

ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN MOBILISASI FISIK PADA KLIEN DENGAN STROKE NON HEMORRAGIC DI RUANGAN NEUROLOGI RSUD DR. M. HAULUSSY AMBON

Martini Tidore

(Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Maluku; tidoretini@ymail.com)

ABSTRAK

Stroke merupakan suatu penyakit deficit neurologisakit yang disebabkan oleh gangguan pembuluh darah otak yang terjadi secara mendadak dan menimbulkan gejala dan tanda yang sesuai dengan daerah pada otak yang terganggu. Penulis dapat memberikan gambaran tentang Proses Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilisasi Fisik Pada Klien *Stroke Non Hemorrhagic*. Jenis penelitian adalah *deskriptif* dengan pendekatan studi kasus menggunakan proses keperawatan. Dilaksanakan selama 5 hari tanggal 25 sampai 29 Mei 2018 di Ruang Neurologi RSUD Dr. M. Haulussy, Ambon. Subjek penelitian adalah "Tn. E.W" dan "Tn. G.T" dengan *Stroke Non Hemorrhagic*. Penelitian di dapatkan Klien I "Tn. E.W" datang dengan keluhan masuk RS karena terjadi kelumpuhan pada tubuh bagian kiri sejak tanggal 19 Mei 2018. Pasien sehingga tidak dapat bergerak, istri. Pasien mengatakan Pasien sebelum masuk RS pernah rawat di rumah sakit sebelumnya. Pada saat pengkajian tanggal 25 Mei 2018 10:00 WIT, Pasien dalam keadaan tirah baring dan sulit untuk bergerak, Klien II "Tn. E.W" datang dengan keluhan masuk RS karena terjadi kelumpuhan pada tubuh bagian kanan sejak tanggal 17 Mei 2018. Pasien sehingga tidak dapat bergerak. Pada saat pengkajian tanggal 25 Mei 2018 10:30 WIT, pasien dalam keadaan tirah baring dan sulit untuk bergerak. Masalah keperawatan, yang didapatkan pada klien I dan II dengan *Stroke Non Hemorrhagic* dengan prioritas masalah adalah: Hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan kelemahan neuromuskular. Setelah dilakukan implementasi keperawatan, diagnose keperawatan hambatan mobilisasi fisik dapat teratasi.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, *Stroke Non Hemorrhagic*

PENDAHULUAN**Latar Belakang**

Mobilisasi fisik merupakan suatu keadaan di mana tubuh mampu beradaptasi dengan kondisi yang dialami seseorang dan mobilisasi fisik dilakukan dengan *range of motion*. stroke merupakan problem kedokteran yang penting di Negara maju dan sebagai penyebab kematian, menduduki tempat kedua sesudah serangan jantung. Sekitar satu dari tiga orang penduduk akan mengalami stroke dan satu dari tujuh penduduk mungkin meninggal akibat serangan ini (Junaidi, 2014).

WHO (*World Health Organization*) memprediksi bahwa kematian akibat stroke akan meningkat seiring dengan kematian akibat penyakit jantung dan kanker kurang lebih 6 juta di tahun 2010 menjadi 8 juta pada tahun 2030. Kasus stroke meningkat di Negara maju seperti Amerika di mana kegemukan dan *junk food* telah mewabah. Berdasarkan data statistik setiap tahun ditemukan 750.000 kasus stroke baru di Amerika. Dari data tersebut menunjukkan bahwa setiap 45 menit, ada satu orang di Amerika yang meninggal karena terkena stroke (Aulawi, 2014).

Di Indonesia, stroke merupakan penyakit nomor tiga yang mematikan, setelah jantung dan kanker. Bahkan menurut survey tahun 2004, stroke merupakan penyakit pembunuh nomor tiga di Indonesia saat ini diingatkan bahwa 1 dari 6 orang menderita stroke dan hampir setiap 6 detik seseorang meninggal karena stroke. Organisasi stroke dunia mencatat hampir 85% orang yang mempunyai faktor resiko dapat terhindar dari stroke bila menyadari dan mengatasi faktor resiko tersebut sejak dini (Aulawi, 2014).

Berdasarkan data yang berhasil dikumpulkan oleh Yayasan Stroke Indonesia (YASTROKI), masalah stroke semakin penting dan mendesak karena kini jumlah penderita stroke di Indonesia terbanyak dan menduduki urutan pertama di Asia. Jumlah penderita yang disebabkan oleh stroke menduduki urutan kedua pada usia di atas 60 tahun dan urutan kelima pada usia 29-59 tahun. Stroke merupakan penyebab kecacatan serius menetap nomor 1 di seluruh dunia (Aulawi, 2014).

Beberapa hasil penelitian yang dilakukan dalam upaya pemenuhan kebutuhan mobilisasi fisik antara lain penelitian yang dilakukan oleh Saputradan Perry (2013), di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Powekerto 99% pasien di ruangan Parang sering mengalami fraktur dan stroke baik ekstermitas atas maupun bawah, 100% dari pasien stroke dan post operasi mengalami penurunan kekuatan otot. Terapi rehabilitas yang diprogramkan dari rumah sakit yaitu melakukan latihan ROM aktif (*Active Range of Motion*) pada pasien stroke dan post operasi fraktur yang dilakukan oleh fisioterapi 1 hari sekali.

Hasil penelitian Sari (2015), bahwa pada 121 pasien stroke, didapatkan hasil 90% atau 109 orang pasien stroke menunjukkan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik, diagnosis ini dapat didefinisikan sebagai keterbatasan dalam melakukan pergerakan fisik pada satu atau lebih ekstermitas secara mandiri dan terarah. Hasilnya Klien mampu untuk melakukan aktifitas sehari-hari.

Seorang penderita Stroke tidak mungkin kembali Bekerja seperti Keadaan sebelum serangan dan akan kehilangan kemampuan untuk berkomunikasi dengan orang lain ataupun merawat dirinya sendiri. Stroke menjadi penyebab keadaan jompo (disabilitas) yang paling sering dijumpai di antara orang-orang dalam usia menengah dan usia lanjut (Tarwoto,2007). Perawatan jangka panjang untuk penderita dalam keadaan yang merupakan tantangan berat bagi masyarakat dan keluarganya. Kesulitan lain yang harus hadapi terdapat di antara para penderita stroke yang terjadi beberapa kali dengan penurunan kemampuan mental penderita secara progresif (Wiwit, 2010). Data awal yang penulis dapatkan dari Registrasi Medik RSUD Dr. M. Haulussy Ambon Tahun 2015-2017, dapat dilihat pada table di bawah ini.

Tabel 1. Distribusi klien *stroke non hemorrhagic* di Ruang Neurologi RSUD Dr. M. Haulussy Ambon (2015-2017)

Tahun	Umur (Tahun)	Pria	%	Wanita	%	Total	%
2015	29 – 44	30	15	14	7	44	22
	45 – 64	43	21,5	37	18,5	80	40
	>65	57	28,5	19	9,5	76	38
Jumlah		130	65	70	35	200	100
2016	29 – 44	39	20,74	13	6,92	52	27,66
	45 – 64	57	30,31	17	9,05	74	39,36
	>65	44	23,41	18	9,58	62	32,98
Jumlah		140	74,45	48	25,55	188	100
2017	29 – 44	15	16,85	10	11,23	25	28,09
	45 – 64	23	25,84	11	12,35	34	38,21
	>65	20	22,47	10	11,23	30	33,70
Jumlah		58	65,17	31	34,83	89	100

Sumber :RekamMedik RSUD Dr. M Haulussy Ambon, 2017

Berdasarkan tabel1 di atas terlihat bahwa angka kesakitan pasien *stroke non hemorrhagic* dari tahun 2015-2017 mengalami penurunan tiap tahunnya, namun yang tertinggi tahun 2015 dengan jumlah total 200 orang, tahun 2017 mengalami penurunan angka kesakitan penyakit *stroke non hemorrhagic* dengan jumlah total 89 orang. Umur yang rentan mudah mengalami *stroke non hemorrhagic* terdapat pada umur 45-64 tahun dan Pria yang banyak mengalami *Stroke Non Hemorrhagic* di bandingkan dengan wanita. Dan itu hampir rata-rata pada setiap tahun dan terbanyak pada penderita pria. Banyaknya kasus di atas maka harus ada perawatan untuk memenuhi kebutuhan klien di RSUD Dr. M Halussyambon, menggunakan perawatan yang *komprehensif* dengan menggunakan tindakan ROM aktif dan pasif.

Dalam pemenuhan kebutuhan mobilisasi fisik di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. M. Haulussy Ambon, menggunakan tindakan ROM aktif (tindakan yang bisa di lakukan oleh klien itu sendiri) dan pasif (tindakan yang di bantu oleh perawat atau keluarga). Kebutuhan aktivitas (mobilisasi) merupakan suatu kondisi di mana tubuh dapat melakukan kegiatan dengan bebas hubungan mobilisasi fisik dengan penyakit *stroke Non hemorrhagic*, karena stroke merupakan kelainan dari otak sebagai susunan saraf yang mengontrol dan mencetuskan gerak dari *system neuromuskuloskeletal*. Pasien stroke akan mengalami kemunduran aktivitas seperti kelemahan menggerakkan kaki, kelemahan menggerakkan tangan, ketidakmampuan bicara dan ketidakmampuan fungsi-fungsi motorik lainnya (Arya, 2012).

Wiwit (2010), menjelaskan salah satu tindakan mandiri keperawatan pada klien dengan *Stroke Non Hemorrhagic* adalah mobilitas atau imobilisasi merupakan kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur dalam bentuk ROM (*Active Range Of Motion*) yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan aktifitas guna mempertahankan kesehatannya. Berdasarkan uraian di atas,

maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Asuhan Keperawatan Mobilisasi fisik Pada Klien *Stroke Non Hemorrhagic* Di Ruang Neurologi Rumah Sakit Umum Daerah. Dr. M. Haulussy Ambon”.

Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah: Bagaimana gambaran Asuhan Keperawatan Mobilisasifisik Pada Klien *Stroke Non Hemorrhagic* Di Ruang Neurologi Rumah Sakit Umum Daerah Dr. M. Haulussy Ambon?”

Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk memberikan Asuhan Keperawatan Mobilisasi fisik Pada Klien *Stroke Non Hemorrhagic* Di Ruang Neurologi Rumah Sakit Umum Daerah. Dr. M. Haulussy Ambon.

METODE PENELITIAN

Rancangan penelitian studi kasus ini dengan menggunakan desain *deskriptif* melalui penerapan tindakan *Range Of Motion (ROM)* pada asuhan keperawatan dengan mobilisasi fisik pada klien *Stroke Non Hemorrhagic* melalui pendekatan proses keperawatan secara *komprensif* dimulai dari pengkajian, diagnose keperawata, perencanaan, intervensi, implementasi dan evaluasi dimana subjek penelitian ini adalah klien yang berjenis kelamin pria dengan kriteria klien terdiagnosa *Stroke Non Hemorrhagic* yang di rawat di rumah sakit selama : 3 x 8 jam(selama 5 hari), berumur 45-64 tahun, tidak adakomplikasi dan klien sebanyak 2 (dua) orang yang dirawat di Ruang Neurologi Rumah Sakit Dr. M.Haulussy Ambon.

HASIL PENELITIAN

Masalah keperawatan yang menjadi fokus studi dalam studi kasus ini yaitu hambatan mobilitas fisik pada Tn. E.W(klien I) dan Tn. G.T (klien II) dengan *stroke non hemorrhagic* di ruang Neurologi RSUD.Dr.M. Haullusy mulai dari tahap pengkajian, penegakan diagnosis, implementasi, dan evaluasi serta akan dibahas juga kesenjangan antara kasus yang dikelola di rumah sakit dengan konsep teori.

PEMBAHASAN

Pengkajian

Klien I (Tn.E.W) berjenis kelamin Laki laki dan berusia59 tahun sedangkan klien II (Tn. G.T) berjenis kelamin laki-laki dan berusia 62 tahun.Junaidi (2011), Menjelaskan jenis kelamin dan usia merupakan salah satu faktor risiko stroke yang tidak dapat diubah. Laki-laki memiliki kecenderungan lebih tinggi (Tarwoto, 2013). Serta usia diatas 29 sampai 44 tahun rentan mengalami stroke, karena di usia ini pembuluh darah sudah tidak elastis lagi mudah terjadi penumpukan plaque pada pembuluh darah akibat pola hidup yang tidak sehat yang mengakibatkan suplai oksigen ke otak terganggu (WijayaPutri, 2013).

a. Riwayat Kesehatan

Saat dilakukan pengkajian didapatkan data keluhan utama yang sama pada kedua klien yaitu mengalami hemiparesis. Klien I mengalami hemiparesis ekstremitas kiri sedangkan klien II mengalami hemiparesis ekstremitas kanan. Tarwoto (2013), Menjelaskan adanya kerusakan lokal pada pembuluh darah akibat plaque atau aterosklerosis dapat menghambat aliran darah ke otak sehingga jaringan otak kekurangan oksigen atau hipoksia kemudian menjadi iskemik dan berakhir pada infark yang dapat menyebabkan stroke. Adanya infark pada otak dapat menimbulkan hemiparesis yang ditandai dengan penurunan kekuatan otot pada ekstremitas sebelah badan (Muttaqin, 2008).

Hasil pengkajian riwayat penyakit dahulu pada kedua klien diperoleh data, klien I memiliki riwayat hipertensi sedangkan klien II tidak memiliki riwayat hipertensi.Junaidi (2011), Menjelaskan hipertensi merupakan faktor risiko stroke yang dapat diubah.Pinzon & Asanti (2012), Menjelaskan hipertensi

akan memacu munculnya plaque aterosklerosis pada pembuluh darah besar. Aterosklerosis merupakan akumulasi berangsur dari palque dalam arteri yang membentuk lesi aterosklerosis. Plaque terdiri dari makrofag yang berisi lipid, fibrin, produk buangan sel dan protein plasma yang dibungkus oleh lapisan fibrous di bagian luar. (sel otot halus dan jaringan penghubung padat). Plaque dibentuk ketika endotelium cidera oleh LDL, produk rokok, hipertensi, *hyperglycemia*, dan *hyperfibrinogenemia*, Respon radang terjadi, membuat endothelium menjadi lengket dan kemudian menarik molekul-molekul yang lain. Plaque menebal, meluas dan terjadi kalsifikasi menyebabkan obstruksi lumen arteri (Black & Hawks, 2009). Plaque yang tidak stabil akan mudah ruptur/pecah dan terlepas. Plaque yang terlepas meningkatkan risiko tersumbatnya pembuluh darah otak yang lebih kecil (Pinzon& Asanti, 2010).

b. Pengkajian Fungsional Gordon

Hasil pengkajian pola persepsi-manajemen kesehatan diperoleh data klien II memiliki kebiasaan merokok sejak tahun 1970. Merokok merupakan salah satu faktor risiko stroke (Tarwoto, 2013).Noviyanti (2014), Menjelaskan orang yang merokok memiliki kadar fibrinogen darah yang tinggi. Peningkatan kadar fibrinogen ini dapat mempermudah terjadinya penebalan pembuluh darah (*aterosklerosis*) sehingga pembuluh darah menjadi sempit dan kaku, dengan demikian menyebabkan gangguan aliran darah termasuk pada otak.

Selanjutnya dari pengkajian pola metabolisme-nutrisi didapatkan data klien I memiliki BB 75 kg, TB 160 cm, serta IMT 29,29 kg/m², klien II memiliki BB 60 kg, TB 160 cm, dan IMT 23,43 kg/m².Sudoyo, Setiyohadi, Alwi, Simadibrata, & Setiati (2010), Menjelaskan IMT 29,29 kg/m² dikategorikan Obesitas I dan IMT 23,43 kg/m² dikategorikan BB lebih dengan risiko. Obesitas merupakan faktor penyebab terjadinya hiperkolesterol serta hipertensi yang berkontribusi menyebabkan stroke (Tarwoto, 2013).

Pengkajian pola eliminasi diperoleh data pada kedua klien tidak mengalami diare maupun konstipasi. Pola aktivitas-latihan kedua klien bedrest, kebutuhan ADL dibantu oleh keluarga dan perawat karena kedua klien mengalami hemiparesis. Skor ketergantungan untuk aktivitas berpidah kedua klien adalah 4 yangHidayat (2008), Menjelaskan berarti sangat tergantung atau tidak dapat melakukan. Pola kognitif-persepsi kedua klien dalam bicara pelo. Pola persepsi diri-konsep diri kedua klien sedih dan cemas, tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasanya.

c. Pengkajian Fokus Hambatan Mobilitas Fisik

Kedua klien mengalami hemiparesis dengan kemampuan mobilitas mandiri klien I miring kiri dan klien II miring kanan. Kemampuan mobilitas pada kedua klien yaitu miring pada sisi tubuh yang mengalami hemiparesis. Selanjutnya hasil pengukuran derajat rentang gerak sendi menggunakan goniometer menunjukkan adanya penurunan dari derajat normal pada ekstremitas yang mengalami hemiparesis pada kedua klien. Klien I mengalami hemiparesis sinistra dengan kekuatan otot ekstremitas kiri atas 2, ekstremitas kiri bawah 1, sedangkan klien II mengalami hemiparesis dextra dengan kekuatan otot ekstremitas kanan 1.

Kekuatan otot dikatakan skala 2 apabila gerakan otot penuh melawan gravitasi dengan topangan, dikatakan skala 1 jika tidak ada gerakan, namun kontraksi dapat dilihat sedangkan dikatakan skala 5 apabila kekuatan normal, gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan tahanan penuh (Hidayat, 2008). Cara yang dilakukan untuk memeriksa kekuatan otot pada ekstremitas adalah dengan cara klien dianjurkan untuk mengangkat ekstremitas dan perawat memberi tahanan pada ekstremitas klien (Insani & Risnanto, 2014). Ekstremitas klien I dan klien II tidak dapat digerakkan karena adanya kerusakan pada area motorik. Klien juga kehilangan kontrol otot volunter dan sensorik sehingga kemampuan fleksi maupun ekstensi klien berkurang (Tarwoto, 2013). Manifestasi klinis stroke tergantung pada lokasi kerusakan dan ukurannya (Tarwoto, 2013).

d. Pemeriksaan Fisik

Hasil pemeriksaan fisik pada kedua klien didapatkan data tingkat kesadaran *composmentis*, dengan nilai GCS 15. Tekanan darah klien I 140/90 mmHg dan klien II 140/80 mmHg. Puspitorini (2008), Menjelaskan tekanan darah sistolik 140-159 mmHg dan diastolik 90-99 mmHg tergolong hipertensi derajat 1. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Ovina(2013), Menjelaskan bahwa didapatkan jumlah penderita stroke *non hemorragic* terbanyak berdasarkan penyakit adalah penderita hipertensi (96%). Tekanan darah kedua klien tergolong tinggi karena klienI memiliki riwayat hipertensi serta pada klien I dan II mengalami masalah psikologis yaitu sedih dan cemas terhadap kondisi yang

dialaminya. Reaksi tubuh terhadap kecemasan adalah “*fight or flight*” (reaksi fisik tubuh terhadap ancaman dari luar), bila korteks otak menerima rangsang akan dikirim melalui saraf simpatis ke kelenjar adrenal yang akan melepaskan hormon epinefrin (adrenalin) yang merangsang jantung dan pembuluh darah sehingga efeknya adanya tekanan darah meningkat. Hasil pemeriksaan nadi, suhu, dan RR kedua klien dalam batas normal.

e. Pemeriksaan penunjang

Hasil CT-Scan klien I pada tanggal 23 Mei didapatkan kesan infark paraventrikular dextra sedangkan klien II pada tanggal 20 Mei 2018 didapatkan kesan infark paraventrikular sinistra. Paraventrikular merupakan bagian dari hipotalamus yang menghambat hipotalamus lateral. Adanya infark dapat menyebabkan gangguan kontrol sensorik dan motorik ditunjukkan dengan adanya hemiparesis sinistra akibat dari kerusakan hemisfer kanan pada klien I dan adanya hemiparesis dextra akibat kerusakan hemisfer kiri pada klien II. Hal ini karena adanya sistem pengendalian kontralateral maka akan terjadi gangguan kontrol volunter seperti hemiparesis (kelemahan pada sebelah badan) pada sisi yang berlawanan dari otak yang mengalami kerusakan (Muttaqin, 2008).

Pemeriksaan gula darah sewaktu klien I tanggal 23 Mei 2018 didapatkan data 142 mg/dl dan klien II tanggal 20 Mei 2018 didapatkan data 88 mg/dl, normalnya 70-140 mg/dl. Pemeriksaan gula darah penting untuk menentukan faktor predisposisi dari stroke, terjadinya peningkatan kadar glukosa darah dapat mempercepat terjadinya aterosklerosis sehingga dapat menyumbat pembuluh darah dan menyebabkan penurunan perfusi otak (Junaidi, 2011).

Selanjutnya, hasil pemeriksaan HDL kolesterol pada klien II rendah yaitu 41 mg/dl, normalnya >45 mg/dl, HDL berfungsi membantu membuang kelebihan kolesterol sehingga pembentukan *plaque aterosklerosis* dapat dicegah. Menurut Soeroto (2010), *dislipidemia* adalah salah satu faktor risiko stroke yang merupakan suatu kelainan lipid yang ditandai dengan adanya kelainan (peningkatan maupun penurunan) profil lipid dalam plasma darah. Kelainan profil lipid yang utama adalah kadar kolesterol yang tinggi, kadar *trigliserid* yang tinggi, dan kadar HDL kolesterol yang rendah. Kadar HDL yang rendah memacu munculnya proses *atherogenik* (pembentukan *plaque* di dinding pembuluh darah arteri) (Pinzon & Asanti, 2010). Selanjutnya pemeriksaan LDL klien II menunjukkan 90 mg/dl (normal), nilai normalnya <130 mg/dl. Sedangkan pada klien II tidak dilakukan pemeriksaan HDL dan LDL. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Pratiwi (2017), Menjelaskan mengenai hubungan antara profil lipid dengan kejadian stroke, dari 89 klien stroke *non hemorrhagic*, 37 orang memiliki kadar HDL tinggi dan 52 orang dengan kadar HDL rendah serta 61 orang dengan kadar LDL optimal, 12 orang dengan kadar LDL *borderline*, 13 orang dengan kadar LDL tinggi, dan 3 orang dengan kadar LDL sangat tinggi. Jadi dapat disimpulkan bahwa tidak semua klien dengan stroke *non hemorrhagic* memiliki kadar HDL yang rendah dan LDL yang tinggi.

Fokus studi asuhan keperawatan yang penulis kelola adalah masalah hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular. Hambatan mobilitas fisik merupakan keadaan dimana seseorang tidak dapat bergerak secara bebas karena kondisi yang mengganggu pergerakan atau aktivitas (Risnanto & Insani, 2014). Diagnosis ini dapat ditegakkan apabila terdapat beberapa batasan karakteristik yang meliputi kesulitan membolak-balik posisi, keterbatasan rentang gerak, penurunan kemampuan melakukan ketrampilan motorik halus, penurunan kemampuan melakukan ketrampilan motorik kasar (Herdman & Kamitsuru, 2016).

Hasil pengkajian yang dilakukan pada kedua klien ditemukan data yang mendukung ditegakkannya diagnosis hambatan mobilitas fisik yaitu terdapat hemiparesis pada kedua klien. Klien I mengalami penurunan kekuatan otot pada tangan kiri yaitu skala 2 dan pada kaki kiri yaitu skala 1. Sedangkan skala kekuatan otot tangan dan kaki kanan yaitu 5. Pada klien II penurunan kekuatan otot pada ekstremitas kanan yaitu skala 1 dan skala kekuatan otot ekstremitas kiri yaitu 5. Kemampuan rentang gerak sendi kedua klien pada ekstremitas yang mengalami hemiparesis menurun. Skala aktivitas berpindah kedua klien yaitu 4 (tergantung/tidak mampu). Hasil CT Scan klien I menunjukkan kesan infark paraventriculer dextra sedangkan pada klien II menunjukkan kesan infark paraventriculer sinistra. Berdasarkan hasil pemeriksaan CT-Scan, area yang mengalami infark dapat menyebabkan gangguan sensorik dan motorik (Muttaqin, 2008).

Masalah hambatan mobilitas fisik pada klien stroke apabila tidak segera ditangani akan berdampak pada fisik maupun psikologis. Dampak fisik dari hambatan mobilitas fisik antara lain penurunan sirkulasi yang berakibat lebih lanjut dan akan mengakibatkan iskemia jaringan dan dengan adanya gangguan sirkulasi akan mengakibatkan terjadinya gangguan integritas kulit (Asmadi, 2008). Dampak psikologis yang dialami oleh klien I maupun klien II akibat dari hambatan mobilitas fisik yaitu klien sedih dan cemas, tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari seperti biasanya.

Diagnosis Keperawatan

Prioritas masalah yang muncul pada klien I dan II adalah hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular. Masalah ini sesuai dengan fokus studi dalam penyusunan laporan kasus.

Intervensi Keperawatan

Rencana keperawatan yang disusun merupakan rencana keperawatan untuk mengatasi diagnosis utama sebagai fokus studi dalam penyusunan laporan kasus yaitu hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular. Kriteria hasil dari tindakan keperawatan yang diberikan pada klien I dan klien II dengan stroke non hemoragi disusun sesuai dengan NOC (*Nursing outcome classification*) yaitu dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan masalah hambatan mobilitas fisik baik pada klien I maupun klien II teratasi dengan kriteria hasil rentang gerak sendi dan kemampuan ambulasi klien mengalami peningkatan, mampu melakukan pergerakan yang mendukung pemenuhan sehari-hari, dan tidak terjadi komplikasi akibat dari hambatan mobilitas fisik.

Intervensi keperawatan yang diberikan baik pada klien I dan klien II sama sesuai dengan NIC (*Nursing Interventions Classification*) yaitu tentukan batasan pergerakan sendi dan efeknya terhadap fungsi sendi, sediakan petunjuk tertulis untuk melakukan latihan, jelaskan pada klien dan keluarga manfaat dan tujuan melakukan latihan sendi, bantu klien mendapatkan posisi tubuh yang optimal untuk pergerakan sendi aktif maupun pasif, dukung latihan ROM aktif, sesuai jadwal yang teratur, lakukan latihan ROM pasif, instruksikan klien/keluarga cara melakukan latihan ROM pasif/ROM aktif, bantu klien untuk membuat jadwal latihan rentang gerak, jelaskan alasan diperlukannya tirah baring, posisikan sesuai *body alignment* yang tepat, balikkan klien yang tidak dapat mobilisasi setiap 2 jam sekali, dorong ambulasi independen dalam batas normal, monitor kondisi kulit, monitor komplikasi dari tirah baring dan tentukan perkembangan terhadap pencapaian tujuan.

Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan baik pada klien I atau klien II untuk mengatasi masalah hambatan mobilitas fisik yaitu menentukan batasan pergerakan sendi dan efeknya terhadap fungsi sendi pada klien melalui penilaian kekuatan tonus otot yaitu dengan cara klien dianjurkan untuk mengangkat ekstremitas dan perawat memberi tahanan pada ekstremitas klien (Insani & Risnanto, 2014). Tujuan dari pengkajian ini adalah untuk mengidentifikasi keterbatasan atau kelemahan dan dapat memberikan informasi mengenai pemulihan (Hidayat, 2008).

Tindakan selanjutnya adalah mengajarkan latihan rentang gerak aktif maupun pasif pada klien, serta melibatkan dan mengajarkan kepada keluarganya. Kedua klien bersedia melakukan latihan rentang gerak, klien dan keluarga kooperatif. Hal ini dilakukan karena pada ekstremitas kiri klien I dan ekstremitas kanan klien II mengalami penurunan kekuatan otot dan derajat rentang gerak sendi. Rentang gerak merupakan jumlah maksimum gerakan yang dilakukan sendi seperti gerakan abduksi, adduksi, pronasi, supinasi, rotasi, fleksi, dan ekstensi (Potter & Perry, 2010). Tujuan dari latihan rentang gerak atau ROM yaitu dapat mempertahankan atau meningkatkan kekuatan otot dan mencegah kontraktur terutama pada ekstremitas yang mengalami kelemahan (Asmadi, 2008). Klien dengan stroke harus dimobilisasi dan dilakukan fisioterapi sedini mungkin bila kondisi klinis neurologis dan hemodinamik stabil, untuk pasien stroke akibat trombosis atau emboli jika tidak ada komplikasi lain dapat dimulai setelah 2-3 hari setelah serangan (Tjokronegoro & Utama, 2004).

Latihan rentang gerak dapat dilakukan secara aktif maupun pasif. Latihan rentang gerak aktif adalah perawat memberi motivasi, membimbing klien dalam melaksanakan pergerakan sendi secara mandiri sesuai dengan rentang gerak sendi normal. Untuk ekstremitas atas dapat dilakukan dengan cara yang merupakan *cylindrical grip* merupakan bentuk latihan untuk menstimulasi gerak pada tangan atau menggerakkan jari-jari tangan menggenggam sempurna dengan menggunakan benda berbentuk silindris. Sedangkan latihan rentang gerak pasif adalah latihan rentang gerak di mana perawat menggerakkan persendian klien sesuai dengan rentang gerakaknya. Rentang gerak pasif dilakukan pada ekstremitas yang mengalami kelemahan dan tidak bisa melakukan rentang gerak mandiri. Sebelum latihan rentang gerak pasif, perlu untuk melakukan kompres hangat pada sendi bahu, lutut, siku, pinggul, serta jari-jari kurang lebih 3 menit untuk menghilangkan kekakuan dan meningkatkan sirkulasi. Sedangkan rentang gerak aktif dilakukan pada ekstremitas yang tidak mengalami kelemahan (Asmadi, 2008).

Latihan pergerakan khususnya rentang gerak bagi penderita stroke dapat meningkatkan kemandirian klien. Hal ini dikarenakan dengan latihan rentang gerak maka otot pun akan bermobilisasi, mobilisasi otot dapat mencegah kekakuan otot, melancarkan sirkulasi darah, dan meningkatkan asa otot. Tindakan selanjutnya adalah membantu membuat jadwal ROM dan alih baring. Tindakan membuat jadwal dapat membantu klien untuk meningkatkan harapan terhadap perkembangan (Potter & Perry, 2010).

Puspawati (2010) dalam penelitiannya menyatakan bahwa pemberian latihan ROM setiap 2x sehari pada klien stroke iskemik lebih meningkatkan kekuatan otot daripada 1x sehari. Despopoulos & Silbernagl, (2000) juga menjelaskan bahwa latihan ROM yang dilakukan lebih sering dapat meningkatkan frekuensi penggunaan otot sehingga jumlah penggunaan unit motor juga meningkat maka dapat mempercepat peningkatan kekuatan otot.

Tindakan selanjutnya yaitu mengubah posisi klien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam. Mengubah posisi dari posisi berbaring, miring kanan, miring kiri, dan seterusnya secara berurutan. Dengan perubahan posisi memungkinkan untuk terjadinya hiperemi reaktif atau ketika tekanan dihilangkan memungkinkan jaringan akan dibanjiri dengan darah. Peningkatan aliran darah meningkatkan pengiriman oksigen dan nutrisi ke dalam jaringan. Gangguan metabolik yang disebabkan oleh tekanan akan kembali normal serta nekrosis jaringan yang tertekan dapat dihindari. Hiperemi reaktif akan efektif hanya apabila tekanan dihilangkan sebelum terjadi kerusakan, dimana interval sebelum terjadi kerusakan berkisar antara 1 sampai 2 jam (Potter & Perry, 2006). Oleh karena itu alih baring sebaiknya dilakukan setiap 2 jam. Selanjutnya adalah melakukan kolaborasi dengan ahli terapi fisik dalam mengembangkan dan menerapkan sebuah program latihan. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan kemampuan klien dalam mobilisasi dengan latihan fisik dari tim fisioterapis (Muttaqin, 2008)

Evaluasi Keperawatan

Berdasarkan perkembangan kondisi klien selama lima hari didapatkan data klien I mengatakan tangan dan kaki kirinya masih lemas dan sulit digerakkan, namun dalam miring ke kiri klien mampu melakukan secara mandiri tanpa bantuan keluarga ataupun perawat, klien masih bedrest, kekuatan otot skala 2 pada ekstremitas kiri atas, skala 1 pada ekstremitas kiri bawah, dan skala 5 pada ekstremitas kanan. Skala aktivitas berpindah klien 4 (tergantung/tidak mampu), turgor kulit baik, tidak terdapat dekubitus pada daerah yang menonjol, dan terdapat peningkatan derajat rentang gerak sendi pada. Tekanan darah klien 150/90 mmHg.

Klien II mengatakan tangan dan kaki kanannya masih lemas dan sulit digerakkan, namun dalam miring ke kanan klien mampu melakukan secara mandiri tanpa bantuan keluarga ataupun perawat, klien masih bedrest, kekuatan otot skala 1 pada ekstremitas kanan dan skala 5 pada ekstremitas kiri. Skala aktivitas berpindah klien 4 (tergantung/tidak mampu), turgor kulit baik, tidak terdapat dekubitus pada daerah yang menonjol, dan terdapat peningkatan derajat rentang gerak sendi pada. Tekanan darah klien 140/90 mmHg.

Berdasarkan tindakan keperawatan yang telah dilakukan, penulis mengevaluasi sesuai dengan rencana keperawatan untuk mengatasi masalah hambatan mobilitas fisik, dapat disimpulkan bahwa masalah hambatan mobilitas fisik belum teratasi menurut NOC dengan kriteria hasil antara lain rentang gerak sendi dan kemampuan ambulasi klien mengalami peningkatan, mampu melakukan pergerakan yang mendukung pemenuhan sehari-hari, dan tidak terjadi komplikasi akibat dari hambatan mobilitas fisik.

Masalah hambatan mobilitas fisik pada klien I maupun klien II belum teratasi karena masih terdapat beberapa kriteria hasil yang belum tercapai. Hal ini terjadi karena dilihat dari kondisi klien I ditemukan kerusakan pada otak yaitu terjadi infark paraventricular dextra dan pada klien II ditemukan adanya infark paraventricular sinistra sehingga terjadi gangguan sensorik dan motorik pada klien. Tekanan darah klien I masih 150/90 mmHg dan klien II 140/90 mmHg yang kemungkinan dipengaruhi oleh faktor psikologis yang dialami klien selama sakit sehingga berpengaruh terhadap perkembangan kesehatannya. Adib (2009), Menjelaskan bahwa upaya pemulihan kesehatan klien stroke membutuhkan waktu sekitar 6-12 bulan. Meskipun masalah hambatan mobilitas fisik belum teratasi, perawat sudah mengajarkan dan memberi kesempatan pada keluarga klien untuk melakukan latihan rentang gerak. Hal ini dimaksudkan untuk memandirikan keluarga untuk melakukan perawatan klien dengan stroke di rumah. Karena pada penderita stroke pada umumnya membutuhkan waktu yang lama dalam proses pemulihan. Hal ini tidak menutup kemungkinan dirawat di rumah untuk rehabilitasi. Tingkat pemulihan hambatan mobilitas fisik pada klien stroke dipengaruhi oleh beberapa elemen yaitu jumlah, luas, dan lokasi otak yang mengalami kerusakan, pengobatan yang diterima,

onset, kesehatan umum klien, sifat, dan kondisi emosional serta dukungan dari keluarga (Soeharto, 2004)

KESIMPULAN

Berdasarkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan oleh penulis pada klien I (Tn. E.W) dan klien II (Tn. G.T) diperoleh data yang menunjukkan adanya perbedaan pada kedua klien, dimana klien I mengalami infark paraventrikular dextra sedangkan klien II mengalami infark paravetrikular sinistra, sehingga manifestasi yang muncul pada kedua klien berbeda. Klien I mengalami hemiparesis sinistra dengan kekuatan otot ekstremitas kiri atas 2 dan ekstremitas kiri bawah 1 sedangkan klien II mengalami hemiparesis dextra dengan kekuatan otot ekstremitas kanan 1 namun masalah keperawatan yang muncul sama yaitu hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular.

Masalah hambatan mobilitas fisik pada kedua klien ditangani dengan pemberian tindakan keperawatan yang sama yaitu ROM, alih baring, pengaturan posisi, dan ambulasi dengan tujuan: Kien dapat mampu melakukan aktifitas sehari-hari. setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam masalah hambatan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil: rentang gerak sendi dan kemampuan ambulasi klien mengalami peningkatan, mampu melakukan pergerakan yang mendukung pemenuhan kebutuhan sehari-hari, dan tidak terjadi komplikasi akibat dari hambatan mobilitas fisik.

Respon kedua klien relatif sama terhadap tindakan keperawatan yang diberikan namun proses perbaikan pada kedua klien membutuhkan waktu yang lama terbukti setelah diberikan tindakan keperawatan selama 5 hari pada kedua klien terdapat peningkatan derajat rentang gerak sendi pada ekstremitas yang mengalami hemiparesis serta tidak terdapat komplikasi dari tirah baring seperti atrofi otot, konstipasi, stress, perubahan siklus tidur, dan dekubitus. Namun, pada kedua klien kekuatan otot tidak mengalami peningkatan serta kemampuan ambulasi klien I hanya mampu miring kiri dan klien II hanya mampu miring kanan. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada klien I dan II dengan *Stroke non hemorrhagic* yang dirawat di Ruang Neurologi Rumah Sakit Umum Daerah Dr. M. Haulussy Ambon, umur yang rentan mudah mengalami *stroke non hemoragggic* terdapat pada umur 45 – 64 tahun dan Pria yang banyak mengalami *Stroke Non Hemoragggic* di bandingkan dengan Wanita. dan itu hampir rata rata pada setiap tahun dan terbanyak pada penderita pria. banyaknya kasus tersebut maka harus ada perawatan untuk memenuhi kebutuhan klien di RSUD Dr M Halussy Ambon, menggunakan perawatan yang *komprehensif* dengan menggunakan tindakan ROM aktif dan pasif. maka penulis dapat menyimpulkan beberapa hal sebagai berikut :

1. Pengkajian, didapatkan data sebagai berikut: Data Subjektif: ekstremitas kiri sulit digerakan, Tidak mampu melakukan aktifitas secara mandiri Data Objektif : Keadaan umum lemah, kesadaran *compasmentis*, pasien mengalami kelumpuhan di ekstremitas sebelah kiri/hemiparise sinistra, Kekuatan otot ekstremitas kiri atas 2, ekstremitas kanan atas 5, ekstremitas kanan bawah 5, ekstremitas kiri bawah 1 , Aktivitas tampak di bantu oleh keluarga, GCS : E4, V4, M4, TTV: TD:150/90 mmHg, pasien tidak mampu melakukan ADLs secara mandiri. Data Subjektif:KlienI ekstremitas kanan sulit digerakan, Tidak mampu melakukan aktifitas secara mandiri Data Objektif : Keadaan umum lemah, kesadaran *compasmentis*, pasien mengalami kelumpuhan di ekstremitas sebelah kanan/hemiparise dekstra, Kekuatan otot ekstremitas kanan atas 2, ekstremitas kiri atas 5, ekstremitas kiri bawah 5, ekstremitas kanan bawah 1 , Aktivitas tampak di bantu oleh keluarga, GCS : E4, V4, M4, TTV: TD: 140/90 mmHg, pasien tidak mampu melakukan ADLs secara mandiri
2. Diagnosa keperawatan yang didapat pada klien I dan II dengan *Stroke Non Hemorrhagic* dengan prioritas masalah adalah :a). Hambatan mobilisasi fisik Berhubungan dengan kelemahan neuromuskular., b). Defisit perawatan diri nutrisi berhubungan dengan gangguan neuromuskular.,c).Defisit perawatan diri mandi berhubungan dengan gangguan neuromuskular.,d). Defisit perawatan diri eliminasi berhubungan dengan gangguan neuromuscular.
3. Rencana tindakan yang dilakukan pada klien I dan II dengan *Stroke Non Hemorrhagic* sesuai dengan perencanaan yang dilakukan dan disesuaikan dengan NANDA NIC-NOC 2015 (uda nur arif armin).
4. Tindakan keperawatan yang penulis lakukan pada pada klien I dan II dengan *Stroke Non Hemorrhagic* sesuai dengan apa yang telah direncanakan sebelumnya. Dan dari semua tindakan keperawatan yang penulis lakukan belum ada yang teratasi karena masalah waktu penelitian yang begitu singkat, ada juga tindakan independen yang dilakukan penulis yaitu mengajarkan ROM dan menganjurkan Pasien mengubah posisi tidur setiap 2 jam.

5. Evaluasi yang dicapai dari hasil tindakan keperawatan pada klien I dan II dengan *Stroke Non Hemorrhagic* dalam perawatan selama 3x8 jam menunjukkan bahwadiagnosa/masalah keperawatan belum ada yang teratasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Aulawi, 2014. *Stroke*: Arcan, Jakarta.
- Arya, 2012. *Buku Saku Pemeriksaan Fungsi Motorik*. Yogyakarta
- Bickley, Lynn S. 2015. *Buku saku pemeriksaan fisik dan riwayat kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Elizabeth dan Subekti. 2009. *Buku Saku Patofisiologi*. Jakarta: EGC.
- Haryanto, 2017. *Buku Praktik Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Junaidi, 2014. *Buku Saku Keperawatan Anatomi Sistem Persarafan*. Jakarta: EGC.
- Lismidar, 1990. *Proses Keperawatan*. Jakarta: Universitas Indonesia
- Muttaqin, 2008. *Aplikasi NANDA, Nic-Noc Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosis Medis*: EGC
- Muttaqin. 2011. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Muttaqin dan Nurarif Amin Huda. 2015. *NANDA, Nic-Noc Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosis Medis*. Jakarta: EGC.
- Nursalam. 2013. *Manajemen Keperawatan*. Jakarta: Salemba Merdika.
- Nurarif, Amin Huda dan Hardhi Kusuma. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA Nic-Noc*. Yogyakarta: Mediaction.
- Price, Sylvia Anderson. 2005. *Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Jakarta: EGC.
- Poter dan Perry, 2005. *Buku Saku Psikologis Latihan Gerak Tungkai*. Jakarta: EGC.
- Paradila, 2014. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Rekam Medis Rumah Sakit Umum Daerah Dr.M. Haulussy Ambon 2017. *Data Pasien Dengan Stroke Non Hemorrhagic*, Tidak dipublikasikan.
- Rahmadan Walid, 2013. *Buku Panduan Praktik Medikal Bedah*. Yogyakarta.
- Smeltzer. 2015. *Anatomi Klinis Berdasarkan Sistem*. Jakarta: EGC.
- Suratun, 2008. *Buku Saku Keperawatan Latihan Mobilisasi Fisik*. Jakarta
- Tarwoto, Aulawi. 2007. *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persyarafan*. Jakarta
- Wiwit, 2010. *Buku Saku Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC
- Yayasan Stroke Indonesia. 2006. *Angka Kejadian Stroke Terlalu Tajam*. <http://www.yastroki.or.id/read>. (tanggal akses 20 Januari 2018).
- Mawarti dan Farid. 2012. *Pengaruh latihan ROM terhadap peningkatan kekuatan otot pada klien stroke RSUD Powerkerto*. <http://www.jurnalkesehatan.ac.id/index.php/article/viewFile> (tanggal akses 21 januari 2018)
- Saputra dan Perry. 2013. *Gangguan ekstermitas pada klien Stroke dan fraktur di RSUD Powerkerto*. <http://www.jurnalekstermitas.ac.id/index.php/article/viewFile/30/33>.(tanggal akses 20 januari 2018).
- Pusat Hasil Penelitian Sari Stroke 2015. *Gangguan Mobilisasi*. <http://www.pusatpenelitian> (tanggal akses 20 januari 2018).