

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Stroke**

##### **1. Pengertian**

Stroke adalah penyakit atau gangguan fungsional otak ketika terjadi defisit neurologis akibat terhambatnya peredaran darah ke otak. Gangguan peredaran darah berupa tersumbatnya atau pecahnya pembuluh darah di otak. Berkurangnya pasokan oksigen ke otak menyebabkan iskemia dan nekrosis sel dalam otak. Gangguan fungsi otak ini menimbulkan gejala stroke seperti kelumpuhan hingga kematian yang bergantung pada area dan ukuran yang terkena, serta lama waktu aliran darah menurun atau terhenti. Kehilangan suplai darah yang hebat dapat menyebabkan disabilitas berat hingga berujung kematian (LeMone, Burke, & Bauldoff, 2016).

Terdapat dua klasifikasi cedera serebrovaskular secara umum, yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik. (Haryono & Utami, 2019)

##### **2. Etiologi**

###### **a. Stroke Iskemik**

Stroke jenis ini terjadi ketika arteri ke otak menyempit atau terhambat yang menyebabkan berkurangnya aliran darah (iskemia).

Stroke iskemik dibedakan menjadi dua, yaitu:

- 1) Stroke trombotik, terjadi ketika gumpalan darah (thrombus) terbentuk di salah satu arteri yang memasok darah ke otak.

Gumpalan tersebut disebabkan adanya plak (deposit lemak) yang menumpuk di arteri dan menyebabkan berkurangnya aliran darah (aterosklerosis) (Haryono & Utami, 2019).

2) Stroke emboli, terjadi ketika gumpalan darah (embolus) menyebar dari otak melalui aliran darah. Stroke emboli berkembang setelah oklusi arteri oleh embolus yang terbentuk di luar otak. Embolus disebabkan oleh jantung setelah infark miokardium atau fibrilasi atrium, dan embolus yang merusak arteri karotis atau aorta (Corwin, 2009 dalam Haryono & Utami, 2019)

b. Stroke Hemoragik

Stroke jenis ini terjadi akibat pecahnya pembuluh darah di otak atau mengalami kebocoran. Faktor predisposisi stroke hemoragik yang utama adalah peningkatan tekanan darah yang menyebabkan perubahan struktur pada pembuluh darah. Peningkatan tekanan darah yang mendadak dapat menyebabkan pembuluh darah pecah. Selain itu, pendarahan otak juga dapat disebabkan oleh overtreatment dengan antikoagulan (pengencer darah), serta melemahnya dinding pembuluh darah (aneurisma). Adapun jenis stroke hemoragik antara lain:

1. Perdarahan intraserebral, yaitu kondisi ketika pembuluh darah di otak pecah dan menyebar ke jaringan otak di sekitarnya sehingga menyebabkan rusaknya sel-sel otak. Perdarahan intraserebral

dapat disebabkan oleh tekanan darah tinggi, trauma, malaformasi vascular, dan penggunaan obat pengencer darah.

2. Perdarahan Subaraknoid, disebabkan oleh aneurisma serebral atau kelainan arteri pada dasar otak. Aneurisma serebral merupakan area kecil bulat atau tidak teratur yang mengalami pembengkakan di arteri. Parahnya pembengkakan ini menyebabkan dinding pembuluh darah melemah dan rawan pecah. Aneurisma serebral pada beberapa penderita dialami sejak lahir dengan perkembangan yang lambat

### **3. Faktor risiko stroke**

Faktor risiko stroke menurut Haryono & Utami, 2019 antara lain:

- a. Faktor risiko gaya hidup, meliputi obesitas, tingkat aktivitas yang rendah, alkoholisme, merokok, serta penyalahgunaan obat: narkotika
- b. Faktor risiko medis, meliputi hipertensi, penyakit kardiovaskuler: gagal jantung, serangan jantung, riwayat stroke, hiperlipidemia, serta DM
- c. Faktor lain yang terkait dengan stroke, meliputi usia (risiko tinggi diatas usia 55 tahun), ras (risiko tinggi ras Afrika-Amerika), jenis kelamin (risiko tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan), serta hormon (dipengaruhi penggunaan alat kontrasepsi atau terapi hormon, serta selama proses kehamilan dan persalinan)

#### 4. Patofisiologi

Infark serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (thrombus, emboli, perdarahan dan spasme vaskuler) atau oleh karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung).

Atherosklerotik sering/cenderung sebagai faktor penting terhadap otak, thrombus dapat berasal dari plak arterosklerotik, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, dimana aliran darah akan lambat atau terjadi turbulensi. Thrombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Thrombus dapat mengakibatkan iskemia jaringan otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan., serta terjadinya edema dan kongesti disekitar area yang menyebabkan disfungsi yang lebih besar daripada area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema pasien mulai menunjukkan perbaikan,CVA. Karena thrombosis biasanya tidak fatal, jika tidak terjadi perdarahan masif. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti thrombosis. Jika terjadi septik infeksi akan meluas pada dinding pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau

jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah.

Hal ini akan menyebabkan perdarahan cerebral, jika aneurisma pecah atau ruptur. Perdarahan pada otak lebih disebabkan oleh ruptur 11 arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan menyebabkan kematian dibandingkan dari keseluruhan penyakit cerebro vaskuler. Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang anoksia cerebral. Perubahan disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversibel untuk jangka waktu 4-6 menit. Perubahan irreversibel bila anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi salah satunya cardiac arrest (T. Nugroho, Putri, & Putri, 2016)

## **5. Tanda dan gejala stroke**

Adapun tanda dan gejala dari stroke meliputi terjadinya defisit motorik, defisit sensoripersepsi, gangguan komunikasi, perubahan kognitif dan perilaku, disfungsi 12 saraf kranial, disfungsi kemampuan sensorik, dan menurunnya refleks otot, serta gangguan eliminasi (LeMone et al., 2016)

## **6. Komplikasi stroke**

Stroke dapat menyebabkan kecacatan sementara hingga permanen yang tergantung dari berapa lama otak kekurangan aliran darah serta bagian mana yang terdampak. Komplikasi akibat stroke meliputi hipoksia serebral, penurunan aliran darah serebral, embolisme serebral, pneumonia aspirasi, ISK, inkontinensia, kontraktur, tromboflebitis,

abrasi kornea, dekubitus, encephalitis, gagal jantung, disritmia, hidrosepalus, vasospasme (T. Nugroho et al., 2016)

## **7. Pemeriksaan diagnostik**

Adapun pemeriksaan yang diperlukan untuk menentukan risiko stroke untuk mengevaluasi jenis stroke dan area otak yang terkena stroke pada penderita, meliputi pemeriksaan fisik, tes darah, CT-Scan, MRI, USG karotis, angiogram serebral, ekokardiogram (Haryono & Utami, 2019)

## **8. Penatalaksanaan stroke**

Penatalaksanaan stroke secara umum adalah sebagai berikut.

### **a. Penatalaksanaan keperawatan fase akut**

- 1) Mempertahankan jalan nafas dengan pemberian oksigen dan mengatur posisi pasien
- 2) Membersihkan lendir dari jalan nafas
- 3) Monitoring fungsi nafas, cek analisa gas darah, observasi gerakan dada
- 4) Mengkaji tanda vital secara periodic sesuai kondisi pasien
- 5) Mengkaji status neurologik: GCS, fungsi motorik dan sensorik, fungsi saraf kranial, dan refleks
- 6) Monitoring keseimbangan cairan dan elektrolit
- 7) Mengkaji kemampuan menelan

### **b. Penatalaksanaan keperawatan fase pasca akut**

- 1) Melakukan personal hygiene
- 2) Monitor tanda vital, status neurologis, dan fungsi kognitif

- 3) Melibatkan pasien dalam personal hygiene sesuai kemampuan
- 4) Melatih ROM pasif atau aktif 3-4 kali sehari
- 5) Merubah posisi setiap 2 jam sekali
- 6) Meninggikan tempat tidur 30 derajat
- 7) Memantau bersihan jalan nafas, anjurkan latihan batuk efektif
- 8) Monitoring sistem eliminasi dan keseimbangan cairan
- 9) Melatih bladder training atau fisioterapi dada sesuai indikasi
- 10) Mengobservasi komplikasi seperti pneumonia, emboli paru, serta infark miokard (Widyanto & Triwibowo, 2013).

## **B. Konsep Gangguan Mobilitas Fisik**

### **1. Pengertian**

Gangguan mobilitas fisik menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016 merupakan ketidakmampuan untuk bergerak secara bebas dimana gerakan menjadi terbatas yang disebabkan oleh kondisi pasien antara lain penyakit, trauma atau kecacatan disebut dengan imobilisasi (Sutanto & Fitriana, 2017)

### **2. Etiologi**

Penyebab terjadinya gangguan mobilitas fisik antara lain penurunan kekuatan otot, kekakuan sendi, gangguan neuromuskular, serta kondisi klinis terkait yaitu stroke turut menjadi penyebab pasien mengalami masalah gangguan mobilitas fisik (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

### **3. Gejala dan tanda**

Gejala dan tanda gangguan mobilitas fisik menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016 yaitu:

#### **a. Mayor**

Data subjektif yaitu mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, sedangkan data objektif yaitu kekuatan otot menurun, dan rentang gerak menurun

#### **b. Minor**

Data subjektif yaitu nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, dan merasa cemas saat bergerak. Data objektif yaitu sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, dan fisik lemah.

### **4. Kondisi klinis terkait**

Kondisi klinis terkait gangguan mobilitas fisik yaitu stroke, cedera medulla spinalis, trauma, fraktur, osteoarthritis, osteomalasia, dan keganasan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

### **5. Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan gangguan mobilitas fisik menurut (Saputra, 2013) yaitu:

- a. Pengaturan posisi tubuh sesuai dengan kebutuhan pasien misalnya memiringkan pasien, memposisikan *fowler*, *sims*, *trendelenburg*, *genupectoral*, *dorsal recumbent*, serta *litotomi*.



- b. Ambulasi dini, yaitu tindakan untuk meningkatkan kekuatan dan ketahanan otot serta fungsi kardiovaskuler. Tindakan yang dapat dilakukan adalah melatih duduk dan turun di tempat tidur, serta bergerak ke kursi roda.
- c. Melakukan aktivitas sehari-hari, untuk melatih kekuatan, ketahanan, dan kemampuan sendi sehingga mudah bergerak dan meningkatkan fungsi kardiovaskuler.
- d. Latihan *Range of Motion* (ROM) pasif atau aktif  
Range Of Motion (ROM) merupakan latihan yang dilakukan untuk mempertahankan dan meningkatkan kekuatan otot, meningkatkan mobilitas sendi, merangsang peredaran darah, mencegah kecacatan akibat proses penyakit, mencegah kekakuan persendian, serta meningkatkan tonus otot. (Haryono & Utami, 2019)

## **C. Konsep Dasar Mobilisasi Dini**

### **1. Pengertian**

Mobilisasi merupakan kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya (Haswita & Sulistyowati, 2017).

Mobilisasi dini merupakan suatu usaha untuk sedini mungkin membimbing penderita beraktivitas di luar tempat tidur sehingga dapat mempertahankan fungsi aktivitas meliputi gerakan di tempat tidur,

duduk, berdiri dan berjalan (Bernhardt, English, Johnson, & Cumming, 2015)

## **2. Tujuan mobilisasi dini**

Mobilisasi bertujuan untuk meningkatkan kemandirian, meningkatkan kesehatan, memperlambat perkembangan penyakit penuaan, mencegah kecacatan, dan memenuhi kebutuhan aktualisasi diri (Rendi & TH, 2012). Adapun tujuan dilakukannya mobilisasi dini meliputi untuk meningkatkan range of motion, memperbaiki fungsi respirasi dan sirkulasi, membimbing seseorang untuk secara diri bergerak pada fungsi aktivitas meliputi bergerak di tempat tidur, duduk, berdiri dan berjalan, mencegah komplikasi, meningkatkan kesadaran akibat hemiplegi, meningkatkan keseimbangan duduk dan berdiri, serta memaksimalkan aktivitas perawatan diri ( Hoeman, 1996 dalam Purwanti & Maliya, 2008)

## **3. Indikasi mobilisasi dini**

Indikasi dalam mobilisasi dini meliputi stroke atau penurunan tingkat kesadaran, kelemahan otot, fase rehabilitasi fisik, serta penderita yang mengalami imobilisasi akibat tirah baring lama (Purwanti & Maliya, 2008).

## **4. Faktor yang memengaruhi mobilisasi**

Beberapa faktor yang memengaruhi mobilisasi menurut Haswita & Sulistyowati (2017) antara lain:

- a. Gaya hidup, dimana gaya hidup berdampak pada perilaku atau kebiasaan sehari-hari dan mempengaruhi mobilitas
- b. Proses penyakit / cedera, dimana proses penyakit dapat mempengaruhi fungsi sistem tubuh sehingga mempengaruhi kemampuan mobilitas.
- c. Kebudayaan, contohnya orang yang memiliki kebiasaan berjalan jauh memiliki kemampuan mobilitas yang kuat begitu pula sebaliknya ada orang yang mengalami gangguan mobilitas karena adat dan budaya tertentu dilarang untuk beraktivitas
- d. Tingkat energi, dimana energi merupakan sumber mobilitas dan diperlukan untuk dapat melakukan mobilitas dengan baik
- e. Usia, dimana semakin tua usia seseorang maka kemampuan mobilisasi akan semakin menurun sejalan dengan proses penuaan.

## **5. Jenis mobilisasi**

- a. Mobilisasi penuh, adalah kemampuan seseorang untuk bergerak bebas secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi sosial dan memenuhi kebutuhan sehari-hari. Mobilitas penuh merupakan fungsi saraf motorik volunter dan sensorik yang berperan dalam kontrol tubuh seseorang.
- b. Mobilisasi sebagian, adalah kondisi dimana individu tidak mampu bergerak secara bebas dan bergerak dengan batasan jelas akibat adanya gangguan pada saraf motorik dan sensorik. Pada penderita stroke dengan paraplegi mengalami mobilitas sebagian pada area

ekstremitas bawah akibat hilangnya kontrol pada persarafan tersebut.

Mobilitas sebagian dibedakan menjadi dua jenis, yaitu:

- 1) Mobilitas sebagian temporer, yaitu kemampuan bergerak dengan batasan sementara yang disebabkan oleh trauma reversibel pada sistem muskuloskeletal seperti pada sendi dan tulang
- 2) Mobilitas permanen, yaitu kemampuan bergerak dengan batasan yang bersifat permanen yang disebabkan oleh kerusakan sistem saraf reversibel seperti terjadinya hemiplegia akibat stroke, paraplegi akibat cedera tulang belakang, poliomyelitis akibat terganggunya saraf motorik dan sensorik.

## **6. Dampak mobilisasi**

Dengan dilakukannya mobilisasi dapat berdampak bagi pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik meliputi dapat memperbaiki kemampuan motorik dan sensorik, meningkatkan refleks otot, mempercepat proses penyembuhan, meningkatkan kemampuan pergerakan sendi, serta dapat meminimalkan kecacatan akibat hemiparesis (Rohayati, 2019)

## **7. Prosedur mobilisasi dini**

Adapun prosedur mobilisasi dini sebagai berikut (Purwanti & Maliya, 2008).

- a. Pelaksanaan mobilisasi dini posisi tidur
  - 1) Berbaring terlentang

Posisikan kepala, leher, dan punggung harus lurus. Letakkan bantal dibawah lengan dan paha yang lumpuh secara hati-hati, sehingga bahu terangkat ke atas dan posisi lutut agak ditekuk.

2) Miring ke sisi yang sehat

Bahu yang lumpuh harus menghadap ke depan dengan lengan memeluk bantal, siku di luruskan. Kaki yang lumpuh diletakkan di depan, letakkan bantal di bawah paha dan tungkai, kemudian tekuk lutut.

3) Miring ke sisi yang lumpuh

Lengan yang lumpuh menghadap ke depan, pastikan bahu penderita tidak memutar secara berlebihan. Tungkai sedikit ditekuk, tungkai yang sehat menyilang di atas tungkai yang lumpuh dengan diganjal bantal (Purwanti & Maliya, 2008)

b. Latihan rentang gerak sendi (*range of motion*) (Hoeman, 1996 dalam Purwanti & Maliya, 2008)

1) Latihan gerak sendi pada anggota gerak atas

a) Fleksi/ekstensi

Lakukan pergerakan pada lengan, pergelangan tangan, dan siku dengan cara angkat lengan lurus melampaui kepala penderita kemudian kembalikan ke posisi semula

b) Abduksi/adduksi

Lakukan pergerakan pada lengan, telapak tangan dan siku dengan cara geser lengan kesamping menjauhi badan membentuk sudut  $90^0$  dari bahu.

c) Siku fleksi/ekstensi

Lakukan pergerakan pada siku dan pergelangan tangan dengan cara tekuk lengan sehingga lengan menyentuh ke bahu, luruskan lengan ke depan

d) Pergelangan tangan

Lakukan pergerakan pada pergelangan tangan dengan cara tekuk pergelangan tangan ke depan dan menggenggam, tekuk pergelangan tangan ke belakang dan tegakkan jari-jari, gerakkan pergelangan tangan ke lateral.

e) Jari fleksi/ekstensi

Lakukan pergerakan pada tangan dengan memegang telapak tangan, lakukan gerakan jari menggenggam kemudian kembali luruskan jari.

2) Latihan gerak sendi pada anggota gerak bawah

a) Pinggul fleksi

Lakukan pergerakan dari bawah lutut dan tumit, angkat lutut mengarah ke dada, tekuk pinggul sesuai toleransi

b) Pinggul fleksi/kekuatan

Lakukan pergerakan dari bawah lutut dan tumit, angkat kaki penderita secara lurus setinggi mungkin, pegang sampai hitungan kelima

c) Lutut fleksi/ekstensi

Lakukan pergerakan pada kaki, tekuk lutut setinggi  $90^0$  kemudian kembali luruskan lutut.

d) Jari kaki fleksi/ekstensi

Lakukan pergerakan pada telapak kaki, tekuk jari kaki menurun dan dorong kembali jari kaki ke belakang

e) Tumit inversi / eversi

Lakukan pergerakan dengan memutar keluar telapak kaki kemudian lanjutkan dengan memutar kedalam telapak kaki.

c. Latihan duduk

Latihan di mulai dengan meninggikan letak kepala secara bertahap untuk kemudian dicapai posisi setengah duduk dan pada akhirnya posisi duduk. Latihan bangun duduk dilakukan dengan bantuan perawat dengan memegang kuat siku sisi yang lumpuh pada tempat tidur, tangan yang lain berjabatan tangan dengan tangan penderita yang sehat. Siku penderita yang sakit harus berada langsung di bawah bahu, bukan di belakang bahu. Lakukan pengulangan sampai penderita merasakan gerakannya.

## **8. Intervensi dukungan mobilisasi**

Dukungan mobilisasi adalah memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Adapun komponen tindakan meliputi:

a. Observasi

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi

- 4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
- b. Terapeutik
- 1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur)
  - 2) Fasilitasi melakukan pergerakan
  - 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
- c. Edukasi
- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
  - 2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini
  - 3) Ajarkan mobilisasi yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

#### **D. Pengelolaan Mobilisasi Dini Pada Pasien Stroke**

Melakukan mobilisasi persendian dengan latihan ROM bermanfaat untuk mencegah beberapa kondisi akibat komplikasi seperti nyeri akibat tekanan, kontraktur, tromboflebitis, serta dekubitus akibat tirah baring. Sehingga penting untuk melakukan mobilisasi dini secara rutin dan berkelanjutan. Dengan latihan ROM secara dini dapat menstimulasi motor unit sehingga dapat meningkatkan kekuatan otot. Pasien stroke yang mengalami hemiparesis apabila tidak segera ditangani dapat mengakibatkan kecacatan yang permanen. Mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan kemandirian, kesehatan, memperlambat proses penyakit. Mobilisasi dengan ROM dapat mempercepat proses penyembuhan. mempertahankan,



memperbaiki, dan meningkatkan kemampuan pergerakan sendi kembali normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot, serta meminimalkan kecacatan (Anggraini et al., 2018)

Mobilisasi dini dengan latihan ROM dapat dilakukan agar proses pemulihan dapat berlangsung dengan cepat serta memperbaiki sistem persarafan pada otot. Latihan ROM pasif apabila dilakukan dengan rutin dapat mempengaruhi rentang sendi pada ekstremitas atas dan bawah pada pasien stroke yaitu lengan dan kaki. Serta dapat meningkatkan kekuatan otot penderita stroke guna memperbaiki tonus otot sehingga penderita dapat melakukan aktivitas sehari-hari (Bakara & Warsito, 2016). Latihan ROM sebaiknya dilaksanakan sebanyak 2 kali dalam sehari dengan durasi minimal selama 10-15 menit. Manfaat dilakukannya latihan tersebut antara lain dapat meningkatkan tonus otot serta memperlancar peredaran darah penderita stroke (Anggraini et al., 2021).

Prosedur mobilisasi dini dengan latihan ROM terdapat beberapa jenis meliputi fleksi yaitu berkurangnya sudut persendian; ekstensi yaitu bertambahnya sudut persendian; hiperekstensi yaitu ekstensi lebih lanjut; abduksi yaitu gerakan menjauhi garis tengah tubuh; adduksi yaitu gerakan mendekati garis tengah tubuh; rotasi yaitu gerakan memutar pusat dari tulang; eversi yaitu perputaran bagian telapak kaki ke bagian luar membentuk sudut persendian; inversi yaitu putaran bagian telapak kaki ke bagian dalam, membentuk sudut persendian; pronasi, yaitu pergerakan telapak tangan dengan permukaan tangan menghadap ke bawah; supinasi yaitu pergerakan telapak tangan dengan permukaan tangan menghadap ke

atas; oposisi yaitu gerakan menyentuhkan ibu jari ke setiap jari-jari tangan lainnya (Kasiati & Rosmalawati, 2016)