Program Studi** : Keperawatan  
**Judul / Data** : Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Dengan Latihan Range Of Motion (ROM) Pasif Pada Pasien Stroke Non Hemoragik (SNH) di Puskesmas Sawah Lebar Kota Bengkulu  
**Tempat Penelitian** : 1. Dinas Kesehatan Kota Bengkulu  
 2. Puskesmas Sawah Lebar Kota Bengkulu  
**Lama Kegiatan** : 16 April 2021 s/d, 23 April 2021

Pada prinsipnya Dinas Kesehatan Kota Bengkulu tidak berkeberatan diadakan pra penelitian/kegiatan yang dimaksud dengan catatan ketentuan :

- a. Tidak dibenarkan mengadakan kegiatan yang tidak sesuai dengan penelitian yang dimaksud.
- b. Harap mentaati semua ketentuan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat setempat.
- c. Apabila masa berlaku Rekomendasi Pra Penelitian ini sudah berakhir, sedangkan pelaksanaan belum selesai maka yang bersangkutan harus mengajukan surat perpanjangan Rekomendasi Pra Penelitian.
- d. Setelah selesai mengadakan kegiatan diatas agar melapor kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Bengkulu (tembusan).
- e. Surat Rekomendasi Pra Penelitian ini akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat ini tidak mematu ketentuan seperti tersebut diatas.

Demikianlah Rekomendasi ini dikeluarkan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

**DIKELUARKAN DI: B E N G K U L U**  
**PADA TANGGAL : 16 APRIL 2021**  
 ALYAN SUMARDI, S.Sos  
 Sekretaris  
 ALYAN SUMARDI, S.Sos  
 Pembina / Nip. 196711091987031003

Tembusan :  
 1. Ka.UPTD.PKM.Sawah Lebar Kota Bengkulu  
 2. Yang Bersangkutan

## Lampiran 7



**PEMERINTAH KOTA BENGKULU  
DINAS KESEHATAN**

Jl. Letjen Basuki Rahmat No. 08 Bengkulu Telp (0738) 21072 Kode Pos 34223

**REKOMENDASI**

Nomor : 070 / 444 / D.Kes / 2021

Tentang  
**IZIN PENELITIAN**

**Dasar Surat** : 1. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan ( STIKES ). Sapta Bakti Bengkulu Nomor :03.02.241/STIKES-SB/IV/2021 Tanggal 19 April 2021  
2. Kepala Badan Kesehatan Bangsa dan Politik Kota Bengkulu Nomor :070/507/B.Kesbangpol/2021 Tanggal 19 April 2021, Perihal : Izin Penelitian untuk penyusunan Laporan Tugas Akhir (LTA) atas nama :

Nama : Peprianto  
Nim : 201801023  
Prodi : Keperawatan  
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Dengan Latihan Range Of Motion (ROM) Pasif Pada Pasien Stroke Non Hemoragik (SNH) di Puskesmas Sawah Lebar Kota Bengkulu  
Daerah Penelitian : Puskesmas Sawah Lebar Kota Bengkulu  
Lama Kegiatan : 19 April 2021 s/d. 19 Mei 2021

Pada prinsipnya Dinas Kesehatan Kota Bengkulu tidak berkeberatan diadakan penelitian/kegiatan Bengkulu yang dimaksud dengan catatan ketentuan :

- a. Tidak dibenarkan mengadakan kegiatan yang tidak sesuai dengan penelitian yang dimaksud.
- b. Harap menanti semua ketentuan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat setempat.
- c. Apabila masa berlaku Rekomendasi Penelitian ini sudah berakhir, sedangkan pelaksanaan belum selesai maka yang bersangkutan harus mengajukan surat perpanjangan Rekomendasi Penelitian.
- d. Setelah selesai mengadakan kegiatan diatas agar melapor kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Bengkulu (tembusan).
- e. Surat Rekomendasi Penelitian ini akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat ini tidak menanti ketentuan seperti tersebut diatas.

Demikianlah Rekomendasi ini dikeluarkan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

**DIKELUARKAN DI : B E N G K U L U  
PADA TANGGAL : 19 APRIL 2021**

**AN. KEPALA DINAS KESEHATAN  
KOTA BENGKULU  
Sekretaris**



**ALZAN SUMARDI, S.Sos  
Pembina / Nip. 196711091987031003**

Tembusan :  
1. Ka.UPTD.PKM.Sawah Lebar Kota Bengkulu  
2. Yang bersangkutan

## Lampiran 8



PEMERINTAH KOTA BENGKULU  
DINAS KESEHATAN  
UPTD PUSKESMAS SAWAH LEBAR  
Jl. Sepakat RT 10 Kelurahan Sawah Lebar Baru Telp. (0738) 28380  
Email : pkmsawahlebar@gmail.com



### SURAT KETERANGAN NO : 445/221/TU/PKM-SL/III/2021

Yang berlanda tangan dibawah ini :

N a m a : dr. HJ. Fatimah, ST  
N I P : 197309162008032001  
Pangkat/Gol. : Pembina / IVa  
J a b a t a n : Plt. Kepala UPTD Puskesmas Sawah Lebar Kota Bengkulu

Dengan ini menerangkan :

N a m a : Pepbrianto  
N P M / N I M : 201801023  
Program Studi : Keperawatan

Benar telah melaksanakan penelitian di UPTD Puskesmas Sawah Lebar Kota Bengkulu dari tanggal 19 April 2021 sampai dengan 19 Mei 2021 dengan judul **"Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik dengan Latihan Range Of Motion (ROM) Pasif pada Pasien Stroke Non Hemoragik (SNH) di Puskesmas Sawah Lebar Kota Bengkulu."**

Demikianlah keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagai mana meetinya.

Dikeluarkan : Di BENGKULU  
Pada Tanggal : 12 Agustus 2021  
Plt. Kepala UPTD Puskesmas Sawah Lebar  
Kota Bengkulu  
  
Dr. HJ. Fatimah, ST  
Nip: 197309162008032001

Arsip :

1. Dinas Kesehatan Kota Bengkulu
2. Arsip