

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN
PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DENGAN INTERVENSI
INOVASI PEMBERIAN MOBILISASI DINI TERHADAP PENINGKATAN
KEKUATAN FUNGSIONAL DI RUANG STROKE CENTRE RSUD
ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA TAHUN 2017**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



DISUSUN OLEH :

NURWATI, S.Kep

1611308250411

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
SAMARINDA**

2017

**Analisis Praktik Klinik Keperawatan
pada Pasien Stroke non Hemoragik dengan Intervensi
Inovasi Pemberian Mobilisasi Dini terhadap Peningkatan
Kekuatan Fungsional di ruang Stroke Centre RSUD Abdul
Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2017**

Nurwati¹, Maridi M.Dirdjo²

INTISARI

Stroke adalah kehilangan fungsi otak yang di akibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak, sedangkan stroke non hemoragik suplai darah ke bagian otak terganggu akibat bekuan darah yang menyumbat pembuluh darah. Pada stroke non hemoragik ini, memungkinkan sekali adanya masalah keperawatan salah satunya hambatan mobilitas fisik dikarenakan adanya kelemahan, hambatan mobilitas fisik dapat di implementasikan secara sederhana yaitu pemberian tindakan mobilisasi dini dan rentang gerak sendi adalah latihan pergerakan dimana perawat atau petugas lain mengatur posisi dan menggerakkan persendian dari klien sesuai dengan rentang gerakanya sesuai standar operasional. Karya Ilmia Akhir Ners ini bertujuan untuk menganalisis intervensi mobilisasi dini dengan rentang gerak sendi untuk melihat peningkatan kekuatan fungsional pada pasien di Ruang Stroke Centre RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Hasil analisa menunjukkan terdapat adanya perubahan peningkatan otot pada pasien stroke non hemoragik dan tindakan ini harus rutin dilakukan oleh petugas perawat atau tenaga kesehatan lainnya, terutama pada pasien Stroke Non Hemoragik.

Kata Kunci: Stroke Non Hemoragik (SNH), Mobilisasi Dini, Peningkatan Kekuatan Fungsional

Analysis of Clinical Nursing Practice
Patient with Stroke non Haemorrhagic in Inovation Intervention
Early Mobilitation to Increase of Muscle Functional Strength
At Ward Stroke Centre RSUD Abdul Wahab Sjahranie of Samarinda 2017

Nurwati¹, Maridi M.Dirdjo²

ABSTRACT

Stroke is a loss of brain function caused by the cessation of blood supply into the brain, while the non-hemorrhagic stroke the blood supply to the brain is disrupted due to blood clots that clog arteries. On the non hemorrhagic stroke allows all the nursing problems one obstacle physical mobility, barriers to physical mobility can be implemented in a simple, namely the provision of early mobilization action and range of motion according to Operational Standard. Final nurses scientific aims to analyze the intervention setting the position of patient with range of motion to look at muscle functional strength in patient in the Stroke Centreward Abdul Wahab Sjahranie's Hospital Samarinda. The analysis shows there is a change in the patient's muscle functional enhancement Non Hemorrhagic Stroke and this action should be routinely performed by nurses or other health professional, especially on patient with Non Hemorrhagic stroke .

Keyword: Non Hemorrhagic Stroke, Early Mobilitation, Increase Muscle Functional Strength

BAB I

PENDAHULUAN

A Latar Belakang

Stroke merupakan salah satu masalah kesehatan besar dalam kehidupan modern saat ini. Jumlah penderitanya semakin meningkat setiap tahun, tidak hanya menyerang usia tua tetapi juga menyerang usia muda dan produktif. Menurut Lewis (2011), stroke merupakan keadaan ketika ada iskemia (aliran darah tidak adekuat) menuju bagian otak, atau perdarahan di dalam otak yang mengakibatkan kematian sel otak.

Di era globalisasi ini yang diikuti dengan perkembangan dan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi menyebabkan perubahan gaya hidup masyarakat yang semakin modern yang serba instan dan praktis. Hal tersebut mengakibatkan orang semakin malas untuk beraktivitas dan menjalankan pola hidup sehat, sehingga memberikan kecenderungan baru dalam pola penyakit di masyarakat yang memiliki andil besar terhadap pola fertilitas, gaya hidup, dan social ekonomi yang memacu timbulnya pergeseran pola penyakit. Kondisi tersebut di atas dibuktikan dengan peningkatan penyakit tidak menular, salah satunya penyakit stroke (Irfan, 2010). Stroke dibagi menjadi dua, yaitu stroke hemoragik dan stroke non hemoragik

Stroke sebagian besar disebabkan oleh kombinasi dari beberapa faktor resiko seperti hipertensi, merokok, penyakit jantung, diabetes melitus, obesitas, kurang aktivitas fisik, makanan yang tidak sehat, usia, jenis kelamin, dan ada riwayat keluarga yang menderita stroke (Lewis, 2009). WHO memprediksi, kematian akibat stroke akan meningkat seiring dengan kematian akibat

penyakit jantung dan kanker, yaitu kurang lebih 6 juta pada tahun 2010 menjadi 8 juta pada tahun 2030. Data Amerika Serikat menunjukkan setiap 45 detik terjadi kasus stroke, dan setiap 4 detik terjadi kematian akibat stroke (WHO, 2011). Hasil kongres stroke sedunia, dalam skala global stroke sekarang dalam peringkat kedua penyebab kematian dan merupakan faktor utama penyebab kecacatan serius (Yastroki, 2012). Di kawasan Asia tenggara terdapat 4,4 juta orang mengalami stroke (WHO, 2010).

Di Indonesia sendiri insiden stroke meningkat dari tahun ke tahun seiring bertambahnya umur harapan hidup dan perubahan gaya hidup masyarakat. Prevalensi stroke di Indonesia pada tahun 2007 yaitu 8,3 per 1000 penduduk (Risikesdas, 2010). Pada tahun 2013 terjadi peningkatan kejadian stroke yaitu 12,1 per 1000 penduduk (Risikesdas, 2013). Data yang di peroleh dari Dinas kesehatan Provinsi Kalimantan Timur tahun 2016 didapatkan data bahwa stroke merupakan penyebab kematian nomor 4 di Kota Samarinda setelah penyakit jantung, hipertensi, dan ketuaan lansia dengan persentase 13,2% dari 460 kasus (Dinkes Kaltim, 2016). Berdasarkan data dari rekam medis Ruang Stroke Center melalui pengumpulan data didapatkan hasil bulan Januari sampai bulan Mei 2017, jumlah total pasien yang dirawat inap di Ruang Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda sebanyak 265 orang. Pasien yang dirawat dengan stroke hemoragik berjumlah 127 orang dan pasien dengan stroke non haemoragik berjumlah 138 orang.

Pada penelitian ini peneliti mengambil bahan kajian stroke non hemoragik, karena kondisi pasien ini dimungkinkan untuk diberikan latihan pemberian mobilisasi dini daripada pasien dengan stroke hemoragik. Hal itu

dikarenakan adanya perbedaan dari etiologi keduanya, yaitu stroke non hemoragik yang disebabkan karena adanya hambatan atau sumbatan pada pembuluh darah otak tertentu, sehingga daerah otak tidak diperdarahi oleh pembuluh darah tersebut, yang menyebabkan tidak mendapat pasokan energi dan oksigen yang cukup, sedangkan stroke hemoragik disebabkan pecahnya pembuluh darah (Muttaqin, 2009). Apabila aliran darah ke otak cepat dan semakin lancar. Padahal pembuluh darah otak pecah, dimungkinkan akan meningkatkan tekanan intrakranial melebihi rentang normal (0-15 mmHg) yang sering disebut hipertensi intrakranial. Salah satu faktor risiko terjadinya serangan stroke (Sofwan, 2010).

Serangan stroke dapat menyebabkan kelemahan dan kelumpuhan pada salah satu atau bahkan kedua sisi bagian tubuh pasien (Junaidi, 2008).Kelemahan ini bisa menimbulkan kesulitan saat berjalan dan beraktivitas.Hal ini mengharuskan pasien immobilisasi. Padahal dengan immobilisasi tersebut, pasien akan kehilangan kekuatan otot rata-rata 3% sehari (atropi disuse) (Kozier, et.al., 2009). Ketika merawat klien yang mengalami gangguan mobilisasi aktual atau potensial, maka perawat menyusun intervensi yang langsung mempertahankan mobilisasi sendi maksimum.Salah satu intervensi keperawatan tersebut adalah latihan mobilisasi dini (Perry & Potter, 2008).

Program rehabilitasi dibutuhkan untuk meminimalkan kecacatan yang ditimbulkan paska serangan stroke, salah satu bagian dari rehabilitasi adalah melakukan mobilisasi dini. Pada penderita stroke trombosis dan emboli, jika tidak ada komplikasi lain, mobilisasi dapat dimulai hari ke 2-3 setelah

serangan stroke, sedangkan pada stroke iskemik dengan infark miokard, mobilisasi dimulai setelah minggu ke-3, tetapi jika penderita segera menjadi stabil dan tidak didapatkan aritmia, mobilisasi yang hati-hati dapat dimulai pada hari ke-10 (Hamid, 2010). Sesuai juga dengan Harsono (2010) mengemukakan bahwa program mobilisasi segera dijalankan oleh tim, biasanya aktif dimulai sesudah prosesnya stabil, 24-72 jam sesudah serangan kecuali pada perdarahan. Tindakan mobilisasi pada perdarahan subaraknoid dimulai 2-3 minggu sesudah serangan.

Mobilisasi dini meliputi pemberian posisi sebagai bentuk latihan rehabilitasi yang efektif dan latihan Range of Motion (ROM) digunakan untuk mencegah kecacatan pada pasien stroke. Menurut Kozier (1995) dalam Puspawati (2010) menyatakan bahwa ROM menggambarkan gerakan yang sistematis dengan menampilkan rangkaian latihan 2x -3x sehari. Puspawati (2010) menyatakan bahwa pemberian 2x latihan ROM setiap hari pada pasien stroke iskemik lebih meningkatkan kekuatan otot daripada 1x/hari. Penelitian Utomo Wasisto (2010) menyebutkan latihan ROM menggunakan bola karet 3x/hari pada tangan yang mengalami hemiparesis dapat meningkatkan kemampuan otot tangan tersebut. Karena adanya perbedaan inilah yang menarik peneliti untuk melihat efektifitas pemberian mobilisasi dini terhadap kekuatan otot, tonus otot dan kemampuan motorik fungsional hemiparise paska stroke iskemik dalam berbagai frekuensi latihan.

Berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik melakukan analisis praktik klinik keperawatan pada pasien stroke non haemoragik dengan pemberian

latihan mobilisasi dini terhadap peningkatan pemulihan fungsional di Ruang Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

B Perumusan Masalah

Perumusan masalah pada KIAN ini adalah “Bagaimana gambaran analisis pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien stroke non haemoragik dengan pemberian mobilisasi dini terhadap peningkatan pemulihan fungsional di Ruang Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

C Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini bertujuan untuk melakukan analisa terhadap kasus kelolaan pada klien dengan diagnosa medis stroke non haemoragik di Ruang Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis kasus kelolaan dengan diagnose medis stroke non haemoragik
- b. Menganalisis intervensi latihan mobilisasi dini terhadap peningkatan pemulihan fungsional pada klien dengan diagnosa stroke non haemoragik.

D Manfaat Penulisan

1. Manfaat Aplikatif

a. Bagi pasien

Dapat menerima asuhan keperawatan yang lebih berkualitas terutama untuk meningkatkan kekuatan otot dan mampu memperbaiki kualitas

hidup hidup pasien.

b. Bagi perawat

Sebagai bahan masukan berupa intervensi yang bisa diterapkan dilahan rumah sakit khususnya di Ruang Stroke Center untuk meningkatkan pengetahuan dalam penanganan pasien stroke yang mengalami kelemahan otot.

c. Bagi tenaga kesehatan

Hasil penulisan ini diharapkan dapat meningkatkan peran serta perawat dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke untuk berkolaborasi dalam meningkatkan kekuatan fungsional otot pasien, sehingga kelemahan otot pasien dapat tertangani dengan maksimal.

2. Manfaat keilmuan

a. Bagi penulis

Meningkatkan kemampuan menulis dalam melakukan analisa pada pasien stroke khususnya pada pasien stroke yang mengalami kelemahan otot sehingga dapat menambah wawasan dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang lebih baik serta menambah pengetahuan penulis dalam membuat karya ilmiah.

b. Bagi peneliti

Untuk peneliti selanjutnya dapat dijadikan acuan data guna melakukan penelitian pada klien stroke non haemoragik dengan aplikasi latihan mobilisasi dini.

c. Bagi Rumah Sakit

Memberikan masukan untuk meningkatkan pelayanan rumah sakit dalam intervensi keperawatan berupa latihan mobilisasi dini pada pasien stroke demi mencegah komplikasi lain yang mungkin terjadi.

d. Bagi pendidikan

Menjadi bahan tambahan referensi mengenai pengaruh latihan mobilisasi dini pada pasien stroke untuk meningkatkan kekuatan fungsional otot pada pasien sehingga menambah pengetahuan dan meningkatkan kualitas pendidikan di institusi

BAB IV

ANALISA SITUASI

A Profil RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda

1. Profil Rumah Sakit

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) A. Wahab Sjahranie terletak di jalan Palang Merah Indonesia Kecamatan Samarinda Ulu Kota Samarinda. RSUD A. Wahab Sjahranie sebagai Top Referral dan sebagai Rumah Sakit Kelas A satu-satunya di Kalimantan Timur terhitung mulai bulan Januari 2014. Jenis-jenis pelayanan RSUD Abdul Wahab Sjahranie pada tahun 2016-2017 antara lain: kateterisasi jantung, bedah jantung, stroke center dan perawatan luka modern di poliklinik yang saat ini sedang dikembangkan. Misi RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yaitu meningkatkan akses dan kualitas pelayanan berstandar internasional serta mengembangkan RS sebagai pusat penelitian. Motto RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda BAKTI, B: Bersih, A: Aman, K: Kualitas, T: Tertib, I: Informatif.

2. Profil Ruang Stroke Center

Stroke centre adalah ruang perawatan khusus untuk pasien stroke yang dirawat selama waktu tertentu untuk didiagnosa, diobati dan direhabilitasi oleh multidisiplin terpadu sampai kondisi medis stabil. Pelayanan Stroke Center berada dibawah instalasi rawat inap (IRNA) dan termasuk perawatan high care. Pelayanan stroke centre diberikan kepada pasien yang mengalami stroke, baik yang dikarenakan sumbatan

atau perdarahan sejak awitan <7 hari sebagai stroke pertama maupun berulang yang membutuhkan pelayanan, pengobatan dan perawatan, observasi hingga rehabilitasi. Ruang Stroke Centre memiliki ruangan perawatan yang terdiri dari 16 tempat tidur perawatan public dilengkapi AC, lemari pasien dan meja makan pasien, alat monitoring bed side, infuse pump, syringe pump, bed elektrik, blanked warm, oksigen dan suction sentral disaat pasien membutuhkan. Terdapat juga 5 ruangan perawatan private yang difasilitasi AC, TV, Lemari Es, Shower air panas dan dingin, Lemari pakaian dan sofa Bed untuk keluarga pasien.

Stroke centre juga memiliki sarana kolam renang untuk Hidroterapi pasien pasca stroke dan ruang Gymnasium, ruang terapi Wicara, ruang terapi Okupasi untuk rehabilitasi pasien dan ruang Otrhoproestetik. Nurse station berada di dua station, satu terletak di ruang perawatan biasa yaitu di ruang tengah di antara ruangan pasien, dan yang kedua terletak di dekat kamar Vip untuk memudahkan dalam monitoring pasien. Ruang Stroke Centre RSUD Abdul Wahab Sjahranie memiliki struktur organisasi yang diantaranya 1 kepala ruangan dan 1 CCM serta 29 orang perawat pelaksana dengan klasifikasi pendidikan S1 ners sebanyak 5 orang, DIV sebanyak 1 orang dan D III sebanyak 23 orang.

B Analisis Masalah Keperawatan

Asuhan keperawatan pada Ny. B dengan usia 56 tahun dengan diagnose medis SNH yang dirawat sejak tanggal 17 Juni 2017 dengan diagnosa keperawatan pertama yang muncul yaitu resiko ketidakefektifan

perfusi jaringan otak dapat muncul karena pasien mengalami penyumbatan pembuluh darah pada otak. Data Subyektif yang ditemukan: Klien mengatakan kepalanya pusing, nyeri di daerah tengkuk leher, sedangkan data obyektif yang ditemukan: klien selalu tidur, kesadaran klien: CM, GCS: 13, CRT: <2 detik, KU Lemah, reaksi pupil: isokor, TTV: TD: 160/90mmHg, N: 88x/I, RR: 20 x/I, T: 36,8oC, SpO2 99%, CT scan : Acute infarction sinistra. Masalah keperawatan ini timbul karena adanya sumbatan thrombus yang mengganggu suplai darah ke jaringan cerebral tidak adekuat. Jika aliran darah ketiap bagian otak terhambat karena thrombus, maka mulai terjadi kekurangan suplai oksigen ke jaringan otak. Kekurangan oksigen dalam 1 menit dapat menunjukkan gejala yang dapat pulih seperti kehilangan kesadaran. Sedangkan kekurangan oksigen dalam waktu yang lebih lama menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron-neuron, area yang mengalami nekrosis disebut infark.

Pada masalah kedua penulis mendapatkan masalah hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Data subyektif yang ditemukan: Klien mengatakan lemah di anggota gerak sebelah kanan. Data obyektif yang ditemukan: aktivitas di tempat tidur kekuatan otot:

3	5
3	5

Keluhan utama klien adalah lemah bagian tubuh sebelah kanan. Pada SNH terjadi penyumbatan di pembuluh darah otak yang disebabkan oleh thrombosis sehingga jumlah darah yang mengalir ke daerah distal dari penyumbatan berkurang ke daerah tersebut juga mengalami kekurangan oksigen akibatnya daerah tersebut menjadi iskemik, dimana terjadi penekanan perfusi rendah, penyediaan oksigen menurun, CO₂ dan asam laktat tertimbun.

Pembuluh darah di bagian pusat daerah iskemik kehilangan tonus dan terjadi proses degeneratif akibat oedema serebri sehingga terjadi infark dan timbul manifestasi defisit neurologik yang berupa hemiparese yang bersifat kontralateral dari daerah lesi di otak sehingga klien memiliki diagnosa hambatan mobilitas fisik.

Pada masalah ketiga penulis mendapatkan masalah defisit perawatan diri: eliminasi berhubungan dengan hambatan mobilitas. Data subyektif yang ditemukan: Pasien mengatakan tidak bisa membersihkan BAB sendiri. Data Obyektif yang ditemukan: pasien dibantu anaknya, pasien bedrest, kekuatan

otot:

3		5
<hr/>		
3		5

Pada masalah keperawatan ini muncul akibat adanya penurunan kekuatan otot sehingga pasien tidak dapat memenuhi kebutuhan perawatan dirinya. Masalah tersebut dapat muncul karena klien mengalami penurunan kekuatan otot yang mengakibatkan penurunan fungsional serta keterbatasan rentang gerak. Klien menjadi bergantung pada orang lain dalam hal pemenuhan kebutuhan dasar termasuk membersihkan diri ketika setelah eliminasi.

Kondisi klien yang sering berada di tempat tidur dan dalam kondisi imobilitas, menyebabkan klien sering berkeringat, melakukan kegiatan BAB di tempat tidur, menyebabkan masalah defisit perawatan diri muncul. Dari kondisi tersebut akhirnya penulis mendapatkan data untuk menegakkan diagnosa defisit perawatan diri.

Pada masalah keempat penulis mendapatkan masalah ansietas berhubungan dengan situasimenderita penyakit stroke dengan kelemahan.Data subyektif yang ditemukan: klien mengatakan lemah di tangan dan kaki sebelah kanan, klien mengatakan tidak bisa lagi mengerjakan pekerjaan ibu rumah tangga dirumah seperti semula. klien mengatakan terkadang menolak apabila ada yang memegang kaki dan tangan kanannya yang sakit. Sedangkan data Obyektif: Klien menolak bila ada yang memegang tangan dan kaki yang lemah, klien terlihat minder saat ada yang melihat tangan dan kaki yang lumpuh. Berbagai masalah yang mungkin dialami oleh pasien stroke diantaranya kelumpuhan atau kelemahan akan berdampak pada kemampuannya dalam melakukan kegiatan kesehariannya bahkan kebutuhan yang sangat dasar sekalipun, seperti: makan, berpakaian, berkemih, kebersihan diri, dan lainnya.

Ketergantungan individu dengan stroke terhadap orang lain dalam melakukan aktifitas sehari-hari berdampak terhadap kondisi psikologis pasien stroke. Perubahan tubuh yang dialami klien stroke memberikan pengaruh secara signifikan terhadap kehidupannya dimana terjadi penurunan yang signifikan terhadap semua tindakan dan perilakunya yang juga berdampak besar pada harga dirinya. Perubahantubuh pada penderita stroke dengan berbagai respon yang ditimbulkannya akan berimbas pada terjadinya gangguan ansietas pada pasien.

Dari keempat masalah keperawatan di atas, sehubungan dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan otot penulis tertarik melakukan intervensi inovatif mobilisasi dini berupa mengatur

positioning pasien miring kiri dan kanan per dua jam dan melatih rentang gerak pasif pada ekstremitas kanan atas dan bawah selama 15 menit. Intervensi ini bertujuan untuk meningkatkan kekuatan fungsional pasien stroke yang mengalami kelemahan. Beberapa studi telah dilakukan untuk membuktikan keefektifan mobilisasi dini terhadap peningkatan kekuatan otot pasien stroke diantaranya Puspitasari (2013) dengan judul efektifitas mobilisasi dini terhadap kekuatan otot pada pasien stroke di ruang teratai RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso menunjukkan mobilisasi dini efektif terhadap kekuatan otot pada pasien stroke.

C. Analisis Intervensi Inovasi

Pada *Nursing Intervention Classification* (NIC) mobilisasi dini penulis melakukan intervensi dini untuk mengatasi masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot pada klien Ny. B. Intervensi ini dilakukan pada tanggal 18,19,20 Januari 2017. Intervensi yang dilakukan diawali dengan mengkaji kekuatan otot awal klien. Saat pertama kali melakukan mobilisasi dini, penulis melakukan konsultasi dengan perawat ruangan untuk menanyakan kondisi pasien memungkinkan untuk mendapat latihan atau tidak. Selanjutnya penulis didampingi perawat ruangan dalam memberikan latihan. Adapun hasil evaluasinya pada tabel 4.1 sebagai berikut:

Tabel 4.1 Evaluasi peningkatan pemulihan fungsional

Hari/ Tanggal	Kekuatan fungsional sebelum latihan mobilisasi dini	Kekuatan fungsional sesudah latihan mobilisasi dini
Minggu, 18-06-2017	$\begin{array}{c c} 3 & 5 \\ \hline 3 & 5 \end{array}$	$\begin{array}{c c} 3 & 5 \\ \hline 3 & 5 \end{array}$
Jumat, 19-06-2017	$\begin{array}{c c} 3 & 5 \\ \hline 3 & 5 \end{array}$	$\begin{array}{c c} 3 & 5 \\ \hline 3 & 5 \end{array}$
Sabtu, 20-06-2017	$\begin{array}{c c} 3 & 5 \\ \hline 3 & 5 \end{array}$	$\begin{array}{c c} 4 & 5 \\ \hline 4 & 5 \end{array}$

Dari tabel di atas menunjukkan bahwa terjadi peningkatan fungsional setelah latihan mobilisasi dan rentang gerak pasif diberikan selama 3 hari perawatan dengan frekuensi 2 kali sehari dilakukan selama 15 menit. Hal ini sejalan dengan penelitian Puspitasati (2014) dengan judul Efektifitas Mobilisasi Dini Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Di Ruang Teratai Rsud Dr. H. Koesnadi Bondowoso. Berdasarkan hasil uji statistik menggunakan Paired t-test menunjukkan mobilisasi dini efektif terhadap kekuatan otot pada pasien stroke di ruang Teratai RSUD dr. H Koesnadi Bondowoso dengan p value = 0,000; $\alpha = 0,05$.

Mobilisasi dini merupakan salah satu bentuk rehabilitasi awal pada penderita stroke. Mobilisasi dini adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan

massa otot dan tonus otot (Potter & Perry, 2008). Menurut Guyton (2007), mekanisme kontraksi dapat meningkatkan otot polos pada ekstremitas. Latihan mobilisasi dini dapat menimbulkan rangsangan sehingga meningkatkan aktivasi dari kimiawi, neuromuskular dan muskular. Otot polos pada ekstremitas mengandung filamen aktin dan myosin yang mempunyai sifat kimiawi dan berintraksi antara satu dan lainnya. Proses interaksi diaktifkan oleh ion kalsium, dan adeno triphospat (ATP), selanjutnya dipecah menjadi adeno difosfat (ADP) untuk memberikan energi bagi kontraksi otot ekstremitas.

Rata-rata kekuatan otot meningkat satu tingkatan pada setiap artikulasi setelah dilakukan mobilisasi dini, namun ada juga dari beberapa pasien pada artikulasi tertentu tidak mengalami peningkatan kekuatan fungsi, hal ini terjadi bisa saja karena frekuensi serangan yang lebih dari satu kali, sehingga untuk merehabilitasi pasien stroke dengan frekuensi serangan yang berulang lebih sulit, karena kerusakan pada otak lebih parah dari pada kerusakan otak pada pasien yang baru pertama kali mengalami serangan stroke. Oleh sebab itu mobilisasi dini dengan latihan rentang gerak pasif perlu dilakukan guna merehabilitasi pasien stroke yang mengalami hemiparese (Irfan, 2010).

Mobilisasi dini dengan latihan kontinu per dua jam miring kiri dan kiring kekanan ditambah dengan ROM (*Range Of Motion*) dapat diterapkan dengan aman sebagai salah satu terapi yang memberikan dampak positif baik secara fisik maupun psikologis. Latihan ringan seperti mobilisasi dini memiliki beberapa keuntungan antara lain lebih mudah dipelajari dan diingat

oleh pasien dan mudah diterapkan dengan biaya yang murah yang dapat diterapkan oleh keluarga atau penderita stroke di rumah.

D. Alternatif Pemecahan Masalah

Intervensi inovasi yang dilakukan pada pasien dengan stroke non haemoragik di ruang stroke centre adalah mobilisasi dini. Alternatif pemecahan masalah yang perlu dilakukan bagi perawat ruangan yaitu menjadikan intervensi mobilisasi dini ini sebagai salah satu intervensi sederhana untuk meningkatkan kekuatan otot mengatasi masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

Perawat ruangan juga perlu memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang tujuan dan prosedur tindakan mobilisasi dini baik berupa diskusi atau pemberian leaflet serta dapat melibatkan keluarga pasien dalam intervensi tersebut sehingga keluarga pasien dapat menjadi tenang dan dapat melakukan latihan mobilisasi dini ketika pasien nanti dirawat di rumah.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil intervensi dan pembahasan pada bab sebelumnya, maka dapat diambil kesimpulan bahwa:

1. Setelah hasil dari pengkajian diagnosa keperawatan yang muncul adalah Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Cerebral berhubungan dengan gangguan cerebrovaskuler, Hambatan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan anggota gerak dan Ansietas Keluarga berhubungan dengan kritis situasional.
2. Salah satu masalah utama keperawatan pada klien dengan Stroke Non Hemoragik adalah Hambatan mobilitas fisik akibat tirah baring lama dan karena kelemahan otot.
3. Dari hasil analisa intervensi inovasi yang diberikan pada Ny B terlihat bahwa setelah dilakukan tindakan intervensi mobilisasi dini dengan rentang gerak pasif terjadi perubahan peningkatan kekuatan otot dihari ke tiga.

B. Saran

1. Institusi akademis

Institusi akademis sebaiknya lebih banyak mengadakan diskusi mengenai penerapan tindakan pemberian mobilisasi Dini khususnya pada diagnose medis stroke non hemoragik, sehingga mahasiswa mampu

meningkatkan cara berpikir kritis dalam menerapkan intervensi mandiri keperawatan sesuai standar operasional yang sesuai.

2. Perawat

Perawat lebih banyak memberikan pelayanan secara maksimal sehingga mampu meningkatkan kualitas hidup klien untuk terhindar dari deformitas tulang, kekakuan pada sendi dan kelemahan kekuatan otot.

3. Mahasiswa

Mahasiswa seharusnya lebih banyak menerapkan tindakan Mobilisasi dini Selain terhadap pasien yang dikelolanya kepada pasien lain dapat diterapkan, sehingga mahasiswa lebih mahir dalam pelaksanaannya dan juga mahasiswa harus lebih banyak belajar dan mencari referensi lebih banyak baik dari buku maupun jurnal penelitian terbaru mengenai Mobilisasi dini pada pasien stroke.

DAFTAR PUSTAKA

Batticaca Fransisca, C. 2008. Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan. Jakarta : Salemba Medika

Hardi Kusuma (2012). Hand Book Health Student. Yogyakarta: Media Action

Hardi Kusuma (2013). Asuhan Keperawatan NANDA NIC-NOC. Yogyakarta: Media Action

Havid Maimurahman. Keefektifan Range Of motion (ROM) terhadap kekuatan otot ekstremitas pada pasien stroke. Di unduh pada tanggal 27 Juli 2017

Irfan. 2013. Stroke : Aspek Diagnosis, Patofisiologi, Manajemen. Jakarta : Badan Penerbit FKUI

Kozier, B., Erb, G., Berman, A. and Shirlee J. Snyder, alih bahasa Pamilih Eko Karyuni, dkk. 2010. Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep Proses dan Praktik edisi VII Volume 1. Jakarta : EGC

Muttaqin, Arif, 2008, Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan, Jakarta: Salemba Medika

NANDA. (2012). Panduan Diagnosa keperawatan NANDA 2012-2014, definisi dan klasifikasi. Philadhelpia

Puspitasari, Diah, 2014, Efektifitas Mobilisasi Dini Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Di Ruang Teratai Rsud Dr. H. Koesnadi Bondowoso, UMJ

Wilkinson, Judith M. 2012. Buku Saku Diagnosis Keperawatan. Jakarta: EGC

World Health Organization, 2014. Atlas Country Resources for Neurological Disorders 2014. Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization.