



LAPORAN TUGAS AKHIR

**PENERAPAN TERAPI GENGAM BOLA KARET DALAM
GANGGUAN MOBILITAS FISIK PADA PASIEN STROKE
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
MUARA BANGKAHULU**

APRIZON ZURI
202001046

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI
TAHUN 2023/2024**



LAPORAN TUGAS AKHIR

PENERAPAN TERAPI GENGAM BOLA KARET DALAM GANGGUAN MOBILITAS FISIK PADA PASIEN STROKE DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MUARA BANGKAHULU

Di Ajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan Program Pendidikan
DIII Keperawatan

APRIZON ZURI
202001046

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI
TAHUN 2023/2024**

**PENERAPAN TERAPI GENGAM BOLA KARET DALAM GANGGUAN
MOBILITAS FISIK PADA PASIEN STROKE DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS MUARA BANGKAHULU**

ABSTRAK

Xiii Halaman awal + 90 halaman inti

Aprizon Zuri, Meritta Sari

Masalah utama gangguan jiwa didunia adalah skizofrenia, skizofrenia yaitu masalah pada gangguan otak dan pola pikir seseorang. Prevelensi skizofrenia di dunia mencapai 20 juta orang, salah satu gejala skizofrenia adalah risiko perilaku kekerasan. Resiko perilaku kekerasan dilakukan karena ketidakmampuan dalam melakukan koping terhadap stres, ketidakpahaman terhadap situasi sosial, tidak mampu untuk mengidentifikasi stimulus yang dihadapi, dan tidak mampu mengontrol dorongan untuk melakukan perilaku kekerasan. Apabila masalah tidak diatasi maka akan mengakibatkan resiko menciderai diri sendiri, orang lain ataupun lingkungan. Tujuan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini untuk mengetahui gambaran pada pasien resiko perilaku kekerasan dengan skizofrenia dan mengetahui gambaran mengenai pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan, ditambah lagi dengan terapi komplementer dengan terapi dzikir. Studi dokumentasi ini menggunakan metode deskriptif kualitatif yang menggambarkan suatu kasus dengan memanfaatkan laporan asuhan keperawatan. Dari hasil studi dokumentasi diperoleh bahwa setiap proses keperawatan yang dilakukan pada pasien sudah sesuai dengan teori. Hasil studi kasus setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7 hari latihan pasien mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan menggunakan terapi relaksasi otot progresif dikatakan berhasil. Bagi peneliti selanjutnya dapat dijadikan acuan atau pedoman dalam melakukan asuhan keperawatan jiwa secara optimal dan sesuai SOP yang telah ada, serta dapat melakukan tindakan yang menjadi hambatan dan kesulitan selama penulis melakukan penelitian, yaitu berupa melaksanakan strategi pelaksanaan terhadap keluarga pasien, dan melakukan seluruh tindakan keperawatan sesuai dengan standar intervensi keperawatan indonesia.

Kata kunci: skizofrenia, resiko perilaku kekerasan, terapi relaksasi otot progresif

Daftar pustaka : (2019-2023)

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur kita lanjutkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir (LTA) ini. Penulisan LTA ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi DIII Keperawatan Sekolah Ilmu Kesehatan Sapta Bakti. Laporan Tugas Akhir ini terwujud atas bimbingan dan pengarahan dari Ibu Ns. Maritta Sari, M.A.N selaku pembimbing serta bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu. Penulis pada kesempatan ini menyampaikan ucapan terimakasih kepada :

1. Ibu Djusmalinar, SKM,M.Kes selaku ketua STIKes Sapta Bakti
2. Ibu Ns. Novi Lasmadari, M.Kep selaku wakil ketua I STIKes Sapta Bakti
3. Ibu N. Siska Iskandar, M.A.N sebagai ketua Program Studi DIII keperawatan STIKes Sapta Bakti
4. Ibu Ns. Maritta Sari, M.A.N sebagai pembimbing penulis
5. Keluarga yang telah memberi support

Akhir kata, penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala dukungan dan kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semogah Tugas Akhir ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Bengkulu, 5 September 2023
Penulis

Aprizon zuri

DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN	i
HALAMAN KEASLIAN TULISAN	iii
ABSTRAK.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR BAGAN	ix
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR ISTILAH	xi
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian	5
D. Manfaat Penelitian	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Stroke	7
1. Definisi.....	7
2. Anatomi Fisiologi	8
3. Etiologi.....	11
4. Klasifikasi	12
5. Manifestasi klinis.....	13
6. Patofisiologi.....	13
7. WOC	15
8. Pencegahan.....	16
9. Pemeriksaan penunjang.....	17
10. Penatalaksanaan	18
B. Asuhan Keperawatan	22
1. Pengkajian.....	22

2. Diagnosa Keperawatan	31
C. Konsep Masalah Keperawatan.....	37
D. Konsep Terapi genggam bola karet.....	39
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian	46
B. Subjek Penelitian.....	46
C. Konsep kerangka	47
D. Definisi operasional	47
F. Tahap penelitian.....	48
G. Metode dan Instrumen pengumpulan data	49
H. Analisa Data	50
I. Etika Penelitian	50
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil penelitian	51
1. Jalan penelitian	51
2. Gambaran lokasi penelitian	51
3. Hasil studi kasus.....	52
B. Pembahasan	82
1. Pengkajian.....	82
2. Diagnosa keperawatan	83
3. Intervensi keperawatan	83
4. Implementasi keperawatan	84
5. Evaluasi keperawatan	86
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	87
B. Saran.....	88
DAFTAR PUSTAKA.....	89

DAFTAR TABEL

No	Judul Tabel	Hal
	Tabel 2.1 pengkajian keperawatan.....	22
	Tabel 2.2 aktivitas sehari-hari.....	24
	Tabel 2.3 Pemeriksaan Fisik.....	25
	Tabel 2.4 Pemeriksaan diagnostik.....	27
	Tabel 2.5 Penetalaksanaan terapi	27
	Tabel 2.6 Diagnosa keperawatan	28
	Tabel 3.1 Intervensi keperawatan	32

DAFTAR BAGAN

No	Judul Tabel	Hal
Tabel 2.1	WOC.....	15
Tabel 3.1	Tahapan Penelitian	50

DAFTAR GAMBAR

No	Judul Tabel	Hal
Tabel 2.1 Anatomi.....		8
Tabel 2.2 Standar Oprasional Prosedur (SOP).....		43

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Observasi

Lampiran 2. Naskah Psp

Lampiran 3. Informed Consent

Lampiran 4. From Identitas Responden Dan Kuesioner Dan Lain-Lain

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Stroke atau cedera *cerebrovascular* (CVA) adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh terganggunya suplai darah ke bagian otak. Stroke Non Hemoragik merupakan suatu gangguan yang disebabkan oleh iskemik, trombosis, emboli dan penyempitan lumen. Penyakit ini merupakan salah satu penyakit tidak menular yang terus meningkat angka kejadiannya. Stroke di bagi menjadi 2 yaitu stroke non hemoragik (iskemik) dan stroke hemoragik Stroke iskemik atau non hemoragik adalah gangguan fungsi system syaraf pusat berupa tersumbatnya pembuluh darah otak yang mengakibatkan terjadinya hemiparase (Margiyati, Ainnur Rahmanti, and Enggar Dwi Prasetyo, 2022).

Pasien stroke biasanya akan mengalami gangguan pada mobilitas fisik, salah satunya adalah otot. Sebanyak 10% pasien stroke mengalami kelemahan dan memerlukan perawatan kejadian kasus stroke 100 sampai 300 orang per 100.000 penduduk per tahun. Stroke merupakan penyebab kematian di Indonesia dan pada tahun 2030 diperkirakan akan terus meningkat mencapai 23,3 juta kematian. Stroke non hemoragik atau stroke iskemik adalah yang terbanyak (Triasti & Pudjonarko, 2016).

Menurut World Health Organization tahun 2021 stroke merupakan salah satu masalah kesehatan yang utama di dunia. Pada tahun 2021 terdapat sekitar 27.000 kasus stroke. Dengan jumlah orang per 100.000 penduduk yang menderita stroke telah menurun lebih dari 40 % selama 15 tahun terakhir. Sekitar 6.000 orang meninggal pada tahun 2020 akibat stroke, kematian ini lebih meningkat setiap tahunnya. Kasus stroke di provinsi Bengkulu khususnya di Kota Bengkulu yang paling tinggi berada di wilayah kerja Puskesmas Muara Bangkahulu dengan jumlah kasus 59 orang (Dinas Kesehatan Kota Bengkulu, 2021).

Stroke menjadi salah satu penyebab kematian setelah penyakit jantung dan keganasan. Jumlah kasus stroke tertinggi di kota Bengkulu terdapat di wilayah kerja puskesmas Muara Bangkahulu tercatat 25 pasien mengalami stroke tahun 2021, yang terdapat di wilayah kerja puskesmas Muara Bangkahulu tercatat 11 pasien yang mengalami stroke tahun 2022.

Cara untuk meminimalkan kecacatan setelah serangan stroke adalah dengan rehabilitasi. Rehabilitasi penderita stroke salah satunya adalah dengan terapi latihan yaitu latihan menggenggam bola karet. Terapi latihan ini adalah salah satu cara untuk mempercepat pemulihan pasien dari cedera dan penyakit yang dalam penatalaksanaannya menggunakan gerakan aktif maupun pasif. Gerak pasif adalah gerak yang digerakkan oleh orang lain dan gerak aktif adalah gerak yang dihasilkan oleh kontraksi otot sendiri. Salah satu latihan gerak aktif dapat dilakukan dengan cara latihan menggenggam bola (Asmedi, 2015). Penggunaan bola dengan ciri fisik tersebut diharapkan dapat menstimulus titik akupunktur terutama pada bagian tangan yang secara tidak langsung akan memberikan sinyal ke bagian saraf sensorik pada permukaan tangan yang akan disampaikan ke otak. Latihan menggenggam bola ini juga dapat merangsang serat-serat otot untuk berkontraksi kuat setiap latihan dan karakteristik bola karet yang memiliki tekstur bergerigi dan lentur akan melat reseptor sensori dan motorik (Prok et al, 2016).

Rehabilitasi dan latihan *Range Of Motion* (ROM) merupakan salah satu terapi lanjutan pada klien stroke setelah fase akut telah lewat dan memasuki fase penyembuhan. Mobilisasi dalam bentuk latihan ROM mempunyai peranan besar untuk mengembalikan kemampuan klien untuk kembali bergerak, memenuhi kebutuhan sehari-harinya, sampai kembali bekerja.

Peran perawat dalam hal ini berperan sebagai koordinator, dengan mengarahkan pasien agar pasien rajin melakukan terapi pemulihan stroke. Perawat juga melakukan mobilisasi sedini mungkin dalam rangka mencegah

terjadinya kekakuan sendi dan mengembalikan kekakuan klien secara fisik. pasien stroke perlu penanganan yang baik untuk mencegah kecacatan fisik maupun mental. Namun apa bila pasien stroke tidak dapat penanganan yang maksimal dan teraktur maka akan terjadi kelemahan otot bahkan kecacatan (Levine, 2015). Menurut Amir tahun 2016 pemberian latihan gerak sendi pada pasien pasca stroke juga sangat dianjurkan karena kurangnya mobilitas fisik pada pasien pasca stroke dapat menghambat rentang gerak sendi oleh karena itu penderita stroke memerlukan program rehabilitasi atau teknik latihan penguat otot dan dukungan keluarga di rumah apabila hal ini tidak segera ditangani maka akan menyebabkan ketergantungan otot bahkan kecacatan permanen.

Berbagai program dikembangkan untuk rehabilitasi klien pasca stroke, salah satunya adalah menggunakan bola karet. Latihan gerak sendi memungkinkan terjadinya kontraksi dan pergerakan otot, dimana klien menggerakkan persendiannya sesuai gerakan normal baik aktif ataupun pasif. Latihan ini dapat dioptimalkan dengan media bantu berupa bola karet, mengingat pemulihan fungsi ekstremitas atas lebih lambat dibandingkan dengan ekstremitas bawah. Bola yang digunakan berbahan karet, berbentuk bulat, bergerigi, elastis, dan dapat ditekan dengan kekuatan minimal. Latihan genggam bola karet merangsang peningkatan aktivitas kimiawi neoromuskuler dan muskuler, Sebelum dilakukan terapi responden di ukur kekuatan otot menggunakan skala klasik 0-5, kemudian dilakukan terapi genggam bola karet dengan waktu 10-15 menit 2 kali sehari selama 7 hari berturut-turut. Setelah dilakukan terapi dilakukan pengukuran kekuatan otot kembali dengan menggunakan skala klasik 0-5. Berdasarkan penelitian yang dilakukan menurut Astriani, dkk (2016).

Hal ini akan meningkatkan rangsangan serat saraf otot ekstermitas terutama saraf parasimpatis untuk memproduksi asetilcholin, sehingga muncul kontraksi. Menggenggam/mengepalkan tangan akan menggerakkan otot sehingga membantu membangkitkan kendali otak terhadap otot tersebut.

Respon akan disampaikan ke korteks sensorik melalui badan sel saraf C7-T1. Hal ini akan menimbulkan respon saraf melakukan aksi atas rangsangan tersebut.

Terapi yang difokuskan pada gerakan tangan atau kaki yang paretis teknik ini relatif baru, sederhana murah, dan mampu memperbaiki fungsi anggota gerak atas dan bawah prosedur ini dilakukan dengan cara mengandalkan genggam bola pada tangan dan bagian kaki. Latihan fisik menggenggam bola karet pernah diteliti oleh Chaidir & Zuardi (2019) di RSSN Bukit Tinggi dengan hasil latihan *Range Of Motion* (ROM) dengan menggenggam bola karet berpengaruh untuk meningkatkan kekuatan otot ekstermitas atas sehingga dapat meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke.

Hasil penelitian hunou et al, 2018 menunjukkan bahwa terdapat pengaruh terapi aktif menggenggam bola karet bergerigi terhadap kekuatan otot ekstremitas atas pada pasien stroke non hemoragik yang berdasarkan hasil nilai statistic dengan menggunakan uji Wilcoxon didapatkan p-value 0.001($p > 0.05$).

Menurut penelitian Umi Farida, 2018 Kelebihan dengan melakukan Latihan bola karet antara lain dapat meningkatkan kekuatan otot tangan, mudah dilakukan oleh pasien, bahan yang di gunakan mudah di dapat oleh pasien, ringan di bawa sehingga dapat di gunakan sewaktu waktu apabila pasien mengalami kelemahan otot terutama ekstermitas atas (tangan) dengan hasil pemberian ROM Exsercise Bola Karet lebih efektif meningkatkan kekuatan otot genggam pasien Stroke.

Berdasarkan hasil survey awal diwilayah kerja puskesmas Muara Bangkahulu, dimana tindakan terapi genggam bola karet sangat minim dilakukan pada pasien stroke non hemoragik, dan kurangnya pengetahuan pasien dan keluarga sehingga tindakan terapi ini tidak pernah dilakukan latihan pada pasien stroke dirumah, oleh karena itu membuat peneliti tertarik untuk

melakukan penerapan terapi genggam bola karet dalam gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke di wilayah kerja puskesmas Muara Bangkahulu.

B. Rumusan masalah

Berdasarkan latar belakang diatas adalah : Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan penerapan keperawatan komplementer genggam bola karet

C. Tujuan studi kasus

1. Tujuan utama

Dilakukan asuhan keperawatan pada pasien stroke dengan terapi genggam bola karet dalam gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke

2. Tujuan khusus

- a. Dilakukannya pengkajian keperawatan pada pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik dengan terapi genggam bola karet
- b. Dirumuskan diagnosa keperawatan pada pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik dengan terapi genggam bola karet
- c. Dilakukan intervensi keperawatan pada pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik dengan terapi genggam bola karet
- d. Dilakukan implementasi pada pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik dengan terapi genggam bola karet
- e. Dievaluasi hasil tindakan keperawatan pada pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik dengan terapi genggam bola karet
- f. Didokumentasikan hasil tindakan keperawatan pada pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik dengan terapi genggam bola karet

D. Manfaat studi khusus

1. Bagi tempat penelitian

Penelitian ini dapat diharapkan dan memberikan informasi tentang terapi non farmakologi genggam bola karet yang dapat dilakukan oleh perawat untuk mengatasi masalah mobilitas fisik pada pasien penderita stroke.

2. Perkembangan ilmu keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan ilmu dan teknologi terapan khususnya dibidang keperawatan dalam mengatasi masalah gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke.

3. Bagi peneliti lain

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan untuk memperbaiki dan mengembangkan ataupun kualitas pembelajaran, dengan pemberian terapi genggam bola karet pada gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Stroke

1. Definisi

Stroke atau cedera *Cerebrovascular* (CVA) adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh terganggunya suplai darah ke bagian otak. Stroke Non Hemoragik merupakan suatu gangguan yang disebabkan oleh iskemik, trombosis, emboli dan penyempitan lumen. Penyakit ini merupakan salah satu penyakit tidak menular yang terus meningkat angka kejadiannya. Stroke dibagi menjadi 2 yaitu stroke non hemoragik dan stroke hemoragik, stroke non hemoragik atau iskemik adalah gangguan fungsi system syaraf pusat berupa tersumbatnya pembuluh darah otak yang mengakibatkan terjadinya hemiparase (Ni Made Ridla Nilasanti, Dewi Nurviana Suharto, 2022)

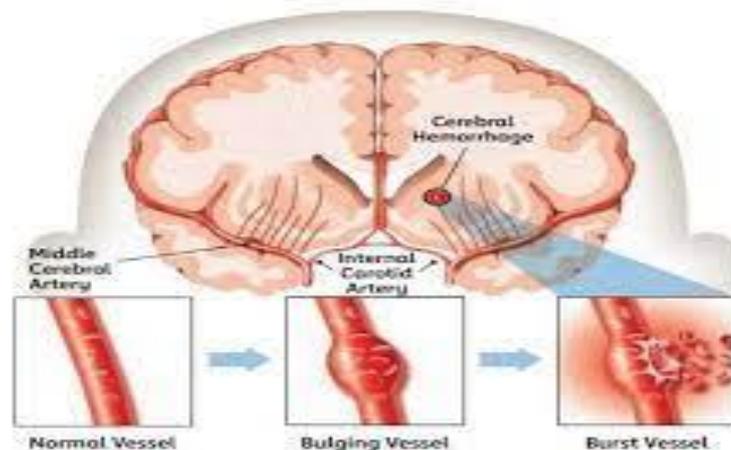
Stroke adalah penyakit atau gangguan fungsional otak akut fokal maupun global akibat terhambatnya peredaran darah ke otak. Stroke adalah kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke otak berkurang akibat penyumbatan pecahnya pembuluh darah. Tanpa darah, otak tidak akan mendapatkan asupan oksigen dan nutrisi, sehingga sel-sel pada area otak yang terdampak akan segera mati. Gangguan fungsi otak ini akan memunculkan gejala stroke (Junaidi, 2018).

Stroke terjadi akibat adanya gangguan peredaran darah di otak yang mana menyebabkan kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan pasien stroke mengalami kelumpuhan dan bahkan kematian (Batticaca, dalam Haryono 2019) Gangguan pada otak berupa perdarahan pembuluh darah, emboli atau trombus. Gangguan yang disebabkan oleh adanya perdarahan di pembuluh darah otak

disebut stroke hemoragik sedangkan gangguan akibat emboli atau trombus disebut stroke nonhemoragik. Pasien stroke nonhemoragik sering mengalami kecacatan berupa hemiparese, hemiplegi, afasia, kebutaan mendadak atau gejala lain sesuai daerah otak yang terganggu (Nasir, 2017). Beberapa perubahan terjadi diantaranya perubahan fisik, sosial maupun psikologi dapat timbul akibat dampak dari pasca stroke (Fitriani, 2019).

2. Anatomi dan Fisiologi otak

1. Anatomi otak



Gambar 2.1 Anatomi

Otak manusia kira-kira mencapai 2% dari berat badan dewasa. Otak menerima 15% dari curah jantung memerlukan sekitar 20% pemakaian oksigen tubuh, dan sekitar 400 kilokalori energi setiap harinya. Otak bertanggung jawab terhadap bermacam-macam sensasi atau rangsangan terhadap kemampuan manusia untuk melakukan gerakan yang disadari dan kemampuan untuk melaksanakan berbagai macam proses mental, seperti ingatan atau memori, perasaan emosional, intelegensi, berkomunikasi, sifat atau kepribadian, dan pertimbangan. Berdasarkan gambar dibawah, otak dibagi menjadi lima bagian, yaitu otak besar (Serebrum), otak kecil (Serebelum), otak

tengah (esensefalon), otak depan (diensefalon), dan jembatan varol (pons varoli) (Russell J. Greene and Norman D.Harris, 2017).

2. Fisiologi

Otak merupakan alat tubuh yang sangat penting karena merupakan pusat computer dari semua alat tubuh . Bagian dari saraf sentral yang terletak didalam rongga tengkorak (kranium) dibungkus oleh selaput otak yang kuat. Otak terletak dalam rongga cranium berkembang dari sebuah tabung yang mulanya memperlihatkan tiga gejala pembesaran otak awal. Otak depan menjadi hemifer serebri, korpus striatum, thalamus,serta hypothalamus. Otak tengah, tegmentum, krus serebrium, korpus kurdigeminus. Otakbelakang, menjadi pons varoli, medulla oblongata, dan serebelum. Otak merupakan bagian utama dari sistem saraf dengan komponen bagiannya adalah:

a. Cerebrum

Cerebrum merupakan bagian otak yang terbesar yang terdiri dari sepasang hemisfer kanan dan kiri serta tersusun dari korteks. Korteks ditandai dengan sulkus (celah) dan girus. Serebrum dibagi menjadi beberapa lobus, yaitu:

1. Lobus Frontalis

Lobus frontalis membentuk bagian anterior pada setiap hemisphere. Lobus ini merupakan area motorik yang menghasilkan impuls untuk gerakan. Pada lobus frontal tepat di belakang mata terdapat korteks prefrontal atau orbitofrontal. Daerah ini mengatur kondisi emosional dan standar perilaku seseorang (Scanlon dan Sanders, 2015).

2. Lobus Temporalis

Lobus temporalis terletak di bawah lobus frontalis dan parietalis dan dipisahkan oleh lateral fissure. Lobus temporalis merupakan area olfactory dan auditory, dimana lobus ini menerima impuls dari reseptor di rongga hidung untuk

membraui dan menerima impuls dari reseptor di telinga bagian dalam untuk mendengarkan. Lobus temporalis juga berfungsi sebagai pusat penting untuk pemikiran abstrak dan kemampuan berbicara (Scanlon dan Sanders, 2015).

3. Lobus Parietalis

Lobus parietalis terletak di belakang lobus frontalis dan dipisahkan oleh sulcus central. Lobus parietalis merupakan area sensorik yang berfungsi sebagai pusat control untuk mengevaluasi sensorik informasi sentuhan, rasa sakit, keseimbangan, rasa, dan suhu (Scanlon dan Sanders, 2015).

4. Lobus frontalis

Lobus frontalis membentuk bagian anterior pada setiap hemisphere. Lobus ini merupakan area motorik yang menghasilkan impuls untuk gerakan. Pada lobus frontal tepat di belakang mata terdapat korteks prefrontal atau orbitofrontal. Daerah ini mengatur kondisi emosional dan standar perilaku seseorang (Scanlon dan Sanders, 2015).

b. Cerebellum

Cerebellum adalah struktur kompleks yang mengandung lebih banyak neuron dibandingkan otak secara keseluruhan. Memiliki peran koordinasi yang penting dalam fungsi motorik yang didasarkan pada informasi somatosensori yang diterima inputnya 40 kali lebih banyak dibandingkan output. Cerebellum terdiri dari tiga bagian fungsional yang berbeda yang menerima dan menyampaikan informasi ke bagian lain dari sistem saraf pusat. Cerebellum merupakan pusat koordinasi untuk keseimbangan dan tonus otot. Mengendalikan kontraksi otot-otot volunter secara optimal. Bagian bagian dari cerebellum adalah lobus anterior, lobus medialis dan lobus fluccolonodularis (Purves, 2004).

c. Brainstem

Batang otak menghubungkan pangkal otak dengan sumsum tulang belakang. Batang otak terdiri dari tiga bagian yaitu, midbrain (otak tengah), pons varoli, dan medulla oblongata. Selain itu, pada batang otak juga terdapat reticular formation yaitu suatu unit fungsional yang mencakup semua bagian batang otak. Brainstem bertanggung jawab terhadap banyak fungsi esensial. Kerusakan pada area brainstem sering menyebabkan kematian karena banyak saraf penting yang terintegrasi pada daerah tersebut.

3. Etiologi

stroke iskemik paling sering disebabkan oleh emboli dari ekstrakranial atau trombosis di intrakranial, tetapi dapat juga disebabkan oleh berkurangnya aliran darah otak. Penyebab utama dari stroke diurutkan dari yang paling sering adalah aterosklerosis (trombosis), embolisme, hipertensi yang menimbulkan pendarahan intraserebral, arteriovenous malformation (AVM) dan ruptur aneurisme vaskuler sehingga menyebabkan hemiparase kanan maupun kiri. Adapun penyebab stroke yang lain yaitu kurang gerak atau aktivitas fisik dan kurang olahraga. Stroke biasanya disertai satu atau beberapa penyakit lain seperti hipertensi, penyakit jantung, peningkatan lemak dalam darah, diabetes melitus, atau penyakit vaskuler perifer (Misbach. 2018).

1. Emboli

Menurut Lyndon (2015), Sumber emboli dapat terletak di arteri karotis maupun vertebralis akan tetapi dapat juga di jantung dan sistem vaskular sistemik.

- a. Embolus yang dilepaskan oleh arteri karotis atau vertebralis, dapat berasal dari “plaque atherosclerotique” yang berulserasi atau thrombus yang

melekat pada intima arteri akibat trauma tumpul pada daerah leher.

- b. Embolisasi kardiogenik dapat terjadi pada: Penyakit jantung yang menghubungkan bagian kanan dengan bagian kiri atrium atau ventrikel.
- c. Embolisasi akibat gangguan sistemik dapat terjadi sebagai emboli septik, misalnya dari abses paru atau bronkiektasis.

2. Trombosis

Stroke trombotik dapat dibagi menjadi stroke pada pembuluh darah besar (termasuk sistem arteri karotis dan percabangannya) dan pembuluh darah kecil. Tempat terjadinya trombosis yang paling sering adalah titik percabangan arteri serebral utamanya pada daerah distribusi dari arteri karotis interna. Adanya stenosis arteri dapat menyebabkan terjadinya turbulensi aliran darah (Lyndon, 2015).

4. Klasifikasi stroke

Stroke adalah stroke yang disebabkan oleh terjadinya penyumbatan pada arteri yang mengarah ke otak yang mengakibatkan suplai oksigen ke otak mengalami gangguan sehingga otak kekurangan oksigen. Berdasarkan perjalanan klinisnya, stroke dibagi menjadi 4, yaitu:

a. Total Anterior Circulation Syndromes (TACS)

stroke kortikal besar yang mempengaruhi area otak yang disuplai oleh arteri serebral tengah dan anterior. Ketiga hal berikut harus ada untuk diagnosis TACS: Kelemahan unilateral (dan/atau defisit sensorik) pada wajah, lengan, dan kaki.

b. Partial Anterior Circulation Syndromes (PACS)

bentuk yang tidak terlalu parah, di mana hanya sebagian sirkulasi anterior yang terganggu. Dua dari berikut ini perlu ada untuk

diagnosis PACS: Kelemahan unilateral (dan/atau defisit sensorik) pada wajah, lengan, dan kaki. Hemianopia homonim.

c. Posterior Circulation Syndromes (POCS)

sirkulasi posterior dapat muncul dengan vertigo, ataksia, muntah, sakit kepala, kelainan saraf kranial, tanda neurologis saluran panjang bilateral, sindrom "terkunci" atau gangguan kesadaran, dan tanda okular kompleks atau kebutaan kortikal.

d. Lacunar Syndromes (LACS)

5. Manifestasi klinis

a. Gejala klinis pada stroke berupa:

- 1) Kelumpuhan wajah atau anggota badan
- 2) Gangguan sensibilitas pada satu anggota badan (gangguan bemisensorik)
- 3) Perubahan mendadak pada status mental (kesadaran menurun)
- 4) Mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai
- 5) Gangguan penglihatan
- 6) Gangguan daya ingat
- 7) Bicara pelo atau cadel
- 8) Mual dan muntah
- 9) Nyeri kepala hebat
- 10) Gangguan fungsi otak/ vertigo

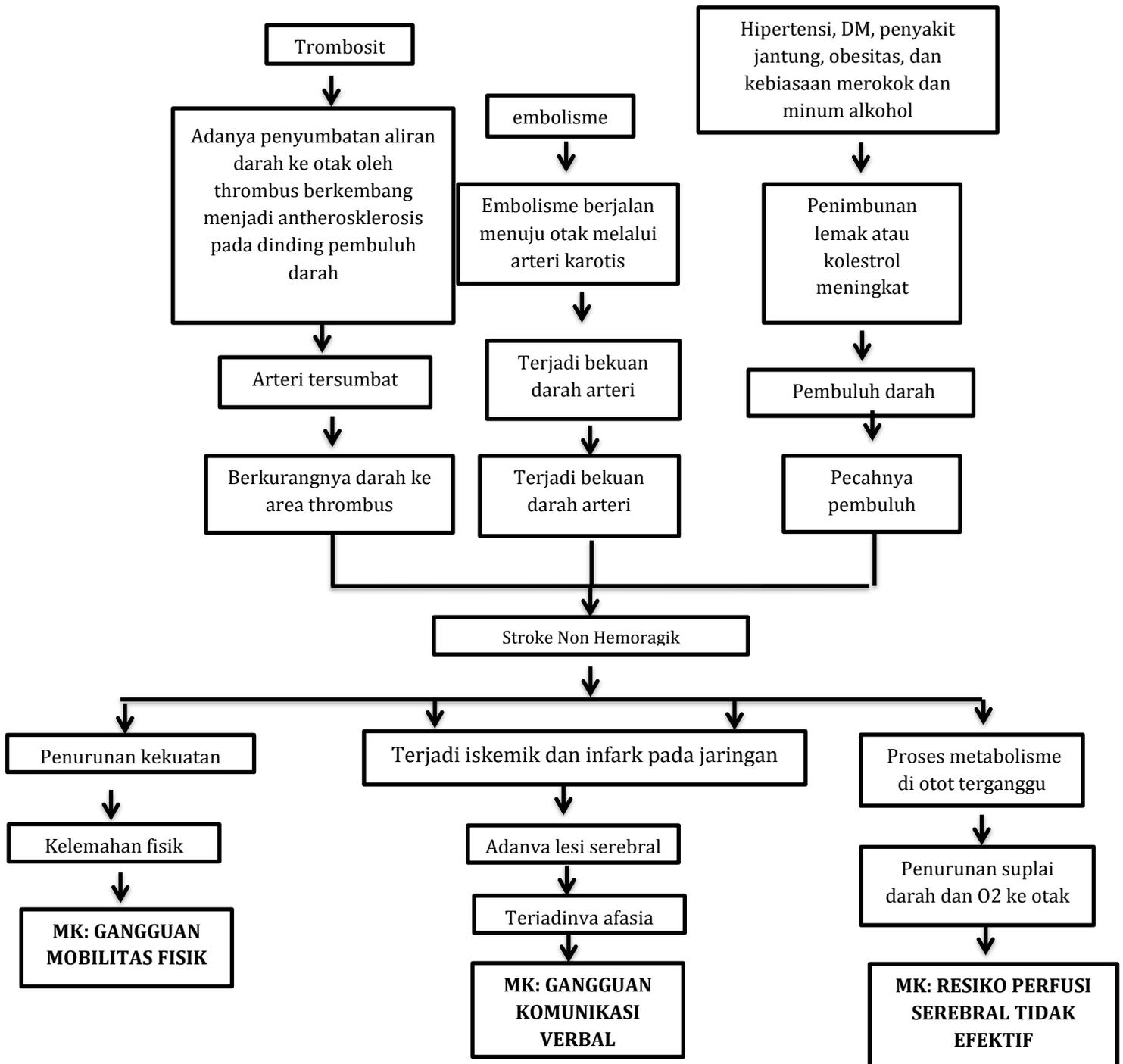
6. Patofisiologi

Kelemahan otot pada penderita stroke atau yang bisa disebut Hemiparesis mengakibatkan penurunan tonus otot sehingga tidak mampu menggerakkan tubuhnya (mobilisasi) imobilisasi yang tidak diberikan penanganan pada waktu yang lama akan menimbulkan komplikasi. Salah satunya adalah kontraktur. Kontraktur adalah hilangnya atau menurunnya rentang gerak sendi yang dapat menyebabkan terjadinya gangguan fungsional. Gangguan imobilisasi

dan gangguan aktivitas kehidupan sehari-hari (Widyanto & Triwibowo, 2016).

Trombosis dan emboli di dalam pembuluh darah akan terlepas dan terbawa hingga terperangkap dalam pembuluh darah distal, lalu menyebabkan berkurangnya aliran darah yang menuju ke otak sehingga sel otak akan mengalami kekurangan nutrisi dan juga oksigen, sel otak yang mengalami kekurangan oksigen dan glukosa akan menyebabkan asidosis lalu asidosis akan mengakibatkan natrium klorida dan air masuk ke dalam sel otak dan kalium meninggalkan sel otak sehingga terjadi edema setempat. Kemudian kalium akan masuk dan memicu serangkaian radikal bebas sehingga terjadi kerusakan membran sel lalu mengkerut dan tubuh mengalami defisit neurologis (Esther, 2017).

7. WOC (Way Of Cause)



Gambar 2.1 WOC Menurut (Masjoer, n.d.) dan (Niken Dian Ningrum, 2020)

8. Pencegahan

a. Kontrol Tekanan Darah

Penurunan tekanan darah secara bertahap dan berkelanjutan direkomendasikan bagi semua pasien stroke, terutama pada pasien dengan penyumbatan di arteri karotis atau vertebrobasilar. Obat penurun tekanan darah yang optimal tergantung kondisi pasien.

b. Mengurangi Kolesterol LDL

Konsentrasi kolesterol low-density-lipoprotein (LDL) harus dikurangi pada pasien dengan stroke iskemik atau serangan iskemik transien yang disebabkan oleh aterosklerosis. Caranya adalah melalui modifikasi diet, gaya hidup, dan terapi statin jika perlu.

c. Berhenti Merokok

Pasien stroke harus berhenti merokok untuk mencegah serangan stroke berulang. Kombinasi terapi farmakologi dan tingkah laku perlu dipertimbangkan.

d. Mengurangi Konsumsi Alkohol

Konsumsi alkohol harus dibatasi kurang dari dua minuman standar per hari; kurang dari 14 minuman per minggu untuk pria, dan kurang dari sembilan minuman per minggu untuk wanita

e. Aktivitas Fisik

Kegiatan fisik rutin yang dilakukan sehari-hari harus dilengkapi dengan latihan fisik sedang seperti berjalan (berjalan cepat lebih baik), jogging, bersepeda, berenang, atau olahraga dinamis lainnya selama 30-60 menit pada 4-7 hari per minggu.

f. Menjaga Berat Badan Ideal

Indeks massa tubuh (IMT) harus dipertahankan pada 18,5-24,9 kg/m³, dan lingkaran pinggang harus dipertahankan kurang dari 80 cm untuk wanita dan kurang dari 94 cm untuk pria.

g. Diet Sehat dan Seimbang

Diet yang mendorong asupan nutrisi nabati yang tinggi, asupan garam rendah, dan asupan lemak jenuh dan gula sederhana yang terbatas kemungkinan memiliki manfaat kardiovaskular yang signifikan jika dipatuhi untuk jangka waktu yang lama. Mencegah terjadinya stroke berulang dapat mencegah terjadinya berbagai konsekuensi lain yang lebih parah. Pencegahan yang optimal dari stroke berulang membutuhkan diagnosis awal yang cepat dan akurat, dan perawatan segera dan berkelanjutan dari penyakit kardiovaskular yang mendasarinya dan faktor-faktor risiko penyebabnya

9. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang Menurut Junaidi (2011), dilakukan beberapa pemeriksaan sebagai berikut :

- a. Computed Tomography Scanning (CT scan)
Memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia dan posisinya secara pasti.
- b. Magnetic Resonance Imaging (MRI) Menentukan posisi dan besar/luas terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya di dapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik.

- c. Electrocardiograph (ECG) Menunjukkan grafik detak jantung untuk mendeteksi penyakit jantung yang mungkin mendasari serangan stroke serta tekanan darah tinggi.
- d. Electroencephalogram (EEG) Melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak.
- e. Angiogram Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik misalnya perdarahan arteriovena atau adanya ruptur dan untuk mencari sumber perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskuler.
- f. Sinar x tengkorak Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari masa yang meluas, klasifikasi karotis interna terdapat pada trombotosis serebral, klasifikasi parsial dinding aneurisma pada perdarahan subaraknoid.

10. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan farmakologi dan terapi non farmakologi menurut (Setyopranoto, 2021) sebagai berikut:

a. Farmakologi

Penanganan ini bertujuan untuk mengembalikan kondisi aliran darah ke otak agar normal kembali, beberapa metode penanganan yang bisa dilakukan yaitu :

a) Suntikan rtpa

Suntikan rtPA (*recombinant tissue plasminogen activator*) diberikan melalui infus. Tujuan pemberian suntikan ini adalah untuk mengembalikan kondisi aliran darah menuju otak.

b) Obat anti platelet

Antiplatelet atau obat pengencer darah, seperti aspirin atau ticlopidine, dapat diberikan untuk mencegah pembekuan darah.

c) Obat antikoagula

Obat antikoagulan, seperti heparin, biasanya diberikan kepada penderita stroke dengan gangguan irama jantung. Sama seperti obat antiplatelet, antikoagulan juga berfungsi untuk mencegah pembekuan darah.

d) Obat anithipertansi

Obat antihipertensi diberikan untuk mengendalikan tekanan darah. Jenis obat antihipertensi tersebut adalah ACE inhibitor, *alpha-blocker* dan *beta-blocker*, diuretik thiazide, atau obat antagonis kalsium.

e) Statin

Dokter akan memberikan obat golongan statin, seperti atorvastatin, untuk menurunkan kadar kolesterol yang tinggi.

f) Operasi endarterektomi karotis

Operasi endarterektomi karotis diperlukan untuk mencegah stroke iskemik berulang. Melalui prosedur ini, tumpukan lemak yang menghambat arteri karotis di leher pasien akan dibuang. Perlu diketahui, operasi ini tidak dianjurkan untuk pasien yang memiliki riwayat penyakit jantung.

g) Angioplasti

Selain endarterektomi karotis, arteri karotis juga dapat dilebarkan dengan teknik angioplasti. Angioplasti dilakukan dengan cara memasukkan kateter melalui pembuluh darah di pangkal paha untuk selanjutnya diarahkan ke arteri karotis

a. Non Farmakologi

1. Terapi Hydroteraphy

Terapi air atau hydrotherapy (hidroterapi) merupakan jenis terapi yang menggunakan medium air untuk meningkatkan kesehatan. Terapi yang satu ini diketahui memiliki banyak jenis

2. ROM (*Range of Motion*)

Range of motion adalah jumlah pergerakan maksimum yang dapat dilakukan pada sendi, di salah satu dari tiga bidang, yaitu: sagital, frontal dan tranfersal. Setiap gerakan ROM diulangi sekitar 8 kali.

3. Terapi Fisioterapi

Terapi yang digunakan untuk mempertahankan kekuatan serta kelenturan otot dalam kondisi medis jangka panjang, seperti stroke, artritis, hingga cedera patah tulang. Selain membantu pemulihan fisik, manfaat fisioterapi adalah mencegah risiko cedera yang berkelanjutan.

4. Terapi latihan keseimbangan

Latihan fisik yang dilakukan untuk meningkatkan stabilitas tubuh dengan memperkuat kekuatan otot ekstremitas bawah. Latihan keseimbangan sangat penting untuk lansia karena membantu menjaga keseimbangan tubuh dan mencegah jatuh.

5. Program latihan akatik

Latihan akuatik yang dimaksud di sini adalah serangkaian latihan gerak di air untuk pasca stroke yang bertujuan untuk pemulihan kemampuan motorik penyandang hemiparesis pasca stroke.

6. Elektro terapi

Terapi listrik adalah metode pengobatan penyakit yang memanfaatkan rangsangan elektrik. Terapi ini cukup sering digunakan untuk menangani beberapa jenis penyakit saraf dan kejiwaan. Beberapa metode terapi listrik bisa dilakukan di rumah sesuai rekomendasi dokter atau melalui operasi

7. Kinesi terapi

Kinesio taping adalah sebuah modalitas terapi yang berdasarkan pada pendekatan penyembuhan secara alami dengan bantuan pemberian plester elastis. Kinesio taping dirancang untuk memfasilitasi proses penyembuhan alami tubuh dengan menyangga dan menstabilkan otot dan sendi tanpa membatasi gerak sendi.

8. Terapi menggenggam bola karet

Genggam bola karet itu sendiri dapat menstimulasi titik tertentu pada tangan sehingga dapat berangsur ke otak. Studi kasus ini sesuai dengan teori Linbert 2015 dalam Chaidir & Zuardin, 2015 dielaskan pada instrument penelitian menggenggam bola karet yang menggunakan bola karet dengan menggenggam berulang kali pada permukaan dapat menstimulasi titik akupresur pada tangan yang akan memberikan stimulus ke syaraf sensorik pada permukaan tangan kemudian diteruskan ke otak.

Norma kekuatan otot menurut adiatmika & santika (2015), norma kekuatan otot tangan yaitu :

Tabel 2.2 Kekuatan otot tangan kanan

No	Normal	Hasil pemeriksaan pada laki-laki (Kg)	Hasil pemeriksaan pada perempuan (Kg)
	Baik sekali	> 55,50	>42,50
	Baik	46,50-55,00	32,50-41,00
	Sedang	36,50-46,00	24,50-32,00
	Kurang	27,50-36,00	16,50-24,00
	Sangat kurang	<27,00	<18,00

Tabel 2.2 Kekuatan otot tangan kiri

No	Normal	Hasil pemeriksaan pada laki-laki (Kg)	Hasil pemeriksaan pada perempuan (Kg)
	Baik sekali	>54,50	>37,00
	Baik	44,50-54,00	27,50-36,00
	Sedang	33,50-44,00	19,00-26,50
	Kurang	27,50-33,00	14,00-18,50
	Sangat kurang	<24,00	<13,50

B. Konsep Asuhan Keperawatan**1. Pengkajian Keperawatan****a. Pengkajian Anamnesa**

Tabel 2.1 Anamnesa Klien Stroke dengan Gangguan Kebutuhan Mobilitas fisik

No	Anamnesa	Hasil anamnesa
1	Identitas	Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku, tanggal pengkajian, nomor RM, diagnosa medis,
2	Keluhan utama	Sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, tidak dapat berkomunikasi dan penurunan tingkat kesadaran.

3	Riwayat penyakit sekarang	Pada saat klien sedang melakukan aktivitas. biasanya terjadi nyeri kepala, mual, mutah 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 sesuai perkembangan penyakit, tidak respon dan koma.
4	Riwayat penyakit dahulu	Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, riwayat diabetes mellitus, penyakit jantung.
5	Riwayat penyakit keluarga	Riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus atau dari faktor genetik .
6	Psikologis	Klien dengan stroke biasanya disertai dengan gangguan psikologis akibat penyakit yang dideritanya, apalagi jika yang terkena adalah tulang punggung keluarga.
7	Spritual	Pasien dengan stroke biasanya menerima kondisi yang ia alami saat ini sebagai ujian penghapus dosa dan berserah diri pada Allah.
8	Perilaku yang mempengaruhi kesehatan	Prilaku yang mempengaruhi kesehatan pada Stroke seperti konsumsi garam, bekerja terlalu capek

b. Pola aktifitas sehari-hari

Table 2.1 Hasil aktivitas sehari-hari pasien dengan gangguan kebutuhan mobilitas fisik dengan kasus stroke.

No	Pola Sehari-hari	Aktifitas Responden	
		Sebelum sakit	Selama sakit
1	Pola nutrisi Makan : a. Jenis b. Jumlah c. Waktu		Hanya makanan tertentu yang dimakan Nafsu makan berkurang atau porsi berkurang. Di waktu tenang klien baru mau makan, pagi, siang, dan sore.
2	Minum a. Jenis b. Jumlah c. Waktu		Minum air putih dibatasi. harus minum 2 liter air putih. Norma
3	BAB, istirahat, . Personal Hygine, dll		BAB terganggu

karna kurang makan Istirahat terganggu, kualitas dan kuantitas mengalami penurunan. personal hygiene bersih dan dibantu oleh keluarga.

c. Pemeriksaan Fisik

Tabel 2.3 Hasil Pemeriksaan Fisik pasien dengan Gangguan Kebutuhan Mobilitas Fisik Kasus Stroke

No	Observasi	Hasil observasi
1	Keadaan umum	Pasien stroke biasanya mengeluh badannya kaku, sulit menggerakkan ekstremitas, nyeri saat bergerak, pasien biasanya tidak mampu bicara, menunjukkan respon tidak sesuai, pasien biasanya tidak ada kontak mata
	Tanda-tanda vital	a. Tekanan darah : tekanan darah tinggi 140/80. b. Frekuensi Nadi : nadi meningkat lebih cepat yaitu 100-120 x/menit. c. Frekuensi Pernafasan : frekuensi pernafasan meningkat lebih cepat

	30-35 x/menit. d. Suhu tubuh : suhu tubuh menurun dengan suhu 34, 6 - 35, 6°C.
Sistem pernapasan(hasil pengkajian, inspeksi, palpasi dan auskultasi)	Inspeksi : Semitris Palpasi : Takti premitus seimbang kiri dan kanan Perkusi : Sonor Auskultasi : terdapat suara ronkhi atau wheezing
Sistem kardiovaskuler(hasil pengkajian, inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi)	Inspeksi : Dada semitris Palpasi : teraba ictus cordis Perkusi : Bunyi redup Auskultasi : Suara jantung lup-dup
Sistem persyarafan inspeksi	Inspeksi : Bentuk abdomen mendatar/ mencembung Palpasi : penurunan peristaltik sekunder terhadap bedrest yang lama Perkusi : redup Auskultasi : penurunan peristaltik usus akibat bedrest yang lama
Sistem musculoskeletal (Hasil pengkajian: inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)	Inspeksi : adanya keterbatasan gerak pada ektermitas, kelemahan otot pada bagian ekstremitas bawah dekstra maupun sinistra dengan kekuatan otot 0 sampai 5, kulit kasar, kering, pembesaran bagian perut. Palpasi : kaji nyeri tekan, pembengkakan pada persendian Perkusi : respon otot dengan reflek hammer bagian otot atas mengalami

kelemahan

Auskultasi : -

d. Pemeriksaan diagnostic

Tabel 2.4 hasil pemeriksaan diagnostic pasien stroke

Jenis pemeriksaan	Nilai normal (rujukan)	Hasil pemeriksaaan diagnostik
Hb	11.5-15.5	14.4
Trombosit	150.000-400.000	259000
Leukosit	3.600-11.000	11.0
Limfosit	25-40%	1.20
GDS	74-106mg/dl	106
Ureum	74-106mg/dl	26.6
SGPT	0-35mg/dl	37
Neutrophil	1.8-7.5%	8.85

e. Penatalaksanaan Terapi

Tabel 2.5 penatalaksanaan terapi pasien stroke

No	Nama obat	Cara pemberiaan	kegunaan
1	Aspirin	Oral	efektif mengencerkan darah yang telah menggumpal.
2	Citcolin	Oral	memperbaiki penurunan kemampuan daya pikir
3	piracetam	Oral	memengaruhi otak dan

sistem saraf dengan melindungi korteks serebri agar tidak kekurangan oksigen,

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang terkait dengan tema penelitian

a. Analisa data

Tabel 2.6 Analisa Keperawatan Klien Dengan Gangguan Kebutuhan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke

No	Data	Etiologi	Masalah
1	<p>Gejala tanda mayor</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> Biasanya adanya keterbatasan gerak pada ekstermitas dengan kekuatan otot 1-4 Kekuatan otot menurun. Rentang gerak (ROM) menurun <p>Gejala dan tanda minor:</p>	<p>Penyumbatan pembuluh darah ke otak</p> <p>↓</p> <p>Suplai O2 ke otak menurun</p> <p>↓</p> <p>Jaringan otak mengalami kekurangan O2</p> <p>↓</p> <p>Iskemik jaringan otak</p> <p>↓</p> <p>Stroke non</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik</p>

Subjektif:	hemoragik	
1. Nyeri saat bergerak	Kelemahan anggota gerak	
2. Enggan melakukan pergerakan	↓ Gangguan	
3. Merasa cemas saat bergerak	mobilitas fisik	
Objektif :		
1. Sendi kaku		
2. Gerakan tidak terkoordinasi		
3. Gerakan terbatas		
4. Fisik lemah		
DS :		
1. Biasanya pasien sulit menggerakkan ekstremitas		
2. Pasien mengeluh badanya kaku		
DO :		
1. Tampak kekuatan otot menurun		
2. Rentang gerak menurun		
2 Gejala dan tanda mayor :	Sumbatan pembuluh darah diotak	Gangguan komunikasi verbal
Subjektif :		
1. –		
Objektif :	↓	
1. tidak mampu	Suplai darah dan	



	berbicara	O2	keotak
	2. Menunjukkan respon tidak sesuai	menurun	
	Gejala dan tanda minor :	Kerusakan	
	Subjektif :	neuromuskuler	
	1. -	↓	
	Objektif :	gangguan	
	1. Pelo	komunikasi	
	2. Gagap	verbal	
	3. Tidak ada kontak mata		
	DS :		
	1. Biasanya pasien berbicara pelo		
	2. biasanya pasien berbicara gagap		
	3. biasanya pasien tidak ada kontak mata		
	DO :		
	1. Menunjukkan respon yang tidak sesuai		
	2. Sulit memahami komunikasi		
	3. Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh		
3	Gejala dan tanda mayor :	Kerusakan	Defisit
	Subjektif :	neuromuscular	perawatan diri
	1. Menolak melakukan	↓	

perawatan diri	Hemiparasis,
Objekif :	Hemiplagia
1. Tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri	↓ Mobilitas menurun ↓
DS :	Aktivitas
1. Biasanya pasien menolak melakukan perawatan diri	dibantu ↓ Deficit
2. Biasanya pasien mengatakan sulit melakukan perawatan diri	perawatan diri
DO:	
1) Klien tidak mampu mandi/ menggunakan pakaian	
2) minat melakukan perawatan diri kurang	

Sumber : Standar SDKI (2017)

b. Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler ditandai dengan kekuatan otot menurun, gerakan terbatas, sendi kaku (D . 0054)
2. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal d.d tidak mampu berbicara atau mendengar,gagap (D.0119)
3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neoromuskular ditandai dengan kekuatan otot lemah, aktivitas menurun (D. 0109)

c. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.1 Intervensi Keperawatan Klien Dengan Gangguan Kebutuhan mobilitas Fisik Kasus Stroke

No	Diagnosa	Tujuan/kriteria hasil	Intervensi keperawatan
1	Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan neuromusku lar d.d kekuatan otot menurun, gerakan terbatas (D. 0054).	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri meningkat. (L. 05042). Dengan kriteria hasil: 1.Pergerakan ekstremitas (meningkat) 2. Kekuatan otot (meningkat) 3. Rentang gerak ROM (meningkat)	Intervensi utama: Dukungan mobilisasi (I.05173) Tindakan Observasi : 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik : 4. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur) 5. Fasilitasi

-
- melakukan
pergerakan,jika
perlu
6. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
 7. Terapi genggam bola karet
Letakkan bola karet di atas tangan pasien
 8. Dua tangan dan kiri
menggenggam bola karet
 9. Ajarkan pasien untk menggam tangan kemudian lepaskan
 10. Anjurkan pasien untuk melakukan gerak abduksi dan adduksi
 11. Ajarkan pasien untuk menggerakkan
-

jari-jari

12. Ajarkan pasien untuk menggenggam bola secara perlahan

Edukasi :

13. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi

14. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan

15. anjurkan pasien untuk kembali melakukan latihan mandiri atau dibantu oleh keluarga dan dilakukan 3 kali dalam sehari

2	Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuscular d.d tidak	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
		1. Kemampuan berbicara meningkat	utama: Promosi komunikasi: Defisit Bicara (1.1342) Tindakan
		2. Kemampuan	Observasi :

<p>mampu berbicara atau mendengag agap (D.0119)</p>	<p>meningkat 3. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat</p>	<p>1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara</p> <p>2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran, dan bahasa)</p> <p>3. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara</p> <p>Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer)</p> <p>2. Sesuaikan gaya</p>
---	---	--

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

3. Modifikasi
lingkungan untuk
meminimalkan
Ulangi apa yang
disampaikan pasien

4. Berikan dukungan
psikologis
Gunakan juru
bicara, jika perlu

Edukasi

1. Anjurkan berbicara
perlahan

				2. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan Dengan kemampuan berbicara Kolaborasi 1. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
3	Defisit perawatan diri b.d gangguan neuromuskular d.d kekuatan otot lemah, aktivitas menurun (D. 0109)	Tujuan dan kriteria hasil: 1. klien terbebas dari bau lingkungan rapi 2. lingkungan pasien rapi 3. ADL activity daily living terpenuhi	dan	Intervensi utama: Dukungan perawatan diri (I.11348). Tindakan Observasi : 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias,dan minum Terapeutik : 1. Sediakan

-
- lingkungan
yang terapeutik
(mis, suasana
hangat, rileks,
privasi)
2. Siapkan
keperluan
pribadi (mis,
parfum, sikat
gigi, dan sabun
mandi)
 3. Fasilitas untuk
menerima
keadaan
ketergantungan
 4. Fasilitas
kemandirian,
bantu jika
tidak mampu
melakukan
perawatan diri
 5. jadwalkan
rutinitas
perawatan diri

Edukasi :

1. Anjurkan
melakukan
perawatan
diri secara
konsisten
sesuai
-

C. Konsep Masalah Keperawatan

Upaya untuk menangani masalah gangguan mobilitas fisik dapat dilakukan dengan cara memberikan terapi rentang gerak pasif, rentang gerak aktif, rentang gerak fungsional, rentang gerak pasif berguna untuk menjaga kelenturan otot-otot dan persendian dengan menggerakkan otot orang lain secara pasif, rentang gerak aktif melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan cara menggunakan otot-ototnya secara aktif misalnya berbaring pasien menggerakkan kakinya. Rentang gerak fungsional berguna untuk memperkuat otot-dan sendi dengan melakukan aktifitas yang di perlukan (Carpenito, 2020).

a) Definisi

Gangguan Mobilitas atau Imobilitas merupakan keadaan di mana seseorang tidak dapat bergerak secara bebas karena kondisi yang mengganggu pergerakan (aktivitas), misalnya trauma tulang belakang, cedera otak berat disertai fraktur pada ekstremitas, dan sebagainya (Widuri,ce 2018).

Mobilitas atau mobilisasi merupakan kemampuan individu untuk bergerak secara mudah, bebas dan teratur untuk mencapai suatu tujuan, yaitu untuk memenuhi kebutuhan hidupnya baik secara mandiri maupun dengan bantuan orang lain dan hanya dengan bantuan alat (Widuri, 2019).

b) Penyebab

Gangguan mobilitas fisik sebabkan oleh penurunan kekuatan otot, kekakuan sendi, gangguan musculoskeletal, nyeri dan salah satu yang terkait dengan gangguan mobilitas fisik yaitu osteoarthritis yang merupakan peradangan pada sendi yang menyebabkan nyeri pada sendi (PPNI, 2016).

c) Tanda dan gejala

Tanda dan gejala dari gangguan mobilitas fisik, antara lain gangguan sikap berjalan, penurunan keterampilan motorik halus, penurunan keterampilan motorik kasar, penurunan rentang gerak, waktu reaksi memanjang, kesulitan membolak-balik posisi, ketidaknyamanan, melakukan aktivitas lain.

d) Patofisiologi

Gangguan pemenuhan mobilitas fisik pada stroke non-hemoragic di sebabkan oleh kerusakan oleh beberapa sistem saraf pusat meregulasi gerakan volunter yang menyebabkan gangguan ke sejajaran tubuh, keseimbangan dan mobilisasi. Iskemia akibat stroke dapat merusak serebelum atau strip motoric pada korteks serebral. Kerusakan pada sereberum menyebabkan masalah pada keseimbangan dan gangguan motorik yang di hubungkan langsung dengan jumlah kerusakan strip motorik (P. Potter, 2018).

e) Klasifikasi

Menurut Tim Pokja SDKI PPNI (2017) kondisi terkait yang dapat mengalami gangguan mobilitas fisik, yaitu : stroke, cedera medulla spinalis, trauma, fraktur, osteoarthritis, ostemalasia, dan keganasan.

f) Komplikasi

Gangguan mobilitas fisik berakibat pada resorpsi tulang, sehingga jaringan tulang menjadi kurang padat dan terjadi osteoporosis yang beresiko terjadinya fraktur patologis.

g) Penatalaksanaan

mobilitas fisik pada pasien pasca stroke dapat menghambat rentang gerak sendi oleh karena itu penderita stroke memerlukan program rehabilitasi atau teknik latihan penguat otot dan dukungan keluarga di rumah apabila hal ini tidak segera ditangani maka akan menyebabkan ketergantungan otot bahkan kecacatan permanen.

Upaya untuk menangani masalah gangguan mobilitas fisik dapat dilakukan dengan cara memberikan terapi rentang gerak pasif, rentang gerak aktif, rentang gerak fungsional, rentang gerak pasif berguna untuk menjaga kelenturan otot-otot dan persendian dengan menggerakkan otot orang lain secara pasif, rentang gerak aktif melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan cara menggunakan otot-ototnya secara aktif misalnya berbaring pasien menggerakkan kakinya. Rentang gerak fungsional berguna untuk memperkuat otot-dan sendi dengan melakukan aktifitas yang di perlukan (Carpenito, 2020).

D. Konsep Terapi Genggam bola karet

1. Definisi

Terapi Genggam bola karet adalah pengukuran semi objektif. Latihan ini untuk menstimulasi motorik pada tangan dengan cara mengpegang bola. Menurut levine (2018) bahwa Gerakan mengepalkan tangan rapat-rapat akan meningkatkan otot menjadi bangkit kembali kendali otak terhadap otot-otot tersebut. bola karet oleh peneliti selama 7 hari terbukti dapat meningkatkan kemampuan motorik pada ekstremitas atas. Setelah 7 hari melakukan latihan dengan bola karet dan terjadi peningkatan nilai kekuatan otot.

Menurut Muhith (2016) ADL (Activity Daily Living) Penerapan genggam bola ini dapat meningkatkan kekuatan otot untuk mengatasi hambatan mobilitas fisik baik pada pasien Genggam bola sendiri ada tonjolan-tonjolan kecil pada bola karet yang dapat menstimulasi titik tertentu pada tangan sehingga dapat berangsur ke otak. Studi kasus ini sesuai dengan teori Linberg, 2019 dijelaskan pada genggam bola yang menggunakan bola karet dengan tonjolan-tonjolan kecil pada permukaan dapat menstimulasi titik akupresur pada tangan yang akan memberikan stimulus ke syaraf sensorik pada permukaan tangan kemudian diteruskan ke otak.

Menurut Irdawati (2015) menjelaskan bahwa latihan menggenggam bola dengan tekstur yang lentur dan halus merangsang serat-serat otot untuk berkontraksi walaupun hanya sedikit kontraksi setiap harinya ditemukan hasil dari implementasi genggam bola dijelaskan bahwa tindakan yang dilakukan sebelum menggenggam bola yaitu dengan menekuk, meluruskan siku, menggenggam, membuka genggam, merenggangkan, merapatkan kembali jari-jari dan mendekatkan ibu jari ke telapak tangan hal ini karena untuk modal membangkitkan otot pada tangan dan jari-jari agar bisa melakukan aktivitas kembali, sedangkan untuk waktu yang diberikan hanya 3-10 menit mampu meningkatkan kekuatan otot dalam mengatasi hambatan mobilitas fisik, hal ini juga didukung oleh penelitian Astriani, 2016 menyatakan dilakukan latihan ROM dengan bola karet pada pasien Stroke yang mengalami kekuatan otot selama 5-10 menit dapat menunjukkan adanya peningkatan nilai kekuatan otot genggam, yang terjadi secara tidak signifikan namun secara perlahan Penelitian ini sejalan dengan Chaidir & Zuardi (2012) bahwa latihan ROM pada ekstremitas atas oleh bagian rehabilitasi medik RSSn Bukittinggi ditambah dengan bola karet oleh peneliti selama 7 hari terbukti dapat meningkatkan kemampuan motorik pada ekstremitas atas. Setelah 7 hari melakukan latihan dengan bola karet dan terjadi peningkatan nilai kekuatan otot.

2. Tujuan

Penelitian ini sejalan dengan Chaidir & Zuardi (2015) bahwa latihan ROM pada ekstremitas atas oleh bagian rehabilitasi medik RSS Bukittinggi ditambah dengan bola karet oleh peneliti selama 7 hari terbukti dapat meningkatkan kemampuan motorik pada ekstremitas atas. Setelah 7 hari melakukan latihan dengan bola karet dan terjadi peningkatan nilai kekuatan otot.

3. Manfaat

Pada penelitian ini menemukan ide untuk membantu mengurangi penderita stroke dengan cara menggenggam bola karet. Penelitian ini sejalan dengan Chaidir & Zuardi (2012) bahwa latihan ROM pada ekstremitas atas oleh bagian rehabilitasi medik RS Sn. Bukit tinggi ditambah dengan bola karet oleh peneliti selama 7 hari terbukti dapat meningkatkan kemampuan motorik pada ekstremitas atas. Setelah 7 hari melakukan latihan dengan bola karet dan terjadi peningkatan nilai kekuatan otot.

4. Indikasi dan kontra indikasi

1. Pasien yang masih memiliki kontraksi otot
2. Pasien yang mengalami kelemahan otot dan membutuhkan bantuan terapi
3. Bila mengganggu proses penyembuhan tidak boleh dilakukan terapi ini
4. Pasien post infark, operasi arteri koronaria dan lain-lain
5. Terdapat peradangan dan nyeri
(Suwartana, 2012 dalam (santoso, 2018)

5. Standar Oprasional Prosedur (SOP)

Langkah-langkah terapi genggam bola karet (Sudrajat, 2017). ialah:

- a. Memposisikan pasien.
- b. Menaruh bola karet diatas telapak tangan pasien yang lemah.
- c. Menginstruksikan pasien untuk menggenggam atau mencengkram tangan.
- d. Selanjutnya lepaskan cengkraman atau genggaman tangan.
- e. Menginstruksikan pasien melakukan gerakan mencengkram dan melepaskan genggaman berulang-ulang dengan waktu 10-15 menit.
- f. Lakukan gerakan terapi tersebut sampai 7 hari berturut-turut

Standar Operasional Prosedur (SOP)

No	Standar operasional prosedur	waktu
	A. Tahap Pra interaksi	5 menit
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyiapkan alat 2. Melihat data atau status 3. Pasien menyiapkan ruangan yang nyaman 4. Mencuci tangan 	
2	A. Tahap Orientasi	5 menit
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri 2. Menanyakan identitas klien 3. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan 4. Menanyakan persetujuan dan kesiapan klien 	
3	B. Tahap Kerja	12 menit
	<ol style="list-style-type: none"> 1) Membaca basmallah 2) Posisikan klien senyaman mungkin Letakkan bola karet diatas telapak tangan Instruksikan klien untuk menggengam atau mencengkram bola karet 3) Kemudian kendurkan genggaman atau cengkraman tangan, lakukan hal ini berulang-ulang selama satu sampai dua menit 	

-
- 4) Setelah selesai kemudian instruksikan klien untuk melepaskan genggamannya atau cengkraman bola karet pada tangan
 - 5) Instruksikan klien untuk kembali melakukan latihan ini mandiri atau dibantu oleh keluarga dan dilakukan 3 kali dalam sehari
-

C. Tahap Terminasi 5 menit

1. Melakukan evaluasi tindakan
 2. Menganjurkan pasien
 3. melakukan sendiri terapi menggenggam menggunakan bola karet
 4. Mencuci tangan
 5. Mendokumentasikan tindakan yang dilakukan
-

6 State Of The Art

a. Tabel 2.2 Penelitian Terdahulu

No	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Hasil Penelitian
1	Penerapan latihan genggam bola karet terhadap kekuatan otot pada klien stroke non hemoragik	hunou et al, 2018	menunjukkan bahwa terdapat pengaruh terapi aktif menggenggam bola karet bergerigi terhadap kekuatan otot ekstremitas atas pada

				pasien stroke non hemoragik yang berdasarkan hasil nilai statistic dengan menggunakan uji Wilcoxon didapatkan p-value 0.001 (p > 0.05).
2	Pengaruh Latihan Range Of Motion Pada Ekstremitas Atas Dengan Genggam Bola Karet Terhadap Kekuatan Otot Pasien Stroke	Umi Farida, 2018.		Hasil dari penelitian menunjukkan bahwa rata-rata nilai kekuatan otot meningkat setelah dilakukan genggam bola. Hal ini dapat dilihat dari kekuatan otot ekstremitas.

Berbagai program dikembangkan untuk rehabilitasi klien pasca stroke, salah satunya adalah menggunakan bola karet. Latihan ini dapat dioptimalkan dengan media bantu berupa bola karet, mengingat pemulihan fungsi ekstremitas atas lebih lambat dibandingkan dengan ekstremitas bawah.

Bola yang digunakan berbahan karet, berbentuk bulat, bergerigi, elastis, dan dapat ditekan dengan kekuatan minimal. Latihan genggam bola karet merangsang peningkatan aktivitas kimiawi neoromuskuler dan muskuler. Sebelum dilakukan terapi responden diukur kekuatan otot menggunakan skala klasik 0-5, kemudian dilakukan terapi genggam bola karet dengan waktu 10-15 menit 2 kali sehari selama 7 hari berturut-turut. Setelah dilakukan terapi dilakukan pengukuran kekuatan otot kembali dengan menggunakan skala klasik 0-5. Berdasarkan penelitian yang dilakukan menurut Astriani, dkk (2016)

BAB III METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Metode ini digunakan dalam penelitian ini adalah metode kualitatif dengan tipe studi kasus. Metode kualitatif adalah metode penelitian yang berlandaskan pada filsafat post positivisme, digunakan untuk meneliti pada kondisi objek yang alamiah dengan peneliti sebagai instrumen kunci, teknik pengumpulan datanya dilakukan secara triangulasi, analisis datanya bersifat induksi, dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna dari pada generalisasi (Sugiono, 2016). Studi kasus ini penulis menerapkan terapi menggenggam bola karet terhadap kekuatan otot pada penderita stroke non hemoragik dilakukan sebanyak 2 kali sehari dalam 7 kali kunjungan dan waktu 10-15 menit, selanjutnya diukur menggunakan alat *Handgrip Dynamometer*.

B. Subjek Penelitian

Subjek dalam studi kasus penelitian ini adalah pada pasien stroke dengan kriteria:

Kriteria inklusi :

1. Pasien dengan diagnosa Stroke non hemoragik
2. Pasien yang mengalami masalah kekuatan otot ekstermitas atas
3. Pasien yang mau menjalankan terapi genggam bola karet

Kriteria eksklusi:

1. Pasien yang mengalami penurunan kesadaran
2. Terapi genggam bola karet bertujuan untuk melatih atau merangsang kekuatan pada otot ekstermitas atas
3. Pasien menolak dilakukan intervensi keperawatan

C. Konsep kerangka

Independen

Terapi Genggam bola
karet



Dependen

Kekutan otot ekstermitas atas

D. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Alat ukur	Cara ukur	Hasil ukur
1	Kekuatan otot ekstermitas atas	Kemampuan otot untuk menghasilkan tegangan dan tenaga selama dilakukan usaha maksimal baik secara dinamis maupun statis	Menggunakan SOP alat ukur MMT (manual muscle testing)	Pengukuran dengan menggunakan SOP alat ukur MMT (manual muscle testing) dengan cara: 1. Ukur kekuatan menginstruksikan responden menggerakkan lengan (test kekuatan otot) 2. berikan penilaian sesuai dengan hasil pengukurn berdasarkan skala 0-5	Kekuatan otot diperoleh dengan nilai minimum 0 dan maksimal 5 Kekuatan otot: 0: paralisis, tidak ada kontraksi 1: terlihat/ teraba getaran kontraksi otot 2: dapat menggerakkan ekstermitas (tidak kuat menahan berat, tidak dapat melawan tekanan pemeriksa 3: dapat menggerakkan ekstermitas, dapat menahan berat, tidak dapat melawan tekanan 4: dapat menggerakkan sendi untuk menahan berat, dapat melawan tahanan ringan

					dari pemeriksaan 5: kekuatan otot normal
2	Terapi genggam bola karet	Terapi untuk menstimulasi gerak pada tangan yang bertujuan untuk merangsang otot-otot membangkitkan kembali kendali otak terhadap otot-otot yang hilang	SOP dan Handgrip dynamometer	skala klasik 0-5	Respon pasien

E. Lokasi dan Waktu Studi Penelitian

1. Lokasi

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Muara Bangkahulu.

2. Waktu

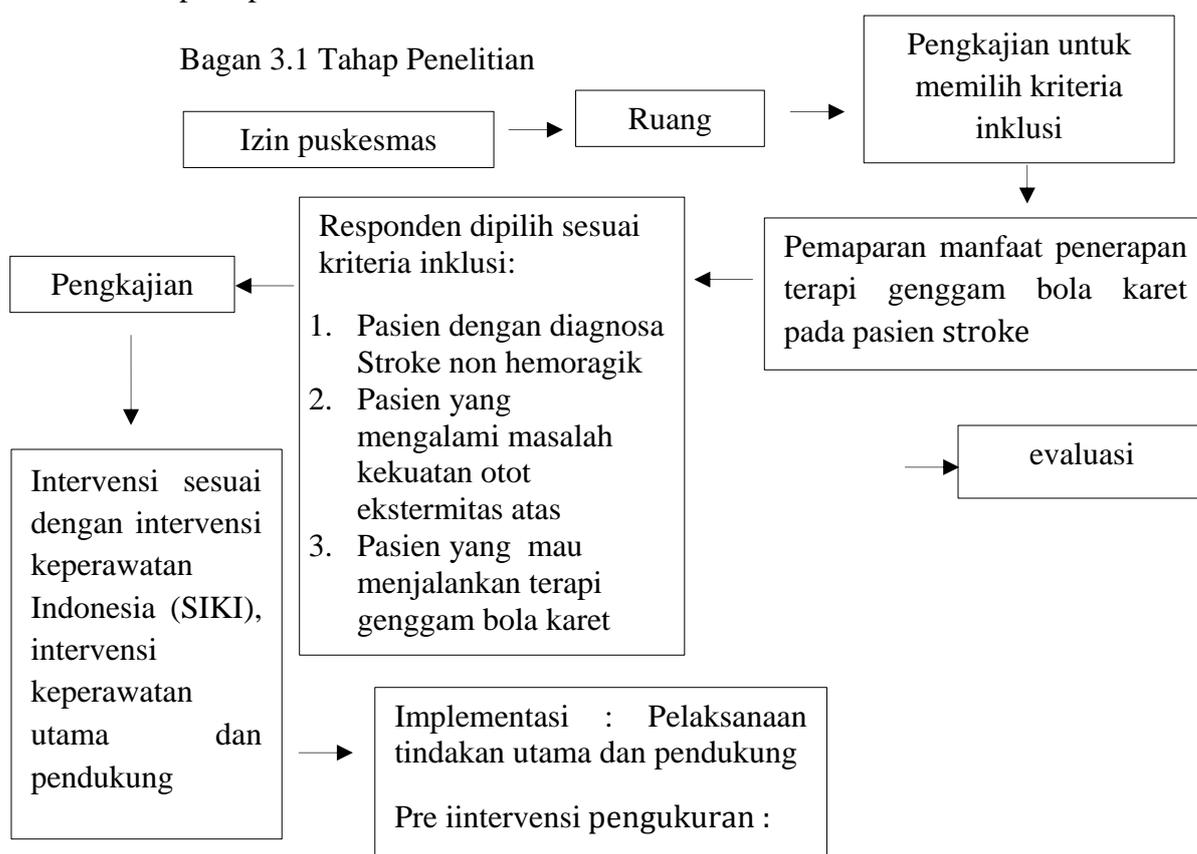
Penelitian ini telah dilaksanakan selama 7 hari dan terapi terapi genggam bola karet dilakukan pada waktu 10-15 menit, sebanyak 2 kali setiap pagi dan sore hari dari tanggal 14 sampai 21 Agustus 2023

F. Tahap penelitian

Tahap Pelaksanaan Penelitian

Penerapan terapi genggam bola karet dalam gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke

Bagan 3.1 Tahap Penelitian



G. Metode Dan Instrument Pengumpulan Data

1. Teknis pengumpulan data

a. Wawancara

Wawancara merupakan salah satu teknik pengumpulan data yang dilakukan melalui tatap muka langsung dengan cara Tanya jawab secara langsung. Proses wawancara yang dilakukan peneliti yaitu dengan narasumber pasien stroke non hemoragik dengan diagnosa yang sama yaitu stroke non hemoragik.

b. Observasi dan pemeriksaan fisik

Peneliti akan melakukan observasi untuk mendapatkan data

penunjang dan melakukan pemeriksaan fisik dipergunakan untuk memperoleh data objektif dengan pendekatan inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi (IPPA) pada system tubuh klien.

c. Studi dokumentasi

Penelitian menggunakan studi dokumentasi untuk mendapatkan data tentang diagnose medis, hasil pemeriksaan diagnostic, dan program terapi.

2. Instrument pengumpulan data

- a. Format pengkajian keperawatan ununtuk mendapatkan data pasien
- b. SOP terapi genggam bola karet
- c. Menggunakan sklala penilaian numeric (*Numerical Rating Scale*)
- d. Menggunakan nursingkit untuk mengukur tekanan darah
- e. Lembar penetapan subjek penelitian berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi
- f. Lembar observasi hasil pengukuran skala sebelum dan sesudah dilakukan terapi genggam bola karet.

H. Analisa Data

Analisa data dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan sampai terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan data, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisa data yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari peneliti yang diperoleh dari hasil intervensi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Teknik analisa data digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya di intervensikan dan dibandingkan dengan teori yanag ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

I. Etika Penelitian

1. Etika penelitian berisi informed consent (lembar persetujuan)
Responden telah menyetujui informed consent sebelum dilakukan intervensi
2. Nonimity (tanpa nama)
Nonimity ini untuk menjaga identitas responden, peneliti tidak akan mencatumkan nama responden melainkan hanya inisial nama, kode atau nomer tertentu pada lembar pengumpul data yang akan diisi oleh peneliti sehingga responden tidak diketahui oleh public.
3. Confidential (kerahasiaan)
Peneliti tidak akan menyebarkan informasi yang diberikan oleh responden dan kerahasiaan akan dijamin oleh peneliti.