

KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. K (74 Th) DENGAN STROKE
ISKEMIK DALAM PEMBERIAN INOVASI INTERVENSI *RANGE OF
MOTION* (ROM) AKTIF-ASISTIF *SPHERICAL GRIP* DENGAN
MASALAH GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI RUANG
DAHLIA RSUD. H. HANAFIE MUARA BUNGO**

OLEH :

RESTIA MELLA, S.Kep

NIM :1814901644

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS

STIKes PERINTIS PADANG

TAHUN AJARAN 2018/2019

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Restia Mella Nurrohmah, S. Kep

NIM :1814901644

Program Studi : Profesi NERS

Judul KIA-N : Asuhan Keperawatan Pada Ny. K (74 Th) Dengan Stroke Iskemik Dalam Pemberian Inovasi Intervensi *Range Of Motion* (Rom) Aktif-Asistif *Spherical Grip* Dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik Di Ruang Dahlia Rsud. H. Hanafie Muara Bungo

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri dan saya susun tanpa plagiarism atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners ini adalah hasil jiblanan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut, sesuai dengan peraturan yang berlaku di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Sumbar.

Bukit tinggi, Agustus 2019

Yang Membuat Pernyataan,

RESTIA MELLA N

NIM : 1814901644

HALAMAN PERSETUJUAN
ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. K (74 Th) DENGAN STROKE
ISKEMIK DALAM PEMBERIAN INOVASI INTERVENSI *RANGE OF*
***MOTION* (ROM) AKTIF-ASISTIF SPHERICAL GRIP DENGAN**
MASALAH GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI RUANG
DAHLIA RSUD. H. HANAFIE MUARA BUNGO

OLEH :

RESTIA MELLA, S. Kep

1814901644

Karya Ilmiah Akhir Ners ini telah diseminarkan

Bukittinggi, 03 Agustus 2019

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II

(Ns. Lisa Mustika, M.Kep)

(Ns. Yenty Gusnita, S. Kep)

NIK : 1420114098409051

NIK : 197908122009042001

Mengetahui,

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners

STIKes Perintis Padang

(Ns. MERA DELIMA, M. Kep)

NIK : 1420101107296019

HALAMAN PENGESAHAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. K (74 Th) DENGAN STROKE
ISKEMIK DALAM PEMBERIAN INOVASI INTERVENSI *RANGE OF
MOTION (ROM) AKTIF-ASISTIF SPHERICAL GRIP* DENGAN
MASALAH GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI RUANG
DAHLIA RSUD. H. HANAFIE MUARA BUNGO**

OLEH :

RESTIA MELLA, S. Kep

NIM 1814901644

Pada

HARI/TANGGAL : Sabtu, 03 Agustus 2019

JAM : 09.00 WIB -11.00 WIB

Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Tim Penguji :

Penguji I : Ns. Ida Suryati, M. Kep TT.....

Penguji II : Ns. Lisa Mustika, M. Kep TT.....

Mengetahui,

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners

STIKes Perintis Padang

(Ns. MERA DELIMA, M. Kep)

NIK : 1420101107296019

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG
Karya Ilmiah Akhir Ners, Agustus 2019**

RESTIA MELLA, S. Kep

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. K (74 Th) DENGAN STROKE ISKEMIK DALAM PEMBERIAN INOVASI INTERVENSI *RANGE OF MOTION (ROM)* AKTIF-ASISTIF *SPHERICAL GRIP* DENGAN MASALAH GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI RUANG DAHLIA RSUD. H. HANAFIE MUARA BUNGO.

xi, v bab, 116 halaman, 3 gambar, 2 skema, 25 tabel, 5 lampiran

ABSTRAK

Stroke merupakan penyebab kematian ketiga di dunia setelah penyakit jantung koroner dan kanker yang disebabkan oleh gangguan aliran darah yang timbul secara mendadak. Dampak yang ditimbulkan oleh penyakit stroke iskemik adalah kelemahan yang terjadi pada jari-jari tangan. Kelemahan pada pasien stroke dapat dipulihkan dengan fisioterapi. Bentuk fisioterapi yang digunakan perawat untuk memulihkan kekuatan otot adalah *Range Of Motion (ROM)*. Bentuk latihan ROM seperti latihan *Spherical Grip* yang merupakan latihan tangan menggunakan cara menggenggam sebuah benda berbentuk bulat yang berfungsi untuk menggerakkan jari-jari tangan menggenggam sempurna. Tujuan dari karya ilmiah ini adalah menganalisis intervensi ROM *Spherical Grip* terhadap perubahan kekuatan otot ekstremitas atas pada pasien stroke iskemik di RSUD H. Hanafie Muara Bungo.. Metode penulisan ini adalah studi kasus dengan quasi eksperimen. Intervensi *Spherical Grip* ini dilakukan pada pasien stroke iskemik masalah hambatan mobilitas fisik untuk perubahan skala kekuatan otot. Intervensi diberikan sehari 2 kali dalam 3 hari pemberian. Dari hasil analisa kasus pada pasien didapatkan belum mengalami peningkatan skala kekuatan otot pada hari ke 3 intervensi. Sehingga perlu disana peran serta tenaga kesehatan khususnya perawat untuk memberikan intervensi lebih intensif sehingga mendapatkan hasil lebih optimal lagi untuk waktu pemberiannya. Karya ilmiah ini dapat menjadi masukan bagi perawat untuk menjadikan latihan fisik rentang gerak sendi sebagai intervensi keperawatan mandiri di RSUD H. Hanafie Muara Bungo dan intervensi dalam penatalaksanaan stroke.

Kata Kunci :Stroke, *Range Of Motion Spherical Grip*, Hambatan mobilitas fisiks

Kepustakaan : 8 (2011 – 2018)

**NURSING SCIENCE PROFESSIONAL PROGRAM
PERINTIS COLLEGE OF HEALTH SCIENCE WEST SUMATERA
Essay, August 2019**

RESTIA MELLA, S. Kep

NURSING CARE IN Mrs. K (74 Th) WITH ISCEMIC STROKE IN GIVING INNOVATION RANGE OF MOTION (ROM) PASSWORD ACTIVE ASSISTANCE WITH PROBLEMS OF PHYSICAL MOBILITY IN DAHLIA SPACE RSUD. H. HANAFIE MUARA BUNGO.

xi + V chapter + 116 pages + 3 tables + 2 pictures + 25 schemes + 5 attachments

ABSTRACT

Stroke is the third leading cause of death in the world after coronary heart disease and cancer caused by sudden disruption in blood flow. The impact caused by ischemic stroke is a weakness that occurs in the fingers. Weaknesses in stroke patients can be restored with physiotherapy. The form of physiotherapy that nurses use to restore muscle strength is Range of Motion (ROM). Forms of ROM exercises such as the Spherical Grip exercise which is a hand exercise using how to hold a round object that serves to move the fingers gripping perfectly. The purpose of this scientific paper is to analyze the Spherical Grip ROM intervention on changes in upper extremity muscle strength in ischemic stroke patients at H. Hanafie Muara Bungo Regional Hospital. This writing method is a case study with quasy experiment. The Spherical Grip intervention is carried out in ischemic stroke patients with problems of physical mobility barriers to changes in muscle strength scale. Interventions were given 2 times a day in 3 days of administration. From the results of case analysis in patients it was found that there was no increase in muscle strength scale on day 3 of the intervention. So there needs to be the role of health workers, especially nurses to provide more intensive interventions so as to get even more optimal results for the time of administration. This scientific work can be input for nurses to make physical exercise range of motion as an independent nursing intervention in H. Hanafie Muara Bungo Regional Hospital and interventions in stroke management.

Keywords : Stroke, Range Of Motion Spherical Grip, Impaired Physical

Mobility

Reading List : 8 (2011 – 2018)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Restia Mella Nurrohmah, S. Kep
Tempat/ Tanggal Lahir : Sarko, 13 Januari 1997
Agama : Islam
Nama Ayah : Bakri
Nama Ibu : Supiyati
Alamat : Rt/Rw 003/001 Desa Rejo Sari Kec. Tabir Ilir.

Riwayat Pendidikan

Tahun 2002-2006 :SDN 258 Rejo Sari
Tahun 2006-2008 :SDN 163 Sungai Jernih
Tahun 2008-2011 :SMP N 18 Merangin
Tahun 2011-2014 :SMA N 1 Pelepat Ilir
Tahun 2014-2018 :Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Baiturrahim Jambi
Tahun 2018-2019 :Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang.

KATA PENGANTAR



Puji syukur peneliti panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, nikmat dan hidayah-Nya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA-N) yang berjudul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. K (74 Th) DENGAN STROKE ISKEMIK DALAM PEMBERIAN INOVASI INTERVENSI *RANGE OF MOTION* (ROM) AKTIF-ASISTIF *SPHERICAL GRIP* DENGAN MASALAH GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI RUANG DAHLIA RSUD. H. HANAFIE MUARA BUNGO 2019”**.

Shalawat serta salam kepada rasulullah SAW atas cahaya islam yang telah beliau wariskan di akhir zaman. Penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA-N) ini dalam rangka memenuhi salah satu syarat mencapai gelar Profesi Ners.

Terselesainya penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA-N) ini tidak lepas dari bantuan banyak pihak yang tidak dapat di sebut satu persatu. Untuk itu kami mengucapkan terimakasih kepada :

1. Ketua STIKES Perintis Bukit tinggi, Yendrizal Jafri, S.Kep, M.Biomed.
2. Ketua Program profesi Ners STIKES Perintis Bukit tinggi, Ns. Mera Delima, M.Kep.
3. Direktur RSUD H. Hanafie Muara Bungo dr. Mardiah, Sp,P
4. Ibu Ns. Lisa Mustika Sari, M.Kep selaku pembimbing Akademik yang mana adalah salah satu staff dosen di Prodi Profesi Ners yang telah ikhlas meluangkan waktu dan memberikan arahan serta masukan untuk penulis sehingga dapat menyelsaikan karya ilmiah akhir ners ini

5. Ibu Ns. Yenti Gusrita, S.Kep selaku Pembimbing Klinik yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan, arahan dan petunjuk selama penyelesaian Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA-N) ini.
6. Seluruh pimpinan keperawatan dan seluruh staf keperawatan di RSUD. H. Hanafie Muara Bungo atas bantuan dan dukungannya dalam pengambilan data.
7. Teristimewa ucapan terimakasih peneliti sampaikan kepada orang tua tercinta papa, mama, adik beserta keluarga yang tiada henti mendo'akan dan memberikan motivasi serta dukungan dalam setiap langkah penulis.
8. Berbagai pihak dan teman seperjuangan yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu yang ikut membantu dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA-N) ini.

Peneliti menyadari bahwa penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA-N) ini masih banyak kekurangan, sehingga peneliti mengharapkan adanya kritik dan saran dari semua pihak. Dan peneliti berharap semoga Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA-N) ini bermanfaat untuk menambah ilmu pengetahuan khususnya dalam bidang ilmu keperawatan.

Ma. Bungo, Agustus 2019

Peneliti

(RESTIA MELLA, S. Kep)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR SKEMA	xiii
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Perumusan Masalah	4
1.3. Tujuan	5
1.4. Manfaat	7
BAB II TINJAUAN TEORI	
2.1. Konsep Dasar <i>Stroke</i>	9
2.1.1. Definisi <i>Stroke Iskemik</i>	9
2.1.2. Anatomi Fisiologi <i>Stroke Iskemik</i>	10
2.1.3. Etiologi/Jenis-Jenis <i>Stroke Iskemik</i>	16
2.1.4. Manifestasi <i>Stroke Iskemik</i>	19
2.1.5. Klasifikasi <i>Stroke Iskemik</i>	19
2.1.6. Patofisiologi <i>Stroke Iskemik</i>	22
2.1.7. Woc <i>Stroke Iskemik</i>	25
2.1.8. Pemeriksaan Penunjang <i>Stroke Iskemik</i>	27
2.1.9. Penatalaksanaan <i>Stroke Iskemik</i>	27
2.1.10. Komplikasi <i>Stroke Iskemik</i>	28
2.1.11. Asuhan Keperawatan secara Teoritis <i>Stroke Iskemik</i>	30

2.2. Terapi <i>Range Of Motion</i> (ROM)	51
2.3. Konsep <i>Spherical Grip</i>	54

BAB III TINJAUAN KASUS

3.1. Pengkajian <i>Stroke Iskemik</i>	56
3.2. Data fokus <i>Stroke Iskemik</i>	76
3.3. Analisa data <i>Stroke Iskemik</i>	78
3.4. Intervensi <i>Stroke Iskemik</i>	83
3.5. Implementasi <i>Stroke Iskemik</i>	86

BAB IV PEMBAHASAN

4.1. Analisis Masalah Keperawatan dengan Konsep Terkait dan Konsep Kasus Terkait	118
4.2. Analisis intervensi Inovasi dengan Konsep dan Penelitian Terkait.....	123
4.3. Alternative pemecahan yang dapat dilakukan	125

BAB V PENUTUP

5.1. Kesimpulan	128
5.2. Saran	128

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

No. Gambar	Halaman
Gambar 2.1 : Anatomi Otak	10
Gambar 2.1 : <i>Nervus Cranialis</i>	12
Gambar 2.3 : Sirkulasi Darah ke Otak	15
Gambar 3.1 : Hasil CT-Scan	73

DAFTAR SKEMA

No. Skema	Halaman
Skema 2.1 : Pathway	25
Skema 3.1 : Genogram	59

DAFTAR TABEL

No. Tabel	Halaman
Tabel 2.1 : Penilaian GCS.....	33
Tabel 2.2 : Skala Koma Glasgow.....	34
Tabel 2.3 : Skala Peringkat Untuk Kekuatan Otot.....	35
Tabel 2.4 : Rencana Asuhan Keperawatan Teoritis <i>Stroke Iskemik</i>	40
Tabel 3.1 : Data Aktivitas Sehari-hari.....	60
Tabel 3.2 : Pola AKtivitas dan Latihan.....	63
Tabel 3.3 : <i>Pemeriksaan Saraf Cranial</i>	70
Tabel 3.4: Data Hasil Laboratorium.....	72
Tabel 3.5 : Daftar Obat.....	74
Tabel 3.6 : Data Fokus	76
Tabel 3.7 : Analisa Data.....	78
Tabel 3.8: Intervensi Keperawatan	83
Tabel 3.9 : Implementasi.....	86

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke merupakan kondisi yang terjadinya akibat pembuluh darah yang membawa darah dan oksigen ke otak mengalami penyumbatan dan rupture, kurangnya oksigen dapat menyebabkan fungsi control gerakan tubuh yang dikendalikan oleh otak tidak akan berfungsi (American Heart Association [AHA], 2015).

Terdapat dua tipe utama dari stroke yaitu stroke iskemik akibat berkurangnya aliran darah sehubungan dengan penyumbatan (trombosis, emboli) dan hemoragik akibat perdarahan. Darah yang keluar dan menyebar menuju jaringan parenkim otak, ruang serebrospinal, atau kombinasi keduanya adalah akibat dari pecahnya pembuluh darah otak yang dikenal dengan stroke hemoragik (Yueniwati, 2015).

Penyakit stroke diakibatkan oleh berbagai macam faktor risiko, contohnya seperti usia, jenis kelamin, berat lahir rendah, ras, faktor keturunan dan kelainan pembuluh darah bawaan. Pada Usia 45 Tahun sangat beresiko terkena stroke. Setiap penambahan usia tiga tahun meningkatkan risiko stroke sebesar 11-20%. Resiko tertinggi adalah >65 tahun. (Bahrudin,2010).

Stroke merupakan penyebab kematian kedua di dunia dan menjadi masalah pada kesehatan. Stroke menjadi penyebab kematian ketiga terbanyak Di Amerika Serikat setelah penyakit kardiovaskuler dan kanker.

Sekitar 795.000 orang di Amerika Serikat mengalami stroke setiap tahunnya. (Goldstein dkk., 2011).

Riskesdas 2013, prevalensi stroke di Indonesia sesuai diagnosis nakes yaitu 7/mil dan yang terdiagnosis, gejala pada penderita stroke sebesar 12,1 per mil. Nakes mengatakan bahwa 57,9 % penyakit stroke sudah terdiagnosis.

Berdasarkan hasil penelitian Azwarli, dkk (2017), Kejadian Stroke di Provinsi Jambi juga tinggi dengan persentase 5,3 % dari keseluruhan provinsi di Indonesia. Pada tahun 2013 berdasarkan diagnosis nakes terdapat 21.276 orang (9,2 %) sedangkan berdasarkan gejala terdapat 33.534 orang (14,5 %) yang menderita stroke di Provinsi jambi. Berdasarkan data Rekam Medik di RSUD Raden Mattaher Jambi angka kejadian stroke pada tahun 2012-2015 mengalami peningkatan dengan jumlah pasien stroke berturut-turut sebanyak 633, 665, 693 dan 621 pasien.

Komplikasi kontraktur akan terjadi pada penderita stroke yang mengalami kelemahan otot apabila tidak mendapatkan penanganan segera seperti rehabilitasi agar tidak terjadinya kecacatan fisikk sehingga penderita dapat beraktivitas seperti biasanya. (Anggraini, 2018).

Menurut (Marlina, 2011), Latihan *Range of Motion* (ROM) adalah suatu bentuk latihan yang dapat mencegah terjadinya kecacatan pada pasien stroke. *Range Of Motion* (ROM) *Spherical Grip* merupakan latihan yang digunakan untuk menstimulasi gerak pada bagian tangan. Latihan ini mempunyai 3 tahap yaitu membuka tangan, menutup jari-jari untuk

menggenggam objek dan mengatur kekuatan menggenggam sebuah benda berbentuk bulat seperti bola pada telapak tangan, dalam penelitian Anggraini dkk (2018).

Dari data yang didapatkan di Rekam Medik RSUD. H. Hanafie Muara Bungo tahun 2018, penderita stroke berjenis kelamin laki-laki adalah 159 dan untuk penderita perempuan adalah 159. Pada penderita stroke iskemik pada laki-laki adalah sebanyak 139 pasien, sedangkan pada perempuan berjumlah 116 . pada tahun 2019 bulan januari-februari berdasarkan hasil observasi selama mahasiswa melakukan praktik klinik pasien laki- laki dengan stroke iskemik adalah 10 pasien. Sedangkan untuk pasien perempuan dengan stroke iskemik adalah 5 pasien.

Berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan di ruangan Dahlia RSUD. H. Hanafie Muara Bungo yaitu meliputi hambatan mobilitas fisik, ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, hambatan komunikasi verbal dan gangguan menelan. Dari masalah yang ditemukan di atas maka perlulah peran perawat dan petugas kesehatan dalam memberikan penatalaksanaan pada pasien dengan Stroke Iskemik, sehingga memerlukan pelayanan yang komprehensif dan komplit yang berkolaborasi dengan dokter, ahli gizi, laboratorium, fisioterapi sehingga akan meningkatkan derajat kesehatan pada pasien dengan Stroke Iskemik. Berdasarkan hal tersebut penulis tertarik untuk melakukan intervensi lebih intensif terhadap pasien dengan Stroke Iskemik dengan Latihan *Range Of Motion* (ROM) Aktif- Asistif *Spherical Grip* untuk kekuatan otot di Ruang Dahlia RSUD. H. Hanafie Muara Bungo 2019.

1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan rumusan masalah keperawatan diatas maka dari itu perlulah peran perawat dan petugas kesehatan dalam memberikan penatalaksanaan pada pasien dengan Stroke Iskemik, sehingga memerlukan pelayanan yang komprehensif dan komplit yang berkolaborasi dengan dokter, ahli gizi, laboratorium, fisioterapi sehingga akan meningkatkan derajat kesehatan pada pasien dengan Stroke Iskemik dan juga perawat mempunyai suatu peranan dalam dalam memberikan inovasi dan mencari intervensi terbaru dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien *Stroke Iskemik* yaitu salah satunya adalah dengan pemberian latihan *Range Of Motion (ROM) Aktif- Asistif Spherical Grip* untuk kekuatan otot ekstremitas kanan atas dan bawah di Ruang Dahlia RSUD H. Hanafie Muara Bungo.

1.3 Tujuan

1.3.1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini bertujuan untuk melakukan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan *Stroke Iskemik* dengan intervensi inovasi latihan *Range Of Motion (ROM) Aktif- Asistif Spherical Grip* untuk kekuatan otot ekstremitas kanan atas dan bawah di Ruang Dahlia RSUD H. Hanafie Muara Bungo.

1.3.2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu memahami konsep dasar teoritis tentang *Stroke Iskemik* (pengertian, Anatomi, WOC, Penatalaksanaan, manifestasi klinis, patofisiologi, etiologi, komplikasi dan

Asuhan Keperawatan) di Ruang Dahlia RSUD H. Hanafie Muara Bungo.

- b. Mahasiswa mampu mendeskripsikan hasil pengkajian pada klien dengan penyakit *Stroke Iskemik* di Ruang Dahlia RSUD. H. Hanafie Muara Bungo.
- c. Mahasiswa mampu mendeskripsikan rumusan diagnosa keperawatan pada klien dengan penyakit *Stroke Iskemik* di Ruang Dahlia RSUD. H. Hanafie Muara Bungo.
- d. Mahasiswa mampu mendeskripsikan rencana asuhan keperawatan pada klien dengan penyakit *Stroke Iskemik* di Ruang Dahlia RSUD. H. Hanafie Muara Bungo.
- e. Mampu mendeskripsikan tindakan keperawatan pada klien dengan penyakit *Stroke Iskemik* di Ruang Dahlia RSUD. H. Hanafie Muara Bungo.
- f. Mahasiswa mampu mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada klien dengan penyakit *Stroke Iskemik* di Ruang Dahlia RSUD. H. Hanafie Muara Bungo.
- g. Mampu melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan pada klien dengan penyakit *Stroke Iskemik*.
- h. Menganalisis intervensi *Range Of Motion* (ROM) Aktif-Asistif *Spherical Grip* terhadap perubahan kekuatan otot ekstremitas kanan atas dan bawah pada klien dengan *Stroke Iskemik* yang dirawat di Ruang Dahlia RSUD. H. Hanafie Muara Bungo.

- i. Mahasiswa mampu membandingkan teori, asuhan keperawatan dengan jurnal atau *critical journal*.

1.4 Manfaat

1.4.1. Bagi Pendidikan

Menjadi bahan tambahan referensi mengenai pengaruh pemberian *Range Of Motion* (ROM) Aktif- Asistif *Spherical Grip* terhadap perubahan kekuatan otot ekstremitas kanan atas dan bawah sehingga menambah pengetahuan dan meningkatkan kualitas pendidikan di Institusi.

1.4.2. Bagi Profesi

Hasil penulisan ini diharapkan dapat meningkatkan peran serta perawat dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke khususnya yang mengalami hemiparesis dextra dalam menerapkan tindakan *Range Of Motion* (ROM) Aktif- Asistif *Spherical Grip* terhadap perubahan kekuatan otot ekstremitas kanan atas dan bawah.

1.4.3. Bagi Penulis

Meningkatkan kemampuan penulis dalam melakukan analisa pengaruh pemberian *Range Of Motion* (ROM) Aktif- Asistif *Spherical Grip* terhadap perubahan kekuatan otot ekstremitas

kanan atas dan bawah serta menambah pengetahuan penulis dalam pembuatan karya ilmiah akhir ners.

1.4.4. Bagi Rumah Sakit.

Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan yang baik, sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan di rumah sakit dan masyarakat dapat menentukan Rumah Sakit H.Hanafie sebagai rumah sakit pilihan.

1.4.5. Bagi Pasien.

Agar terpenuhinya kebutuhan masalah kesehatan pasien dan dapat meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga pasien dalam membantu proses penyembuhan.

BAB II

KONSEP DASAR PENYAKIT

2.1. Konsep Dasar *Stroke Iskemik*

2.1.1. Definisi *Stroke Iskemik*

Stroke merupakan gangguan peredaran darah pada otak yang menyebabkan deficit neurologis mendadak sebagai akibat iskemia atau hemoragik sirkulasi saraf otak (Sudoyo Aru). Istilah stroke biasanya digunakan secara spesifik untuk menjelaskan infark serebrum (Huda & Kusuma 2016).

Berdasarkan penelitian Marlina (2011), stroke merupakan kerusakan fungsi saraf akibat kelainan vascular yang berlangsung lebih dari 24 jam atau kehilangan fungsi otak yang disebabkan oleh berhentinya suplai darah kebagian otak sehingga mengakibatkan penghentian suplai darah ke otak, kehilangan sementara atau permanen gerakan, berfikir, memori, bicara atau sensasi maupun mobilisasi.

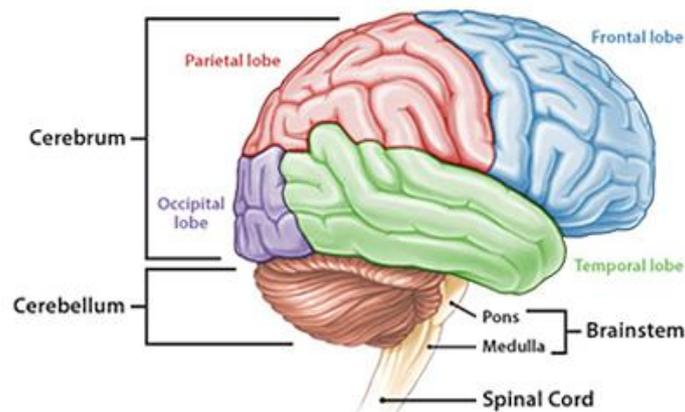
Stroke iskemik (non hemoragik) merupakan penurunan aliran darah kebagian otak yang disebabkan Karena vasokonstriksi akibat penyumbatan

pada pembuluh darah arteri sehingga suplai darah ke otak mengalami penurunan. Stroke iskemik adalah penyakit yang diawali dengan terjadinya serangkaian perubahan dalam otak yang terserang, apabila tidak ditangani akan berakhir dengan kematian batang ataupun bagian-bagian otak. Stroke ini sering diakibatkan oleh thrombosis akibat plak aterosklerosis arteri otak atau suatu emboli dari pembuluh darah diluar otak yang tersangkut diarteri otak (Olivia 2017).

2.1.2. Anatomi Fisiologi

A. Otak

Gambar 2.1.
Gambar anatomi otak



Berat otak manusia sekitar 1400 gram dan tersusun oleh kurang lebih 100 triliun *neuron*. Otak terdiri dari empat bagian besar yaitu *serebrum* (otak besar), *serebelum* (otak kecil), *brainstem* (batang otak), dan *diensefalon*.

a. Serebrum terdiri dari dua *hemisfer serebri*, *korpus kolosum* dan *korteks serebri*. Masing-masing *hemisfer serebri* terdiri dari *lobus frontalis* yang merupakan area motorik primer yang bertanggung

jawab untuk gerakan-gerakan volunter, *lobur parietalis* yang berperan pada kegiatan memproses dan mengintegrasikan informasi sensorik yang lebih tinggi tingkatnya, *lobus temporalis* yang merupakan area sensorik untuk impuls pendengaran dan *lobus oksipitalis* yang mengandung korteks penglihatan primer, menerima informasi penglihatan dan menyadari sensasi warna.

b. Serebelum terletak di dalam *fosa kranii posterior* dan ditutupi oleh duramater yang menyerupai atap tenda yaitu tentorium, yang memisahkannya dari bagian *posterior serebrum*. Fungsi utamanya adalah sebagai pusat refleksi yang mengkoordinasi dan memperhalus gerakan otot, serta mengubah tonus dan kekuatan kontraksi untuk mempertahankan keseimbangan sikap tubuh.

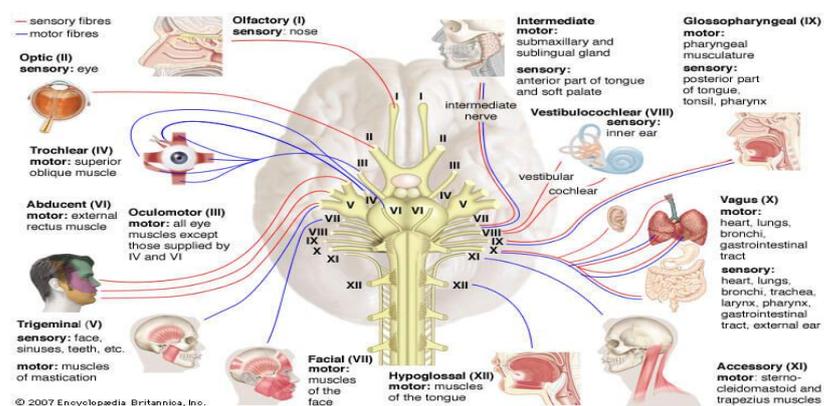
c. Batang otak

1. *Medula oblongata* merupakan pusat refleksi yang penting untuk jantung, vasokonstriktor, pernafasan, bersin, batuk, menelan, pengeluaran air liur dan muntah.
2. *Pons* merupakan mata rantai penghubung yang penting pada jaras *kortikosereberalis* yang menyatukan *hemisfer serebri* dan *serebelum*.
3. *Mesensefalon* merupakan bagian pendek dari batang otak yang berisi *aquedukus sylvius*, beberapa traktus serabut saraf asenden dan desenden dan pusat stimulus saraf pendengaran dan penglihatan.

4. *Diensefalon* di bagi empat wilayah yaitu *talamus*, *subtalamus*, *epitalamus* dan *hipotalamus*.
- Talamus* merupakan stasiun penerima dan pengintegrasikan subkortikal yang penting.
 - Subtalamus* fungsinya belum dapat dimengerti sepenuhnya, tetapi lesi pada *subtalamus* akan menimbulkan *hemibalismus* yang ditandai dengan gerakan kaki atau tangan yang terhempas kuat pada satu sisi tubuh.
 - Epitalamus* berperan pada beberapa dorongan emosi dasar seseorang.
 - Hipotalamus* berkaitan dengan pengaturan rangsangan dari sistem susunan saraf otonom *perifer* yang menyertai ekspresi tingkah dan emosi.

B. Nervus Cranialis

Gambar 2.2.
Nervus cranialis



a. *Nervus olfaktorius*

Saraf olfaktorius adalah saraf yang mempersarafi pembauan yang merangsang ke otak

b. *Nervus optikus*

Mempersarafi bola mata, membawa rangsangan penglihatan ke otak.

c. *Nervus okulomotoris*

Bersifat motoris yang mempersarafi otot-otot orbital atau yang menggerakkan bola mata yang menghantarkan serabut-serabut saraf para simpati untuk melayani otot siliaris dan otot iris.

d. *Nervus troklearis*

Bersifat motoris yang mempersarafi otot-otot orbital. Saraf pemutar mata yang pusatnya terletak dibelakang pusat saraf penggerak mata.

e. *Nervus trigeminus*

Bersifat majemuk (sensoris motoris) saraf ini memiliki tiga buah cabang. berfungsinya sebagai saraf kembar tiga, saraf ini merupakan saraf otak besar, sarafnya yaitu:

- 1) *Nervus oltamikus*: sifatnya sensorik, mempersarafi kulit kepala bagian depan kelopak mata atas, selaput lendir kelopak mata dan bola mata.
- 2) *Nervus maksilaris*: bersifar sensoris yang mempersarafi gigi atas, bibir atas, palatum, batang hidung, rongga hidung dan sinus maksilaris.
- 3) *Nervus mandibula*: bersifat majemuk yang mempersarafi otot-otot pengunyah. Serabut sensorisnya yang mempersarafi gigi bawah, kulit daerah temporal dan dagu.

f. *Nervus abducentis*

bersifat motoris yang mempersarafi otot-otot orbital. berfungsinya sebagai saraf penggoyang sisi mata.

g. *Nervus facialis*

bersifat majemuk (sensori dan motori) serabut-serabut motorisnya yang mempersarafi otot-otot lidah dan selaput lendir rongga mulut. Di dalam saraf ini terdapat serabut-serabut saraf otonom (parasimpatis) untuk wajah dan kulit kepala berfungsi sebagai mimik wajah untuk menghantarkan rasa pengecap.

h. *Nervus auditorius*

bersifatnya sensori yang mempersarafi alat pendengar, membawa rangsangan dari pendengaran dan dari telinga ke otak. Berfungsinya sebagai saraf pendengar.

i. *Nervus glossofaringeus*

bersifatnya majemuk (sensori dan motori) yang mempersarafi faring, tonsil dan lidah, saraf ini dapat membawa rangsangan cita rasa ke otak.

j. *Nervus vagus*

bersifatnya majemuk (sensoris dan motori) yang mengandung saraf motorik, sensorik dan parasimpatis faring, laring, paru-paru, esofagus, gaster intestinum minor, kelenjar-kelenjar pencernaan dalam abdomen. berfungsi sebagai saraf perasa.

k. *Nervus accessorius*

Saraf ini mempersarafi muskulus *sternokleidomastoid* dan muskulus *trapezium*, fungsinya sebagai saraf tambahan.

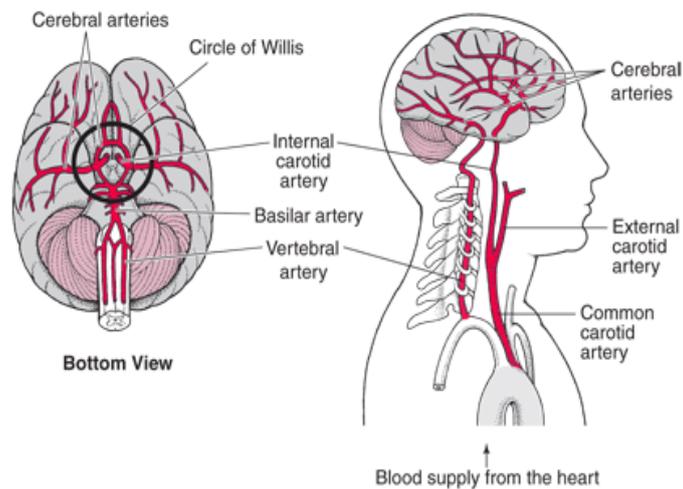
1. *Nervus hipoglossus*

Saraf ini mempersarafi otot-otot lidah yang berfungsinya sebagai saraf lidah. Saraf ini terdapat di dalam sumsum penyambung.

C. Sirkulasi darah ke otak

Gambar 2.3.

Sirkulasi darah ke otak



Otak mendapatkan 17% curah jantung dan menggunakan 20 % konsumsi oksigen total tubuh manusia untuk metabolisme aerobiknya.

Otak diperdarahi oleh dua pasang pembuluh darah arteri yaitu *arteri karotis interna* dan *arteri vertebralis*. Dalam rongga *kranium*,

keempat arteri ini saling berhubungan dan membentuk sistem anastomosis, yaitu *sirkulus Willisii* (Satyanegara, 1998).

Arteri karotis interna dan *eksterna* bercabang dari *arteria karotis komunis* kira-kira setinggi rawan *tiroidea*. *Arteri karotis interna* masuk ke dalam tengkorak dan bercabang kira-kira setinggi *kiasma optikum*, menjadi *arteri serebri anterior* dan *media*. *Arteri serebri anterior* memberikan suplai darah pada struktur-struktur seperti *nukleus kaudatus* dan *putamen basal ganglia*, *kapsula interna*, *korpus kolosum* dan bagian-bagian (terutama medial) *lobus frontalis* dan *parietalis serebri*, termasuk *korteks somestetik* dan *korteks motorik*. *Arteri serebri media* mensuplai darah untuk *lobus temporalis*, *parietalis* dan *frontalis korteks serebri*.

Arteria vertebralis kiri dan kanan berasal dari *arteria subklavia* sisi yang sama. *Arteri vertebralis* memasuki tengkorak melalui *foramen magnum*, setinggi perbatasan *pons* dan *medula oblongata*. Kedua arteri ini bersatu membentuk *arteri basilaris*, terus berjalan sampai setinggi otak tengah, dan di sini bercabang menjadi dua membentuk sepasang arteri serebri posterior. Cabang-cabang sistem *vertebrobasilaris* ini memperdarahi *medula oblongata*, *pons*, *serebelum*, otak tengah dan sebagian *diensefalon*. *Arteri serebri posterior* dan cabang-cabangnya memperdarahi sebagian *diensefalon*, sebagian *lobus oksipitalis* dan *temporalis*, *aparatus koklearis* dan organ-organ vestibular.

Darah di dalam jaringan kapiler otak akan dialirkan melalui *venula-venula* (yang tidak mempunyai nama) ke vena serta di drainase ke sinus *duramatrix*. Dari sinus, melalui vena emisaria akan dialirkan ke vena-vena *ekstrakranial*.

2.1.3. Etiologi

Adapun penyebab terjadinya stroke Iskemik menurut (Muttaqin, 2008) yaitu:

a. Trombosis

Bekuan cairan di dalam pembuluh darah otak

b. Embolisme Cerebral (Bekuan darah atau material lain)

Emboli merupakan 5-15 % dari penyebab stroke. Dari penelitian epidemiologi didapatkan bahwa sekitar 50 % dari semua serangan iskemik otak, apakah yang permanen atau yang transien, diakibatkan oleh komplikasi trombotik atau embolik dari ateroma, yang merupakan kelainan dari arteri ukuran besar atau sedang, dan sekitar 25 % disebabkan oleh penyakit pembuluh darah kecil di intrakranial dan 20 % oleh emboli jantung. Emboli dapat terbentuk dari gumpalan darah, kolesterol, lemak, fibrin trombosit, udara, tumor, metastase, bakteri, benda asing. Emboli lemak terbentuk jika lemak dari sumsum tulang yang pecah dilepaskan ke dalam aliran darah dan akhirnya bergabung didalam sebuah arteri.

c. Hemoragik Cerebral (Pecahnya pembuluh darah serebral dengan perlahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak)

Akibatnya adalah gangguan suplai darah ke otak, menyebabkan kehilangan gerak, pikir, memori, bicara, atau sensasi baik sementara atau permanen.

d. Iskemia (Penurunan aliran darah ke area otak)

Penurunan tekanan darah yang tiba-tiba bisa menyebabkan berkurangnya aliran darah ke otak, yang biasanya menyebabkan seseorang pingsan. Stroke bisa terjadi jika tekanan darah rendahnya sangat berat dan menahun. Hal ini terjadi jika seseorang mengalami kehilangan darah yang banyak karena cedera atau pembedahan, serangan jantung atau irama jantung yang abnormal.

Faktor – faktor yang menyebabkan stroke :

a. Faktor yang tidak dapat dirubah (Non Reversible)

jenis kelamin : pria lebih sering ditemukan menderita stroke dibanding wanita

usia : semakin meningkatnya usia makin tinggi pula resiko terkena stroke

b. Faktor yang dapat dirubah (Reversible)

- 1) Hipertensi
- 2) Penyakit jantung
- 3) Kolesterol tinggi
- 4) Obesitas
- 5) Diabetes mellitus
- 6) Polisetermia

- 7) Stress emosional
- c. Kebiasaan Hidup
- 1) Stress
 - 2) Merokok
 - 3) Peminum alcohol
 - 4) Obat-obatan terlarang
 - 5) Aktivitas yang tidak sehat : kurang olahraga, makanan berkolesterol.
- (Setyopranoto, 2011)

2.1.4. Manifestasi

- a. Tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan sebagian dari badan
- b. Tiba-tiba hilang rasa peka
- c. Bicara cedel atau pelo
- d. Gangguan bicara dan bahasa
- e. Gangguan penglihatan
- f. Mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai
- g. Gangguan daya ingat atau pelupa
- h. Nyeri kepala hebat
- i. Vertigo
- j. Kesadaran menurun
- k. Proses berkemih terganggu

- l. Gangguan fungsi otak
- m. Disartria (kesulitan membentuk dalam kata)
- n. Disafagia (kesulitan dalam menelan)

(Setyopranoto, 2011)

2.1.5. Klasifikasi Stroke

Gangguan peredaran darah otak atau stroke menurut Arya (2011) diklasifikasikan menjadi :

a. Stroke Iskemik

Stroke iskemik merupakan stroke yang terjadi akibat adanya bekuan atau sumbatan pada pembuluh darah otak yang dapat disebabkan oleh tumpukan thrombus pada pembuluh darah otak, sehingga aliran darah ke otak menjadi terhenti. Stroke iskemik merupakan sebagai kematian jaringan otak karena pasokan darah yang tidak kuat dan bukan disebabkan oleh perdarahan. Stroke iskemik biasanya disebabkan oleh tertutupnya pembuluh darah otak akibat adanya penumpukan penimbunan lemak (plak) dalam pembuluh darah besar (arteri karotis), pembuluh darah sedang (arteri serebri), atau pembuluh darah kecil (Arya, 2011).

Arya (2011) menyatakan bahwa stroke iskemik secara patogenesis dibagi menjadi:

1) Stroke Trombolitik

Stroke iskemik yang disebabkan karena trombosis pada arteri karotik interna secara langsung masuk ke arteri serebri media.

2) Stroke Embolik

Stroke iskemik yang disebabkan karena embolik yang pada umumnya berasal dari jantung.

b. Stroke Hemoragik

Merupakan perdarahan serebral dan mungkin perdarahan subaraknoid. Disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada area otak tertentu. Biasanya terjadi saat melakukan aktivitas atau 17 saat aktif, namun bisa terjadi saat istirahat. Kesadaran klien biasanya menurun. Perdarahan otak dibagi menjadi dua, yaitu:

1) Perdarahan Intracranial

Pecahnya pembuluh darah (mikroaneurisma) terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak membentuk masa yang menekan jaringan otak. Perdarahan intraserebral yang disebabkan karena hipertensi sering dijumpai di daerah putamen, talamus, pons, dan serebelum.

2) Perdarahan Subarachnoid

Pendarahan ini berasal dari pecahnya aneurisma berry atau AVM. Aneurisma yang pecah ini berasal dari pembuluh darah sirkulasi Willis dan cabang-cabangnya yang terdapat diluar parenkim otak. Pecahnya arteri dan keluarnya ke ruang substruktur mengakibatkan nyeri, dan vasospasme pembuluh darah serebral yang berakibat disfungsi otak global (sakit kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparase, gangguan hemi sensorik, afasia, dan lain-lain). Pecahnya arteri dan keluarnya darah ke ruang subaraknoid mengakibatkan

terjadinya peningkatan TIK yang mendadak, merenggangnya struktur peka nyeri, sehingga timbul nyeri kepala hebat.

- 3) Seringpula dijumpai kaku kuduk dan tanda-tanda rangsangan selaput otak lainnya. Peningkatan TIK yang mendadak juga mengakibatkan pendarahan subhialoid pada retina dan penurunan kesadaran. Pendarahan subaraknoid dapat mengakibatkan vasospasme pembuluh darah serebral
- 4) Vasospasme ini dapat mengakibatkan disfungsi otak global (sakit kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparese, gangguan hemisensorik, afasia dan lain-lain).

2.1.6. Patofisiologi

Infark serebri adalah berkurangnya suplai darah ke daerah tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada factor-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 vaskular) atau karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung). Aterosklerosis sering kali merupakan faktor penting untuk otak, thrombus dapat berasal dari plak aterosklerosis, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, tempat aliran darah akan lambat atau terjadi turbulensi.

Thrombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah dan terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Trombus mengakibatkan;

1. Iskemia jaringan otak pada area yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan
2. Edema dan kongesti disekitar area

Area edema ini dapat menyebabkan disfungsi yang lebih besar dari area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema klien menunjukkan perbaikan.

Karena trombosis biasanya tidak fatal, jika tidak terjadi perdarahan masif. Oklusi pada pembuluh darah serebri oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti thrombosis. Jika terjadi infeksi sepsis akan meluas pada dinding pembuluh darah maka akan terjadi abses. Atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisme pecah atau ruptur.

Perdarahan pada otak lebih disebabkan oleh ruptur arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebri yang sangat luas akan menyebabkan kematian dibanding dari keseluruhan penyakit serebrovaskular, karena perdarahan yang luas terjadi destruksi masa otak, peningkatan tekanan intracranial yang lebih berat dapat menyebabkan herniasi otak pada falks serebri atau lewat foramen magnum.

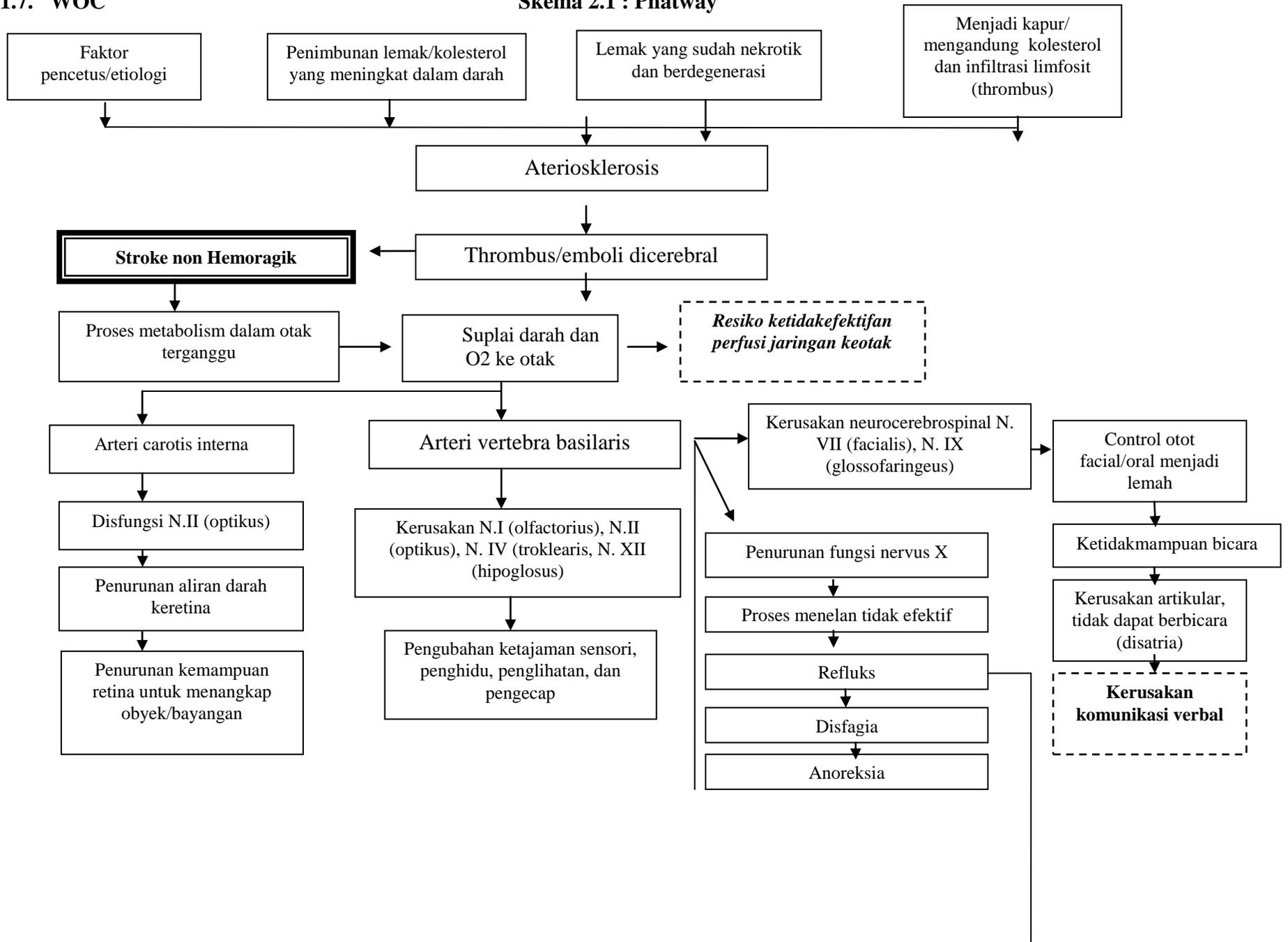
Kematian dapat disebabkan oleh kompresi batang otak, hemisfer otak dan perdarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batang otak, hemisfer otak, dan perembesan darah ke ventrikel otak terjadi pada sepertiga kasus perdarahan otak di nucleus kaudatus, thalamus dan pons.

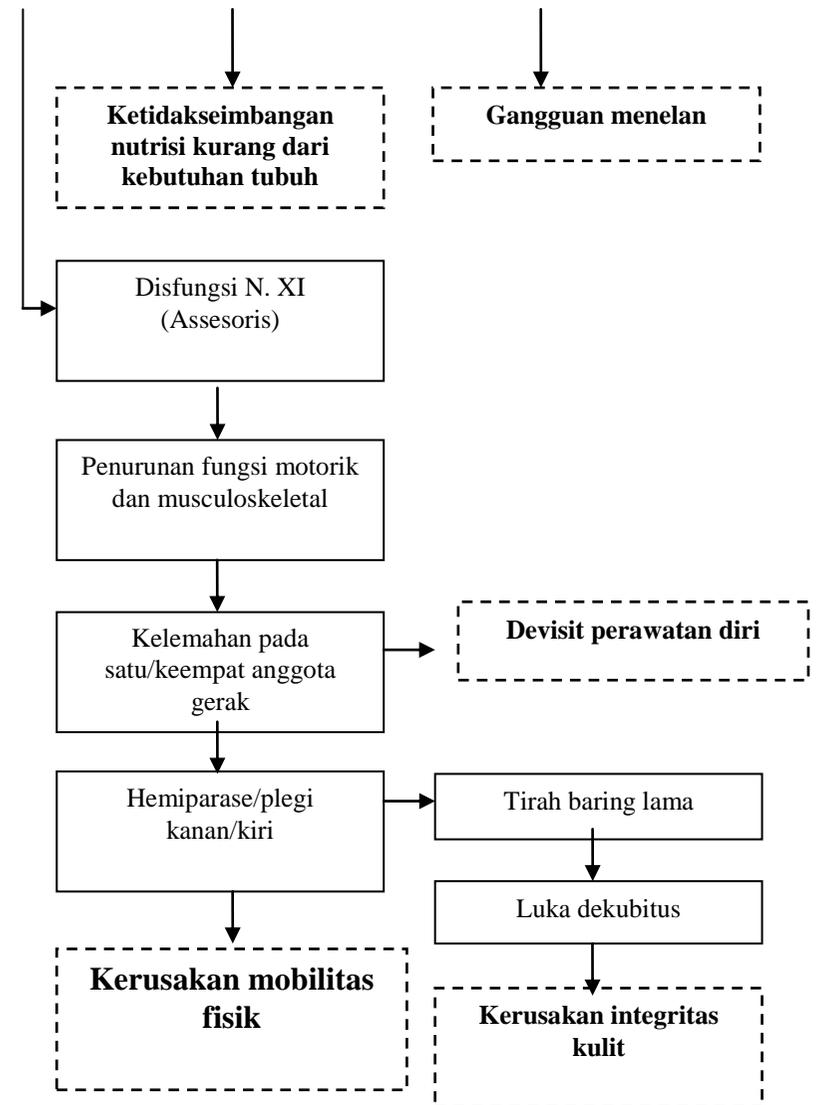
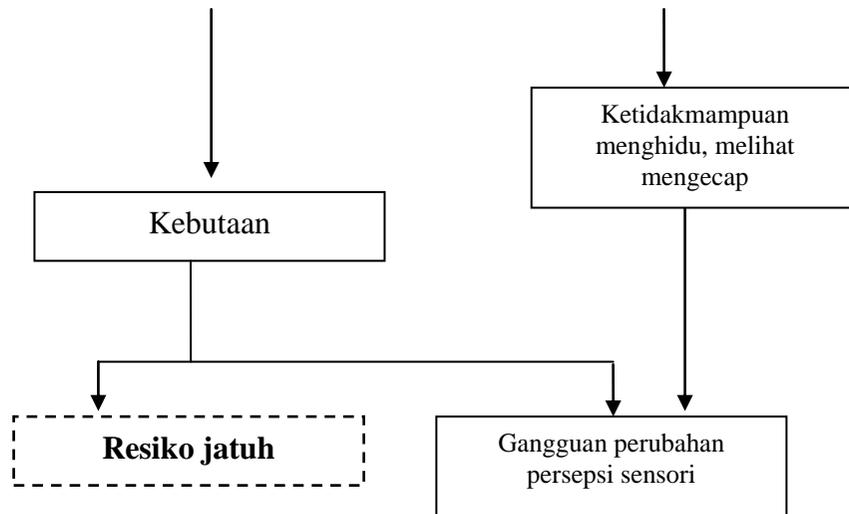
Jika sirkulasi serebri terhambat, dapat berkembang anoksia serebri. Perubahan disebabkan oleh anoreksia serebri dapat reversible untuk jangka waktu 4-6 menit. Perubahan irreversible bila anoreksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebri dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi satunya henti jantung. Selain kerusakan parenkim otak, akibat volume perdarahan yang relative banyak akan mengakibatkan peningkatan tekanan perfusi otak serta terganggunya drainase otak.

Elemen-elemen vasoaktif darah yang keluar serta kaskade iskemik akibat menurunnya tekanan perfusi, menyebabkan neuron-neuron di daerah yang terkena darah dan sekitarnya tertekan lagi. Jumlah darah yang keluar menentukan prognosis. Apabila volume darah lebih dari 60 cc maka resiko kematian sebesar 93 % pada perdarahan dalam dan 71 % pada perdarahan lobar sedangkan bila terjadi perdarahan serebral dengan volume antara 30-60 cc diperkirakan kemungkinan kematian sebesar 75 % tetapi volume darah 5 cc dan terdapat di pons sudah berakibat fatal.

2.1.7. WOC

Skema 2.1 : Phatway





Sumber :
 (Huda & Kusuma, 2016) Nanda NIC
 NOC

2.1.8. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Setyopranoto, 2011) :

a. Angiografi serebri

Membantu menentukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti pendarahan arteriovena atau adanya ruptur dan untuk mencari perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskuler

b. Lumbal pungsi, CT Scan, EEG, Magnetic imaging Resonance (MRI).

c. USG Dopler

Untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah system karotis)

2.1.9. Penatalaksanaan

a. Stadium Hiperakut

Tindakan pada stadium ini dilakukan diinstalasi rawat darurat dan merupakan tindakan resusitasi serebro-kardio-pulmonal bertujuan agar kerusakan jaringan otak tidak meluas. Pada stadium ini, pasien diberi O₂ 2 liter/l dan cairan kristaloid/koloid, hindari pemberian cairan dekstrosa atau salin dalam H₂O. dilakukan pemeriksaan CT-Scan otak, elektrokardiografi, foto torak, darah perifer lengkap, dan jumlah trombosit, protombin time/INR, APTT, glukosa darah, kimia darah (termasuk elektrolit), jika hipoksia, dilakukan analisis gas darah. Tindakan lain di instalasi Rawat darurat adalah memberikan dukungan mental kepada pasien serta memberikan penjelasan pada keluarga nya agar tetap tenang.

b. Stadium Akut

Pada stadium ini, dilakukan penanganan faktor-faktor etiologic maupun penyulit. Juga dilakukan tindakan terapi fisik, okupasi, wicara dan psikologis serta telaah

sosial untuk membantu pemulihan pasien. Penjelasan dan edukasi kepada keluarga serta tata cara perawatan pasien yang dapat dilakukan keluarga.

1) Stroke iskemik

Terapi umum, letakkan kepala pasien pada posisi 30^0 , kepala dan dada pada satu bidang, ubah posisi tidur setiap 2 jam, mobilisasi dimulai bertahap bila hemodinamik sudah stabil, selanjutnya bebaskan jalan nafas, beri oksigen 1-2 liter/menit sampai didapatkan hasil analisa gas darah.

c. Stadium Subakut

Tindakan medis dapat berupa terapi kognitif, tingkah laku, menelan, terapi wicara, dan bladder training (termasuk terapi fisik). Mengingat perjalanan penyakit yang panjang, dibutuhkan penatalaksanaan khusus intensif pasca stroke dirumah sakit dengan tujuan kemandirian pasien, mengerti, memahami dan melaksanakan program preventif primer dan sekunder. Terapi fase subkutan antara lain :

- 1) Melanjutkan terapi sesuai kondisi akut sebelumnya
- 2) Penatalaksanaan komplikasi
- 3) Restorasi/rehabilitas (sesuai kebutuhan pasien) yaitu fisioterapi, terapi wicara, terapi kognitif, dan terapi okupasi
- 4) Prevensi sekunder
- 5) Edukasi keluarga dan discharge planning

2.1.10. Komplikasi

- a. Dalam hal imobilisasi: infeksi pernapasan, nyeri tekan konstipasi dan tromboflebitis
- b. Dalam hal paralisi: nyeri pada daerah punggung, dislokasi sendi, deformitas, dan terjatuh

- c. Dalam hal kerusakan otak: epilepsi dan sakit kepala
- d. Hidrosefalus

Menurut Pudiastuti (2011), komplikasi yang di timbulkan pada pasien stroke adalah :

- a. Bekuan darah

Mudah terbentuk pada kaki yang lumpuh menyebabkan penimbunan cairan, pembengkakan selain itu juga menyebabkan embolisme paru yaitu sebuah bekuan yang terbentuk dalam satu arteri yang mengalir darah keparu.

- b. Dekubitus

Bagain yang biasa mengalami memar adalah pinggul, pantat, sendi, kaki dan tumit bila memar ini tidak bisa dirawat bisa menjadi infeksi.

- c. Pneumonia

Pasien stroke tidak bisa batuk dan menelan secara sempurna, hal ini mengakibatkan cairan berkumpul diparu-paru dan selanjutnya menimbulkan pneumonia.

- d. Atrofi dan kekakuan sendi

Hal ini disebabkan karena kurang gerak dan mobilisasi

- e. Disritmia

- f. Peningkatan tekanan intra cranial

- g. Kontrafractur

- h. Gagal nafas

- i. Kematian

2.1.11. Asuhan Keperawatan Teoritis Stroke

a. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi status kesehatan klien.

Pengkajian stroke non hemoragik meliputi anamnesis, riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostik dan pengkajian psikososial.

1) Anamnesis

Identitas klien meliputi nama, usia (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor register, dan diagnosa medis.

Keluhan utama yang sering menjadi alasan klien untuk meminta bantuan, kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan tingkat kesadaran.

2) Riwayat penyakit saat ini

Serangan stroke non hemoragik sering kali berlangsung sangat mendadak pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah, bahkan kejang sampai tidak sadar selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran dalam hal perubahan didalam intrakranial. Keluhan perubahan perilaku juga namun terjadi sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsive, dan koma.

3) Riwayat Penyakit Terdahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama. Penggunaan obat-obatan antikoagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan. Pengkajian pemakaian obat-obatan yang sering digunakan klien, seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alcohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih lanjut dan untuk memberikan tindakan selanjutnya.

4) Pengkajian psikososial spiritual

Pengkajian psikologi pasien stroke meliputi beberapa dimensi yang jelas mengenai status emosi, kognitif, dan perilaku klien. Pengkajian mekanisme koping yang digunakan klien juga, penting untuk menilai respon emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran klien dalam kehidupan sehari-hari baik dalam keluarga maupun dalam masyarakat. Apakah ada dampak yang timbul pada klien, yaitu timbul ketakutan akan kecacatan, rasa cemas dan rasa ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas secara optimal, dan pandangan terhadap dirinya yang salah (gangguan citra tubuh).

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara. Pola persepsi dan konsep diri yang didapatkan, klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, tidak kooperatif. Pada penanggulangan stres, klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah, karena gangguan proses pikir dan kesulitan

berkomunikasi, pola tata nilai dan kepercayaan, klien biasanya jarang melakukan ibadah spiritual karena tingkah laku yang tidak stabil, kelemahan atau kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

5) Pemeriksaan fisik

Umumnya mengalami penurunan kesadaran, suara bicara kadang mengalami gangguan, yaitu sukar di mengerti, kadang tidak bisa bicara, dan TTV: tekanan darah meningkat, denyut nadi bervariasi.

a. Tingkat Kesadaran

Gonce (2002) mengatakan bahwa kualitas kesadaran pasien merupakan parameter yang paling mendasar dan parameter yang paling penting yang membutuhkan pengkajian. Tingkat keterjagaan pasien dan respon terhadap lingkungan adalah indikator paling sensitive untuk disfungsi system persarafan. Beberapa system digunakan untuk membuat peringkat perubahan dalam keawasan dan keterjagaan seperti table dibawah ini.

Metoda Tingkat Responsivitas

- 1) **Composmentis** : kondisi seseorang yang sadar sepenuhnya, baik terhadap dirinya maupun terhadap dirinya maupun terhadap lingkungannya dan dapat menjawab pertanyaan yang dinyatakan pemeriksa dengan baik
- 2) **Apatis** : yaitu kondisi seseorang yang tampak segan dan acuh tak acuh terhadap lingkungannya
- 3) **Derilium** : yaitu kondisi seseorang yang mengalami kekacauan gerakan, siklus tidur bangun yang terganggu dan tampak gaduh gelisah, kacau, disorientasi serta meronta-ronta

- 4) **Somnolen** : yaitu kondisi seseorang yang mengantuk namun masih dapat sadar bila dirangsang, tetapi bila rangsang berhenti akan tertidur kembali
- 5) **Sopor** : yaitu kondisi seseorang yang mengantuk yang dalam, namun masih dapat dibangunkan dengan rangsang yang kuat, misalnya rangsang nyeri, tetapi tidak terbangun sempurna dan tidak dapat menjawab pertanyaan dengan baik.
- 6) **Semi-Coma** : yaitu penurunan kesadaran yang tidak memberikan respons terhadap pertanyaan, tidak dapat dibangunkan sama sekali, respons terhadap rangsang nyeri hanya sedikit, tetapi refleks kornea dan pupil masih baik
- 7) **Coma** : yaitu penurunan kesadaran yang sangat dalam, memberikan respons terhadap pernyataan, tidak ada gerakan, dan tidak ada respons terhadap rangsang nyeri.

Berikut tingkat kesadaran berdasarkan skala nilai dari skor yang didapat dari penilaian GCS klien :

Tabel 2.1

Penilaian GCS

a.	Nilai GCS Composmentis	:15-14
b.	Nilai GCS Apatis	:13-12
c.	Nilai GCS Derilium	:11-10
d.	Nilai GCS Somnolen	:9-7
e.	Nilai GCS Semi Coma	: 4
f.	Nilai GCS Coma	: 3

Skala Koma Glasgow

Pada keadaan perawatan sesungguhnya dimana waktu untuk mengumpulkan data sangat terbatas, Skala koma Glasgow dapat memberikan jalan pintas yang sangat berguna.

Tabel 2.2
Skala Koma Glasgow

Respon Membuka Mata	Nilai
Spontan	4
Terhadap bicara	3
Terhadap nyeri	2
Tidak ada respon	1
Respon Verbal	Nilai
Terorientasi	5
Percakapan yang membingungkan	4
Penggunaan kata-kata yang tidak sesuai	3
Suara menggemam	2
Tidak ada respon	1
Respon Motorik	Nilai
Mengikuti perintah	6
Menunjuk tempat ransangan	5
Menghindar dari stimulus	4
Fleksi abnormal (dekortikasi)	3
Ekstensi abnormal (deserebrasi)	2
Tidak ada respon	1

b. Gerakan, Kekuatan dan Koordinasi

Kelemahan otot merupakan tanda penting gangguan fungsi pada beberapa gangguan neurologis. Perawat dapat menilai kekuatan ekstremitas dengan memberikan tahanan pada berbagai otot, dengan menggunakan otot perawat sendiri atau menggunakan gaya gravitasi. Hemiparese dan hemiplegia adalah gangguan fungsi unilateral yang diakibatkan oleh lesi kontralateral pada traktus kortikospinal.

Tabel 2.3
Skala peringkat untuk kekuatan otot

Skala peringkat untuk kekuatan otot	
0	Tidak ada kontraksi otot
1	Ada tanda dari kontraksi
2	Bergerak tapi tak mampu menahan gaya gravitasi
3	Bergerak melawan gaya gravitasi tetapi tidak dapat melawan tahanan otot pemeriksa
4	Bergerak dengan lemah terhadap tahanan dari otot Pemeriksa
5	Kekuatan dan regangan yang normal

1) Reflek

Reflek terjadi jika stimulasi sensori menimbulkan respon motorik. Kontrol serebri dan kesadaran tidak dibutuhkan untuk terjadinya reflek. Reflek superficial dan reflek dalam dinilai pada sisi yang simetris dari tubuh dan dibandingkan dengan menunjuk pada kekuatan yang ditimbulkannya. Sebagai contoh adalah reflek plantar. Stimulus sensori diberikan dengan rabaan cepat pada pinggir luar telapak kaki dan menyilang dari tumit kaki dengan menggunakan benda tumpul seperti kunci atau spatel lidah. Respon motorik yang normal adalah ke bawah atau fleksi plantar jari-jari kaki. Respon abnormal(babinski) adalah ibu jari dorso fleksi atau gerakan ke atas ibu jari dengan atau tanpa melibatkan jari-jari kaki yang lain.

2) Perubahan Pupil

Pupil harus dapat dinilai ukuran dan bentuknya (sebaiknya dibuat dalam millimeter). Suruh pasien berfokus pada titik yang jauh dalam ruangan. Pemeriksa harus meletakkan ujung jari dari salah satu tangannya sejajar dengan hidung pasien. Arahkan cahaya yang terang ke dalam salah satu mata dan perhatikan adanya konstiksi pupil yang cepat (respon langsung).

Perhatikan bahwa pupil yang lain juga harus ikut konstriksi (respon konsensual). Anisokor (pupil yang tidak sama) dapat normal pada populasi yang presentasinya kecil atau mungkin menjadi indikasi adanya disfungsi neural.

3) Tanda-tanda Vital

Tanda-tanda klasik dari peningkatan tekanan intra cranial meliputi kenaikan tekanan sistolik dalam hubungan dengan tekanan nadi yang membesar, nadi lemah atau lambat dan pernapasan tidak teratur.

4) Saraf Kranial

- a. **Olfaktorius** : saraf cranial I berisi serabut sensorik untuk indera penghidu. Mata pasien terpejam dan letakkan bahan-bahan aromatic dekat hidung untuk diidentifikasi.
- b. **Optikus** : Akuitas visual kasar dinilai dengan menyuruh pasien membaca tulisan cetak. Kebutuhan akan kacamata sebelum pasien sakit harus diperhatikan.
- c. **Okulomotoris** : Menggerakkan sebagian besar otot mata IV. Troklear : Menggerakkan beberapa otot mata
- d. **Trigeminal** : Saraf trigeminal mempunyai 3 bagian: optalmikus, maksilaris, dan madibularis. Bagian sensori dari saraf ini mengontrol sensori pada wajah dan kornea. Bagian motorik mengontrol otot mengunyah. Saraf ini secara parsial dinilai dengan menilai reflak kornea; jika itu baik pasien akan berkedip ketika kornea diusap kapas secara halus. Kemampuan untuk mengunyah dan mengatup rahang harus diamati.

- e. **Abdusen** : Saraf cranial ini dinilai secara bersamaan karena ketiganya mempersarafi otot ekstraokular. Saraf ini dinilai dengan menyuruh pasien untuk mengikuti gerakan jari pemeriksa ke segala arah.
- f. **Fasial** : Bagian sensori saraf ini berkenaan dengan pengecapan pada dua pertiga anterior lidah. Bagian motorik dari saraf ini mengontrol otot ekspresi wajah. Tipe yang paling umum dari paralisis fasial perifer adalah bell's palsy.
- g. **Akustikus** : Saraf ini dibagi menjadi cabang-cabang koklearis dan vestibular, yang secara berurutan mengontrol pendengaran dan keseimbangan. Saraf koklearis diperiksa dengan konduksi tulang dan udara. Saraf vestibular mungkin tidak diperiksa secara rutin namun perawat harus waspada, terhadap keluhan pusing atau vertigo dari pasien.
- h. **Glosfaringeal** : Sensori: Menerima rangsang dari bagian posterior lidah untuk diproses di otak sebagai sensasi rasa. Motorik: Mengendalikan organ-organ dalam
- i. **Vagus** : Saraf cranial ini biasanya dinilai bersama-sama. Saraf Glosfaringeus mempersarafi serabut sensori pada sepertiga lidah bagian posterior juga uvula dan langit-langit lunak. Saraf vagus mempersarafi laring, faring dan langit-langit lunak serta memperlihatkan respon otonom pada jantung, lambung, paru-paru dan usus halus. Ketidakmampuan untuk batuk yang kuat, kesulitan menelan dan suara serak dapat merupakan pertanda adanya kerusakan saraf ini.
- j. **Asesoris spinal** : Saraf ini mengontrol otot-otot sternokliedomostoid dan otot trapesius. Pemeriksa menilai saraf ini dengan menyuruh pasien

mengangkat bahu atau memutar kepala dari satu sisi ke sisi lain terhadap tahanan, bisa juga di bagian kaki dan tangan.

- k. Hipoglossus** : Saraf ini mengontrol gerakan lidah. Saraf ini dinilai dengan menyuruh pasien menjulurkan lidah. Nilai adanya deviasi garis tengah, tremor dan atropi. Jika ada deviasi sekunder terhadap kerusakan saraf, maka akan mengarah pada sisi yang terjadi lesi.

6) Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan untuk menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan dimana dapat menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah.

Diagnosa keperawatan yang dapat di mana pada klien adalah

1. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak
2. Gangguan menelan b/d penurunan fungsi saraf vagus atau hilangnya refluks muntah
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d ketidakmampuan untuk mencerna makanan, penurunan fungsi saraf hipoglossus.
4. Kerusakan mobilitas fisik yang berhubungan dengan hemiparesis / hemiplegia, kelemahan neuromuskuler pada ekstremitas.
5. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gejala sisa stroke
6. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan hemiparesis/hemiplegia, penurunan mobilitas.
7. Resiko jatuh.
8. Hambatan komunikasi verbal b/d penurunan fungsi otot facial/oral

(Huda & Kusuma, 2016) Nanda NIC NOC

7). Intervensi Keperawatan

Tabel 2.4

Intervensi Keperawatan

No	DIAGNOSA	NOC	NIC
1	Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Circulation status ➢ Tissue Prefusion : cerebral <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendemonstrasikan status sirkulasi yang ditandai dengan : 2. Tekanan systole dan diastole dalam rentang yang diharapkan 3. Tidak ada ortostatik hipertensi 4. Tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial (tidak lebih dari 15 mmHg) 5. Mendemonstrasikan kemampuan kognitif yang ditandai dengan: 6. Berkomunikasi dengan jelas dan sesuai dengan kemampuan 7. Menunjukkan perhatian, konsentrasi dan orientasi 8. Memproses informasi 9. Membuat keputusan dengan benar 10. Menunjukkan fungsi sensori motori cranial yang utuh : tingkat kesadaran membaik, tidak ada gerakan gerakan involunter 	<p>NIC</p> <p>Peripheral Sensation Management (Manajemen sensasi perifer)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dirigin/tajam/tumpul 2. Monitor adanya paretese 3. Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada Isi atau laserasi 4. Gunakan sarung tangan untuk proteksi 5. Batasi gerakan pada kepala, leher dan punggung 6. Monitor kemampuan BAB 7. Kolaborasi pemberian analgetik 8. Monitor adanya tromboplebitis 9. Diskusikan mengenai penyebab perubahan sensasi

NO	DIAGNOSA	NOC	NIC
2	Gangguan menelan b/d penurunan fungsi nerfus vagus atau hilangnya refluks muntah	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pencegahan aspirasi ➤ Ketidakefektifan pola menyusui ➤ Status menelan : tindakan pribadi untuk mencegah pengeluaran cairan dan partikel padat ke dalam paru ➤ Status menelan : fase esofagus : penyaluran cairan atau partikel padat dari faring ke lambung ➤ Status menelan : fase oral: persiapan, penahanan, dan pergerakan cairan atau partikel padat ke arah posterior di mulut ➤ Status menelan : fase faring : penyaluran cairan atau partikel padat dari mulut ke esofagus <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dapat mempertahankan makanan dalam mulut 2. Kemampuan menelan adekuat 3. Pengiriman bolus ke hipofaring selaras dengan refleks menelan 4. Kemampuan untuk mengosongkan rongga mulut 5. Imobilitas konsekuensi : fisiologis 6. Pengetahuan tentang prosedur pengobatan 7. Tidak ada kerusakan otot tenggorong atau otot wajah, menelan, menggerakkan lidah, atau refleks 	<p>Aspiration Precautions</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memantau tingkat kesadaran, refleks batuk, refleks muntah, dan kemampuan menelan 2. Memonitor status paru menjaga/Mempertahankan jalan napas 3. Posisi tegak 90 derajat atau sejauh mungkin 4. Jauhkan manset trakea meningkat 5. Jauhkan pengaturan hisap yang tersedia 6. Menyediakan makanan dalam jumlah kecil 7. Periksa penempatan tabung NG atau gastrostomy sebelum menyusui 8. Periksa tabung NG atau gastrostomy sisa sebelum makan 9. Hindari makan, jika residu tinggi tempat "pewarna" dalam tabung pengisi NG 10. Hindari cairan atau menggunakan zat pengental 11. Penawaran makanan atau cairan yang dapat dibentuk menjadi bolus sebelum menelan 12. Potong makanan menjadi potongan-potongan kecil 13. Permintaan obat dalam bentuk obat mujarab 14. Istirahat atau menghancurkan pil sebelum pemberian 15. Jauhkan kepala tempat tidur ditinggikan 30 sampai 45 menit setelah makan 16. Sarankan pidato/berbicara patologi berkonsultasi, sesuai 17. Sarankan barium menelan kue atau video fluoroskopi, sesuai

		<p>muntah</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Pemulihan pasca prosedur pengobatan 9. Kondisi pernapasan, ventilasi adekuat 10. Mampu melakukan perawatan terhadap non pengobatan parenteral 11. Mengidentifikasi faktor emosi atau psikologis yang menghambat menelan 12. Dapat mentoleransi ingesti makanan tanpa tersedak atau aspirasi 13. Menyusui adekuat 14. Kondisi menelan bayi 15. Memelihara Kondisi gizi : makanan & asupan cairan ibu dan bayi 16. Hidrasi tidak ditemukan 17. Pengetahuan mengenai cara menyusui 18. Kondisi pernafasan adekuat 	
--	--	---	--

NO	DIAGNOSA	NOC	NIC
3	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d ketidakmampuan untuk mencerna makanan, penurunan fungsi saraf hipoglossus.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nutritional Status : ➤ Nutritional Status : food and Fluid Intake ➤ Nutritional Status: nutrient Intake ➤ Weight control <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan 3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 4. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi 5. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dan menelan 6. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti 	<p>Nutrition Management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji adanya alergi makanan 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien. 3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe 4. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C 5. Berikan substansi gula 6. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi 7. Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi) 8. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian. 9. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori 10. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi 11. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan <p>Nutrition Monitoring</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. BB pasien dalam batas normal 2. Monitor adanya penurunan berat badan 3. Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan 4. Monitor interaksi anak atau orangtua selama makan 5. Monitor lingkungan selama makan 6. Jadwalkan pengobatan dan perubahan pigmentasi 7. Monitor turgor kulit 8. Monitor kekeringan, rambut kusam, dan mudah

			<p>patah</p> <ol style="list-style-type: none">9. Monitor mual dan muntah10. Monitor kadar albumin, total protein, Hb, dan kadar Ht11. Monitor pertumbuhan dan perkembangan12. Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva13. Monitor kalori dan intake nutrisi14. Catat adanya edema, hiperemik, hipertonic papila lidah dan cavitas oral.15. Catat jika lidah berwarna magenta, scarlet
--	--	--	---

NO	DIAGNOSA	NOC	NIC
4	Kerusakan mobilitas fisik yang berhubungan dengan hemiparese / hemiplegia, kelemahan neuromuskuler pada ekstremitas.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Joint Movement : Active ➤ Mobility level ➤ Self care : ADLs ➤ Transfer performance <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien meningkat dalam aktivitas fisik b. Mengerti tujuan dan peningkatan mobilitas c. Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah d. Memperagakan penggunaan alat e. Bantu untuk mobilisasi (walker) 	<p>Exercise therapy : ambulation</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan 2. Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan 3. Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera 4. Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik ambulasi 5. Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi 6. Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan 7. Dampingi dan Bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLs pasien. 8. Berikan alat bantu jika klien memerlukan. 9. Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan.

NO	DIAGNOSA	NOC	NIC
5	Deficit perawatan diri b/d gejala sisa stroke	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Activity Intolerance ➤ Mobility: physical Impaired ➤ Self Care Deficit Hygiene ➤ Sensory perception, Auditory disturbed. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri 2. Monitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makanan 3. Sediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care 4. Dorong klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki 5. Dorong untuk melakukan secara mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu untuk melakukannya 6. Berikan aktivitas rutin sehari-hari sesuai kemampuan 7. Pertimbangkan usia klien jika mendorong pelaksanaan aktivitas sehari-hari

NO	DIAGNOSA	NOC	NIC
6	Kerusakan integritas kulit b/d hiperemesis, penurunan mobilitas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tissue Integrity : Skin and Mucous Membranes ➤ Hemodyalis akses <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi) 2. Tidak ada luka/lesi pada kulit 3. Perfusi jaringan baik 4. Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang 5. Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami 	<p>Pressure Management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar 2. Hindari kerutan pada tempat tidur 3. Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering 4. Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali 5. Monitor kulit akan adanya kemerahan 6. Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan 7. Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien 8. Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat <p>Insision site care</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membersihkan, memantau dan meningkatkan proses penyembuhan pada luka yang ditutup dengan jahitan, klip atau straples 2. Monitor proses kesembuhan area insisi 3. Monitor tanda dan gejala infeksi pada area insisi 4. Bersihkan area sekitar jahitan atau staples, menggunakan lidi kapas steril 5. Gunakan preparat antiseptic, sesuai program 6. Ganti balutan pada interval waktu yang sesuai atau biarkan luka tetap terbuka (tidak dibalut) sesuai program

NO	DIAGNOSA	NOC	NIC
7	Resiko jatuh	<p>Trauma Risk For Injury risk for</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Keseimbangan : kemampuan untuk mempertahankan ekuilibrium b. Gerakan terkoordinasi : kemampuan otot untuk bekerja sama secara volunter untuk melakukan gerakan yang bertujuan c. Perilaku pencegahan jatuh : tindakan individu atau pemberi asuhan untuk meminimalkan faktor resiko yang dapat memicu jatuh dilingkungan individu d. Kejadian jatuh : tidak ada kejadian jatuh e. Pengetahuan : pemahaman pencegahan jatuh f. Pengetahuan : keselamatan anak fisik g. Pengetahuan : keamanan pribadi h. Pelanggaran perlindungan tingkat kebingungan Akut i. Tingkat Agitas j. Komunitas pengendalian risiko : Kekerasan k. Komunitas tingkat kekerasan l. Mengasuh keselamatan fisik remaja m. Mengasuh : bayi / balita keselamatan fisik n. Perilaku Keselamatan pribadi 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi defisit kognitif atau fisik pasien yang dapat meningkatkan potensi jatuh dalam lingkungan tertentu 2. Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi risiko jatuh 3. Mengidentifikasi karakteristik lingkungan yang dapat meningkatkan potensi untuk jatuh (misalnya, lantai yang licin dan tangga terbuka) 4. Gunakan rel sisi panjang yang sesuai dan tinggi untuk mencegah jatuh dari tempat tidur, sesuai kebutuhan

NO	DIAGNOSA	NOC	NIC
8	Hambatan komunikasi verbal b/d penurunan fungsi otot facial/oral	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Anxiety self control ➤ Coping ➤ Sensory function: hearing & vision ➤ Fear self control <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Komunikasi: penerimaan, intepretasi dan ekspresi pesan lisan, tulisan, dan non verbal meningkat 2. Komunikasi ekspresif (kesulitan berbicara) : ekspresi pesan verbal dan atau non verbal yang bermakna 3. Komunikasi reseptif (kesulitan mendengar) : penerimaan komunikasi dan intepretasi pesan verbal dan/atau non verbal 4. Gerakan Terkoordinasi : mampu mengkoordinasi gerakan dalam menggunakan isyarat 5. Pengolahan informasi : klien mampu untuk memperoleh, mengatur, dan menggunakan informasi 6. Mampu mengontrol respon ketakutan dan kecemasan terhadap ketidakmampuan berbicara 7. Mampu memajemen kemampuan fisik yang di miliki 	<p>Communication Enhancement : Speech Deficit</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan penerjemah , jika diperlukan 2. Beri satu kalimat simple setiap bertemu, jika diperlukan 3. Konsultasikan dengan dokter kebutuhan terapi bicara 4. Dorong pasien untuk berkomunikasi secara perlahan dan untuk mengulangi permintaan 5. Dengarkan dengan penuh perhatian 6. Berdiri didepan pasien ketika berbicara 7. Gunakan kartu baca, kertas, pensil, bahasa tubuh, gambar, daftar kosakata bahasa asing, computer, dan lain-lain untuk memfasilitasi komunikasi dua arah yang optimal 8. Ajarkan bicara dari esophagus, jika diperlukan 9. Beri anjuran kepada pasien dan keluarga tentang penggunaan alat bantu bicara (misalnya, prostesi trakeoesofagus dan laring buatan 10. Berikan pujian positive jika diperlukan 11. Anjurkan pada pertemuan kelompok 12. Anjurkan kunjungan keluarga secara teratur untuk memberi stimulus komunikasi 13. Anjurkan ekspresi diri dengan cara lain dalam menyampaikan informasi (bahasa isyarat)

		8. Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dengan lingkungan sosial	Communication Enhancement : Hearing Deficit Communication Enhancement : Visual Deficit Anxiety Reduction Active Listening
--	--	---	--

2.2. Terapi *Range Of Motion* (ROM)

2.1.1. Definisi

Range of motion adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan tonus otot dan masa otot (Irfan, 2010). Sedangkan menurut Suratun (2008) ROM adalah gerakan dalam keadaan normal dapat dilakukan oleh sendi yang bersangkutan.

2.1.2. Tujuan *Range Of Motion* (ROM)

Menurut (Perry, 2005) tujuan ROM sebagai berikut :

- a. Mempertahankan dan memelihara fleksibilitas dan kekuatan otot
- b. Memelihara mobilitas persendian
- c. Merangsang sirkulasi darah
- d. Mencegah kelainan bentuk, kekakuan dan kontraktur
- e. Mempertahankan fungsi jantung dan pernafasan

2.1.3. Manfaat *Range Of Motion* (ROM)

Menurut Perry (2005) manfaat ROM sebagai berikut :

- a. Menentukan nilai kemampuan sendi tulang dan otot dalam melakukan gerakan
- b. Mengkaji tulang, sendi, dan otot
- c. Mencegah terjadinya kekakuan sendi
- d. Memperlancar sirkulasi darah
- e. Memperbaiki tonus otot
- f. Meningkatkan mobilisasi sendi
- g. Memperbaiki toleransi otot untuk latihan

2.1.4. Klasifikasi *Range Of Motion* (ROM)

Menurut Perry (2005) klasifikasi ROM adalah :

a. ROM aktif

ROM aktif adalah kontraksi otot secara aktif melawan gaya gravitasi seperti mengangkat tungkai dalam posisi lurus.

b. ROM pasif

ROM pasif yaitu gerakan otot klien yang dilakukan oleh orang lain dengan bantuan oleh klien.

c. ROM Aktif-Asistif

ROM Aktif Asistif yaitu kontraksi otot secara aktif dengan bantuan gaya dari luar seperti terapis, alat mekanis atau ekstremitas yang sedang tidak dilatih.

d. ROM Aktif Resestif

ROM Aktif Resensif adalah kontraksi otot secara aktif melawan tahanan yang diberikan, misalnya beban.

2.1.5. Indikasi *Range Of Motion* (ROM)

Menurut Perry (2005) pemberian ROM dapat diberikan sedini mungkin untuk menghindari adanya komplikasi akibat kurang gerak, seperti kontraktur, kekakuan sendi, dan lain-lain. Indikasi ROM adalah :

a. Indikasi ROM Aktif

1) Pada saat pasien dapat melakukan kontraksi otot secara aktif dan menggerakkan ruas sendinya baik dengan bantuan atau tidak.

2) Pada saat pasien memiliki kelemahan otot dan tidak dapat menggerakkan persendian sepenuhnya, digunakan A-AROM (Active-Assistive ROM, adalah jenis ROM Aktif yang mana bantuan diberikan melalui gaya dari

luar apakah secara manual atau mekanik, karena otot penggerak primer memerlukan bantuan untuk menyelesaikan gerakan).

- 3) ROM Aktif dapat digunakan untuk program latihan aerobik.
- 4) ROM Aktif digunakan untuk memelihara mobilisasi ruas diatas dan dibawah daerah yang tidak dapat bergerak.

b. Indikasi ROM Pasif

- 1) Pada daerah dimana terdapat inflamasi jaringan akut yang apabila dilakukan pergerakan aktif akan menghambat proses penyembuhan.
- 2) Ketika pasien tidak dapat atau tidak diperbolehkan untuk bergerak aktif pada ruas atau seluruh tubuh, misalnya keadaan koma, kelumpuhan atau bed rest total.

2.1.6. Kontraindikasi *Range Of Motion* (ROM)

Kontraindikasi dan halhal yang harus diwaspadai pada latihan ROM menurut (Doenges, 2005) yaitu :

- a. Latihan ROM tidak boleh dilakukan apabila gerakan dapat mengganggu proses penyembuhan segera
 - 1) Gerakan yang terkontrol dengan seksama dalam batas-batas gerakan yang bebas nyeri selama fase awal penyembuhan akan memperlihatkan manfaat terhadap penyembuhan dan pemulihan.
 - 2) Terdapat tandatanda terlalu banyak atau terdapat gerakan yang salah, termasuk meningkatnya rasa nyeri dan peradangan
- b. ROM tidak boleh dilakukan bila respon pasien atau kondisinya membahayakan (life threatening)

1. PROM dilakukan secara hati-hati pada sendi-sendi besar, sedangkan AROM pada sendi ankle dan kaki untuk meminimalisasi venous stasis dan pembentukan thrombus
2. Pada keadaan setelah infark miokard, operasi arteri koronia, dan lain-lain, AROM pada ekstremitas atas masih dapat diberikan dalam pengawasan yang ketat.

2.3. Konsep *Spherical Grip*

2.3.1. Definisi

Spherical grip merupakan latihan fungsional tangan dengan cara menggenggam sebuah benda berbentuk bulat seperti bola karet pada telapak tangan, dimana saat responden melakukan latihan dengan bola karet, beban yang diangkat lebih besar dari pada responden yang melakukan latihan dengan benda lain seperti tissue gulung yang menyebabkan kontraksi. Mekanisme yang dilakukan melalui latihan ini berdampak pada peningkatan kekuatan otot yang lebih baik. (Irsyam, 2012 dalam penelitian Olviani, 2017)

2.3.2. Teknik Pemberian *Spherical Grip*

Langkah-langkah *Range Of Motion (ROM) Spherical Grip* menurut penelitian Anggriani dkk, 2018 :

1. Berikan bola kepada klien
2. Lakukan koreksi pada jari-jari agar menggenggam sempurna
3. Posisikan *wrist joint* (pergelangan tangan) 45°
4. Berikan instruksi untuk menggenggam kuat selama 5 detik
5. Rileks
6. Lakukan pengulangan sebanyak 7 kali.

2.3.3. Manfaat Pemberian

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Anggriani dkk (2018) yang berjudul “*Range of Motion Spherical grip* dapat Meningkatkan Kekuatan Otot Ekstremitas Atas Pasien Stroke” pada latihan *Spherical grip* diharapkan agar terjadi peningkatan mobilitas pada daerah pergelangan tangan (wrist joint) serta stabilitas pada daerah punggung tangan (metacarpophalangeal joint) dan jari-jari (phalangs). Pemberian latihan ROM Aktif *Spherical grip* dapat dijadikan sebagai alternative terapi latihan dalam proses rehabilitasi pasien stroke untuk upaya pencegahan terjadinya kondisi cacat permanen pada pasien paska perawatan dirumah sakit.

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1. Pengkajian

3.1.1. Identitas Klien

Nama	: Ny. K
TTL	: 04 Oktober 1944
Umur	: 74 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Status perkawinan	: Menikah
Agama	: Islam
Suku	: Jawa
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Petani
Lama bekerja	: ±40 tahun
Alamat	: Jl. Candi Jonggrang Kuamang Kuning XII, Rt 13
Tanggal masuk	: 06-02-2019
Tanggal pengkajian	: 08-02-2019
Diagnosa Medik	: <i>Stroke Iskemik</i>
Sumber informasi	: Klien, Keluarga dan List pasien.

A. Keluarga terdekat yang dapat dihubungi :

Nama : Tn. S

Umur : 39 tahun

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Kepala Desa

3.1.2. Status Kesehatan Saat Ini

a. Alasan Masuk

Klien masuk RS pada tanggal 06 Februari 2019 jam 09.45 WIB melalui IGD RSUD. H. Hanafie Muara Bungo keluarga klien mengatakan klien mengalami kelemahan anggota badan sebelah kanan, sebelum masuk RS keluarga klien mengatakan Ny. K mengalami kecelakaan terjatuh di kamar mandi sampai pingsan.

b. Riwayat Kesehatan Saat Ini

Pada saat pengkajian tanggal 08 Februari 2019 jam 08.30 WIB di ruangan Dahlia dengan keluhan keluarga klien mengatakan klien mengalami kelemahan anggota badan sebelah kanan, keluarga klien mengatakan klien sedikit susah untuk membuka mulut, bicara dan klien mengalami bicara pelo, keluarga klien mengatakan klien mengalami kesulitan dalam menelan, sakit kepala, keluarga klien mengatakan klien tidak bisa berbicara dan menelan, Klien terpasang O₂ 3 Liter, klien terpasang infus RL 20 tpm, klien mengalami hemiparesis pada tubuh sebelah kanan, keluarga klien mengatakan semua aktivitas klien dibantu oleh keluarga. Klien tidak dapat

melakukan personal hygiene sendiri Karena mengalami kelemahan anggota gerak sebelah kanan, tampak klien sedang dilap-lap oleh keluarganya untuk memandikan pasien. Klien terbaring di tempat tidur, klien tampak lemah. Keluarga mengatakan klien tidak pernah gosok gigi

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Keluarga klien mengatakan klien pernah di rawat di rumah sakit 2 minggu yang lalu dengan penyakit yang sama, klien mempunyai riwayat penyakit hipertensi. Keluarga klien mengatakan klien pernah terjatuh dikamar mandi 2 hari yang lalu sebelum masuk ke rumah sakit. Keluarga klien mengatakan tidak pernah dirawat dirumah sakit.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga klien mengatakan bahwa didalam keluarga nya yaitu ibu klien menderita penyakit yang sama dengan klien seperti hipertensi, untuk keluarga yang lain nya tidak ada yang menderita riwayat penyakit kronis lainnya seperti Diabetes Melitus, Gagal Ginjal dan lain sebagainya.

e. Faktor pencetus

Faktor pencetus klien mengalami stroke adalah klien mengalami kecelakaan terjatuh dikamar mandi dan klien mempunyai riwayat hipertensi.

d. Timbulnya Keluhan dan Faktor Pemberat

Timbulnya keluhan yang dirasakan Ny. K yaitu seminggu setelah terjadi kecelakaan dan di perberat ketika Ny. K sering kelelahan.

e. Riwayat Alergi (Obat dan Makanan)

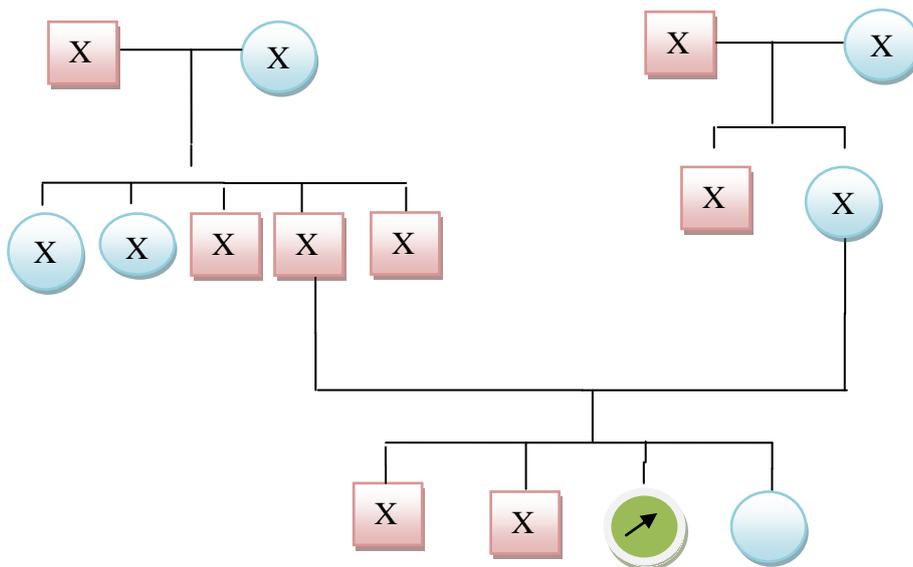
Keluarga klien mengatakan tidak ada alergi makanan, obat-obatan, cuaca dan debu .

f. Kebiasaan

Keluarga klien mengatakan sebelum sakit kebiasaan minum teh, keluarga klien mengatakan tidak ada kebiasaan lain seperti merokok, alkohol dan minuman keras. Keluarga klien mengatakan tidak pernah mengkonsumsi obat-obatan.

3.1.3. Genogram

Skema 3.1.
Genogram



Keterangan:

-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Klien
-  : Meninggal

3.1.4. Data Aktivitas Sehari-Hari

Tabel 3.1
Data Aktivitas sehari-hari.

No.	AKTIVITAS	DIRUMAH	DI RUMAH SAKIT
1.	Pola Nutrisi Dan Cairan	<p>Keluarga klien mengatakan frekuensi makan klien 3x sehari minum 5-6 gelas/hari dengan lauk seperti ikan, ayam dan sayur mayor. Nafsu makan baik, tidak ada penurunan BB dalam 3 bulan terakhir.</p>	<p>Keluarga klien mengatakan klien makan dan minum di bantu dengan keluarganya. Makanan yang diberikan dari rumah sakit adalah berupa makanan lunak dan bubur kacang hijau dengan Frekuensi makan 3x sehari, namun klien hanya menghabiskan makan ¼ porsi (2-4 sendok), keluarga mengatakan klien mengalami kesulitan menelan makanan.</p> <p>Keluarga klien mengatakan minum 1 gelas/hari, tidak ada penurunan berat badan yang signifikan selama 3 bulan terakhir,</p> <p>Keluhan : keluarga klien mengatakan klien mengalami kesulitan dalam menelan makanan.</p> <p>intake :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. cairan infus RL 1500 ml 2. minum 250ml 3. makan 2-4 sdm (1 sdm = 15

			<p>cc, jadi 4 sdm = 60 cc)</p> <p>Output :</p> <p>1. urine</p> <p>klien menggunakan pampers dengan ukuran L dengan frekuensi 3 kali sehari mengganti pampers sebanyak 800 cc sekali pergantian pampers. Maka jumlah output urine nya adalah 2400 cc/hri.</p>
2.	Pola Eliminasi	<p>BAB</p> <p>Keluarga klien mengatakan klien rutin BAB dengan frekuensi 1 kali sehari dan waktu BAB pagi hari warna kuning tua, Konsistensi lunak</p> <p>BAK</p> <p>keluarga mengatakan frekuensi BAK ±5-6 kali perhari. Warna kuning jernih.</p>	<p>BAB</p> <p>keluarga klien mengatakan selama dirumah sakit klien belum ada BAB.</p> <p>BAK</p> <p>klien memakai pampers, dengan frekuensi pemakaian pampers 3 kali sehari dengan isi 800 cc/1 kali pergantian pampers, warna urine kuning jernih. Bau urine khas.</p>
3	Pola Istirahat Dan Tidur	<p>Keluarga klien mengatakan waktu tidur dirumah sebelum sakit adalah ± 6-7 jam /hari. Kebiasaan pengantar tidur tidak ada.. Kesulitan dalam tidur tidak ada.</p>	<p>Keluarga mengatakan selama di rumah sakit klien tidur malam ±7-8 jam perhari, tidur siang ±1 jam. Tidak ada kesulitan dalam tidur, dan tidak ada penghantar music dalam tidur hanya membaca do'a sebelum klien tidur.</p>

3.1.5. Pola Aktivitas Dan Latihan

Sebelum sakit :

Keluarga mengatakan sebelum sakit aktivitas rutin yang dilakukan klien adalah seperti berkebun di belakang rumah, dan pergi pengajian setiap hari jum'at sore. Klien berolahraga ringan hanya jalan santai pada waktu pagi hari setelah sholat subuh berjamaah. Kegiatan di waktu luang klien hanya menemani cucu-cucunya bermain disekitar rumah.

Selama sakit :

Selama sakit keluarga mengatakan klien tampak lemah dan klien tidak dapat beraktivitas seperti biasanya karena lemahnya anggota gerak sebelah kanan klien sehingga klien tidak dapat beraktivitas seperti biasanya, keluarga klien mengatakan klien tidak dapat bangun duduk dan berdiri. Selama klien di rumah sakit klien hanya berbaring. Keluarga klien mengatakan saat sakit semua aktivitas klien seperti mengganti pakaian, makan, dan minum dibantu oleh keluarga nya. Tampak keluarga sedang mengelap-elap tubuh klien. Pada saat dilakukan pengkajian pola aktivitas berdasarkan Indeks ADL Barthel didapatkan klien mengalami ketergantungan total dengan skor 4 (ketergantungan total).

Tabel 3.2.

Pola aktivitas dan Latihan

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
Makan dan minum					4
Mandi					4
Berpakaian					4
Toileting					4
TOTAL	16				

Keterangan :

0 = Mandiri

1 = Alat bantu

2 = Memerlukan bantuan atau pengawasan orang lain

3 = Memerlukan bantuan, pengawasan orang lain dan alat

4 =Tergantung total dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan

3.1.6. Data Lingkungan

Keluarga klien mengatakan klien tinggal di Desa Rejo Sari kuamang kuning unit 12 Rt. 13, rumah klien berada dalam perkampungan jauh dari polusi udara dan keramaian, serta halaman rumah yang luas dan bersih, keluarga mengatakan jarak antara kamar mandi dan saptitank \pm 10 meter.

3.1.7. Data Psikososial

1. Pola pikir dan persepsi terhadap penyakitnya : Keluarga klien mengatakan pasrah dengan keadaan klien saat ini, apa yang menimpa klien adalah ujian dari Allah., klien tampak tidak menggunakan alat bantu penglihatan dan alat bantu pendengaran.

2. Persepsi Diri :

- a) Keluarga klien mengatakan sering berpikir tentang penyebab penyakitnya, dan sangat berharap agar dapat melakukan aktivitas seperti biasanya dan slalu berfikiran positif untuk cepat sembuh .
- b) Kesan terhadap perawat, klien mengatakan sangat senang dan sangat berterimakasih dengan perawat yang telah merawatnya. Serta pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit serta sangat percaya bahwa perawat yang membantu merawatnya supaya cepat sembuh.

3. Suasana Hati

- a) Keluarga klien mengatakan bahwa semoga klien dapat menerima kondisi yang dialaminya, mungkin ini adalah suatu teguran untuknya, keluarga klien mengatakan tidak ingin kembali kerumah sakit lagi, semoga klien lekas diberi kesembuhan.

4. Hubungan / komunikasi :

- a) Keluarga klien mengatakan menggunakan bahasa daerah (jawa) dengan jelas dan dapat dimengerti oleh orang lain. Keluarga mengatakan klien berkomunikasi baik dengan keluarga, tetangga dan sanak saudara. Keluarga klien mengatakan klien tinggal serumah dengan anaknya. Adat istiadat yang dianut adalah adat jawa, pembuat keputusan dalam keluarga adalah dengan secara bermusyawarah dengan anak-anaknya.
- b) Kebiasaan Seksual : Tidak di kaji, karena klien adalah seorang janda, suami klien sudah meninggal dunia sejak tahun 2004.

5. Pertahanan Koping :
 - a) Pengambilan keputusan oleh anak pertama klien.
 - b) Yang disukai tentang dirinya sendiri : pekerja keras menhghidupi anak-anaknya selama sudah ditinggalkan oleh suaminya
 - c) Yang ingin dirubah dalam dirinya : tidak ada hanya ingin lebih baik lagi kedepannya
 - d) Yang dilakukan jika stres : mencari pemecahan masalah
 - e) Yang dilakukan perawat agar anda nyaman : menjelaskan tentang penyakitnya serta apa saja penyebab dari sakitnya.
6. Sistem nilai kepercayaan :
 - a) Keluarga klien mengatakan bahwa klien beragama islam, sebelum sakit klien aktif mengikuti acara keagamaan disekitar rumahnya. Keluarga klien mengatakan klien sholat 5 waktu. Namun ketika sakit klien tidak melakukan kegiatan agama seperti sholat karena kondisinya.

3.1.8. Pengkajian Fisik

1. Pengkajian fisik umum :
 - a. Tingkat Kesadaran : CM (GCS 15, E 4 M 6 V5)
 - b. Keadaan umum : Lemah
 - c. Tanda tanda vital : TD : 150/90 mmHg,
Nadi : 78 x/ menit, Suhu : 37° C, RR : 20x/
menit
 - d. BB / TB :BB 57 kg/ TB 158 cm
2. Pemeriksaan head to toe :

a. Kepala :

- Inspeksi : Bentuk kepala klien tampak bulat, kulit kepala tampak bersih, rambut panjang berwarna putih.
- Palpasi : tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan.

b. Mata :

- Inspeksi : Pupil isokor kiri kanan simetris, tidak ada peradangan, reaksi cahaya positif, konjungtiva anemik, penglihatan kabur/tidak tampak jelas.
- Palpasi : saat diraba tidak ada pembengkakan serta nyeri tekan di sekitar mata.

c. Hidung :

- Inspeksi

Hidung tampak simetris, tidak terdapat perdarahan pembengkakan /massa, polip hidung tidak ada serta peradangan mukosa hidung tidak ada, tidak tampak asa serumen/secret, klien terpasang O₂ 3 L/menit.

- Palpasi

Tidak teraba pembengkakan pada hidung (sinus) atau yang lainnya, tidak ada nyeri tekan atau lepas di daerah hidung, terpasang O₂ 3 liter/menit dengan nasal kanul, tidak ada nyeri tekan atau lepas di daerah hidung

d. Mulut dan Tenggorokan :

- Inspeksi :

Mulut simetris mukosa bibir tampak kering, ada kesulitan dalam menelan, keluhan : bicara pelo, dan keluarga mengatakan tidak mengerti apa yang dibicarakan klien karena bicara klien tidak jelas, keluarga mengatakan klien sulit untuk makan, pada saat dilakukan pemeriksaan dengan menggunakan *nervus glossofaringeus* klien tidak bisa merasakan rasa asin atau manis.

- Palpasi : Saat diraba tidak terdapat pembengkakan/massa pada mulut

e. Leher

- Inspeksi

Leher tampak simetris, tidak tampak ada pembengkakan/massa pada leher, tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid.

- Palpasi

Saat diraba tidak terdapat pembengkakan/massa tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, arteri karotis teraba.

f. Dada dan pernapasan

- Inspeksi : tampak simetris, RR 20 x/ menit dan pola napas teratur
- Palpasi : tidak ada nyeri tekan
- Perkusi : sonor
- Auskultasi : Vesikuler, tidak ada bunyi napas tambahan

g. Kardiovaskuler

- Inspeksi : Iktus cordis tidak terlihat, tidak ada pembesaran vena jugularis, bibir tampak pucat dan kering, tidak ada perubahan warna kulit dan kuku, tampak bekas operasi diekstremitas kanan bawah, tidak ada edema.
- Palpasi : Iktus cordis teraba pada ICS ke 5, Nadi 78x/menit
- Perkusi : Redup pada ICS ke 2-5
- Auskultasi: BJ I (Lup saat berkontraksi) dan BJ II (dup saat relaksasi), tidak ada bunyi mur-mur dan gallop

h. Abdomen

- Inspeksi : simetris, tidak ada lesi, tidak ada bekas operasi, warna kulit sawo matang, tampak bersih.
- Auskultasi: Bising usus 10 x/menit
- Palpasi : Nyeri tekan (-), tidak teraba benjolan
- Perkusi : Tympani

i. Genitalia

- Tampak bersih, tidak ada lesi dan klien tidak terpasang kateter, klien menggunakan pampers.

j. Ekstremitas :

- ekstremitas kanan atas : kekuatan otot lengan menurun (1), tidak ada edema, tidak ada lesi.
- ekstremitas kanan bawah : kekuatan otot tungkai menurun (1), tidak ada edema, tidak ada lesi.

- ekstremitas kiri atas : terpasang infus RL 20 tts/menit, tidak ada lesi, tidak ada edema, kekuatan otot baik, warna kulit sawo matang, turgor kulit baik
- ekstremitas kiri bawah : tidak ada edema, tidak ada lesi, warna kulit sawo matang, turgor kulit baik, kekuatan otot baik.
- Nilai kekuatan otot

1111	5555
1111	5555

k. Kulit :

- Pigmentasi kulit merata, warna sawo matang, kulit keriput, CRT 2 dtk.

l. Neurologis

Tingkat kesadaran : CM

GCS 15 afasia (E 4, M 6, V5)

2. Pemeriksaan saraf cranial :

Tabel 3.3

Pemeriksaan Saraf Cranial

I	Nervus Olfaktorius : Saraf sensori untuk penghiduan		
	Penciuman	Terganggu (tidak mengaguk pada saat perawat memberikan ransangan bau kopi dengan mata tertutup)	
II	Nervus Optikus : Saraf sensori	Kanan	Kiri
	Tajam penglihatan	Berkurang (tampak kesulitan ditandai dengan tidak mengaguk ketika perwat melihat dan membacakan satu angka pada Ny. K)	Normal
	Lapang Pandang	Tidak bisa dikaji	Tidak bisa dikaji
III	Nervus Okulomotorius : Mengkaji ukuran kedua	Kanan	Kiri
	pupil Kelopak mata	Terganggu (tidak simetris dengan mata kanan pada saat mengedip)	Normal
	Pupil :		
	Diameter	2 mm	2 mm
	Bentuk	Bulat	Bulat
	Reflek cahaya langsung	+	+
IV	Nervus Trochlearis : Pergerakan mata ke arah inferior dan medial		
	Gerak mata ke lateral :		
	Bawah	Tidak simetris antara kiri dan kanan	
	Strabismus	Tidak simetris pada mata sebelah kiri	
	Diplopia	Tidak bisa dikaji	
V	Nervus Trigemini : Devisi sensorik dan motorik		
	Membuka mulut	Terganggu (tidak mampu untuk membuka mulut sesuai yang diperintahkan)	
VI	Nervus Abducentis : Mengontrol pergerakan mata		
	Strabismus konvergen	Tidak simetris antara kiri dan kanan	
	Diplopia	Tidak bisa dikaji	
VII	Nervus Fasialis : Devisi sensorik dan motorik		
	Mengerutkan dahi	Kerutan (+) tampak ada kerutan	
	Menutup mata	Normal	
	Meringis	Normal	

	Memperlihatkan gigi	Terganggu (tidak mampu untuk memperlihatkan gigi sesuai yang diperintahkan)	
	Bersiul	Tiadak mampu	
VIII	Nervus Akustikus : Pendengaran		
	Mendengar suara	Normal (tidak ada gangguan)	
IX	Nervus Glosofaringeus : Saraf sensorik dan motorik		
	Daya mengecap	Normal (saat diberikan ransangan rasa asam Ny.K tampak reflek secara langsung mengedipkan kedua mata, ekspresi wajah seperti merasakan rasa asam)	
	Reflek muntah	Normal	
X	Nervus Vagus : Saraf sensorik dan motorik		
	Bersuara	Terganggu (tidak mampu berbicara dan mengeluarkan suara)	
	Menelan	Terganggu (tidak mampu menelan, kesulitan untuk menelan pada saat diberikan makanan)	
XI	Nervus Aksesorius : Saraf motorik yang mempersarafi otot		
	Menoleh	Terganggu (tidak mampu menoleh ketika di berikan perintah)	
	Kekuatan otot	1111	5555
		1111	5555
XII	Nervus Hipoglosus : Saraf motorik yang mempersarafi lidah		
	Mengeluarkan lidah	Terganggu (tidak mampu mengeluarkan lidah seperti yang diperintahkan)	
	Tremor	Tidak terdapat tremor	

Pemeriksaan Penunjang

Hasil Pemeriksaan Laboratorium tanggal 06 februari 2019

Tabel 3.4

Hasil Pemeriksaan Laboratorium :

NO	Jenis pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Ket. Hasil	Nilai normal
1	Hemoglobin	12,8 gr/dl	Normal	12 – 16 / 13 – 18 gr/dl
2	Leukosit	7,500 sel/mm ³	Normal	5000 – 10000 sel/mm ³
3	Ht	40%	Normal	38-43/40-48 %
4	Trombosit	233.000 sel/mm ³	Normal	150.000-400.000sel/mm ³
5	LED 1 jam	80 mm/jam	Meningkat	0-10/0-15 mm/jam
6	Kolesterol	230 mg/dl	Meningkat	<220mg/dl
7	Creatinin	0,7mg/dl	Normal	0,6-1,1
8	Triglycerides	207mg/dl	Meningkat	<150

- ✓ Kolesterol tinggi meningkatkan risiko seseorang terkena penyempitan pembuluh darah arteri kondisi ini dapat terjadi pada pembuluh darah otak yang akan menyebabkan stroke.
- ✓ Triglycerida yang tinggi dapat memicu penebalan pada dinding pembuluh darah sehingga beresiko terjadinya stroke.

CT- Scan : pada tanggal 12-02-2019.

Gambar 3.1
Hasil CT- Scan



Deskripsi :

- ✓ Lesi iskemik multiple pada lobus parietal kanan dan lobus frontal kiri
- ✓ Tidak tampak perdarahan
- ✓ Cavum septum pellucidum disertai ventriculomegaly ringan

Pengobatan pada tanggal 08 februari 2019.

- ✓ Pengobatan intravena infus RL 20 tpm 8jam/kolov.
- ✓ Jenis-jenis obat yang dipakai.

Tabel 3.5

Daftar Obat

NO	NAMA OBAT	DOSIS	KEGUNAAN	EFEK SAMPING
1	RL	15 tetes/menit	Larutan steril yang digunakan sebagai penambah cairan dan elektrolit untuk mengembalikan keseimbangan.	Nyeri dada, detak jantung tidak normal, turunnya tekanan darah, kesulitan bernafas, batuk, bersin-bersin, ruam kulit, gatal pada kulit dan sakit kepala.
2	Neulin	1 gr/hari	obat yang digunakan untuk memelihara kesehatan dengan memperbaiki daya ingat dan kemampuan otak..	gangguan saluran pencernaan, keringat berlebihan, dan nyeri pada perut.
3	Neurotam	3gr/hari	Mengatasi penyakit sirkulasi otak dan penyakit gangguan saraf otak.	keguguran, mudah marah, sukar tidur, gelisah, gemetar, agitasi, lelah, mengantuk, mual, muntah, diare, gastralgia, sakit kepala, vertigo, mulut kering, libido meningkat, menambah berat badan dan sebagian besar reaksi hipersensitif penyakit kulit. Pada kebanyakan kasus, pengurangan dosis cukup untuk menghilangkan semua efek samping.
4	Omeprazole	4gr/hari	Mengurangi produksi asam	a. Sakit kepala. b. Sembelit

			<p>lambung, mencegah dan mengobati gangguan pencernaan atau nyeri ulu hati, tukak lambung, sindrom Zollinger-Ellison, GERD, dan infeksi <i>H. Pylori</i>, serta mengurangi produksi asam lambung selama operasi.</p>	<p>atau <u>konstipasi</u>.</p> <ul style="list-style-type: none"> c. Diare. d. Sakit perut. e. Nyeri sendi. f. Sakit tenggorokan. g. Kram otot. h. Hilang selera makan.
5	Amlodipin	2x5 gr/hari	<p>obat untuk mengatasi hipertensi atau tekanan darah tinggi. Obat ini juga bisa digunakan untuk membantu mengatasi serangan <i>angina pectoris</i> atau angin duduk.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Merasa lelah atau pusing. b. Jantung berdegup kencang. c. Merasa mual dan tidak nyaman di bagian perut. d. Pergelangan kaki membengkak
6	Atorvastatin tablet	1x20 gr	<p>obat yang digunakan untuk menurunkan kolesterol jahat (LDL) dan trigliserida, serta meningkatkan jumlah kolesterol baik (HDL) di dalam darah</p>	<p>Hidung tersumbat, Sakit tenggorokan, Nyeri sendi, Nyeri di bagian lengan atau tungkai, Diare.</p>

DATA FOKUS

Tabel 3.6

Data Fokus

Data Subjektif	Data Objektif
<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga klien mengatakan anggota gerak sebelah kanan klien lemah (hemiparese) 2. Keluarga mengatakan klien tidak dapat bangun, duduk dan berdiri. 3. Keluarga klien mengatakan klien bicara pelo 4. Keluarga mengatakan klien mengalami kesulitan menelan makanan (disfagia) 5. Keluarga klien mengatakan tidak dapat mengerti apa yang dibicarakan klien 6. Klien mengatakan minum air mineral 2-3 gelas/24jam, klien mengatakan makan hanya ¼ porsi dari porsi yang disediakan, BAB tidak ada. 7. Keluarga klien mengatakan segala aktivitas nya dibantu oleh keluarganya seperti makan, minum dan mengganti pakaian. 8. Keluarga mengatakan klien tidak pernah menggosok giginya. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak mengalami heiparese sebelah kanan atas dan bawah. 2. Kekuatan otot klien $\begin{array}{r l} 1111 & 5555 \\ \hline 1111 & 5555 \end{array}$ 3. tampak ADL klien dibantu dengan keluarga seperti toileting, hygiene, makan dan minum dibantu keluarga dan dilakukan diatas tempat tidur klien. 4. Klien dapat memahami kata-kata namun tidak dapat mengucapkannya. 5. Disartria (+). 6. Hemiparases Dextra (+) : anggota gerak sebelah kanan mengalami kelemahan otot. 7. tampak klien makan dibantu oleh keluarga 8. tampak keluarga klien mengganti pampers 9. Nadi 78 x / mnt, Suhu 37° C Respiratori 20 x / mnt, tekanan darah 150/90 mmHg. 10. Tampak klien kesulitan melakukan mikami. 11. Tampak klien dilap anggota tubuhnya oleh keluarga. 12. Nilai score aktivitas fisik klien yaitu tergantung total 13. Tampak makanan yang diberikan dari rs adalah bubur dan makanan lunak. 14. Klien tampak lemah 15. Tampak klien sulit menelan makanan 16. Tampak klien sulit mengunyah makanan 17. Kesadaran Compos Mentis (GCS 15 (E 4, M 6, V5) 18. Klien terpasang O2 3 L/menit 19. Tanda tanda vital : <ul style="list-style-type: none"> ▪ TD : 150/90 mmHg ▪ Nadi : 78 x/ menit ▪ Suhu : 37° C ▪ RR : 20x/ menit 20. Kolesterol : 230 mg/dl 21. Triglycerides : 207 mg/dl

	<p>22. Nervus trigeminus terganggu Nervus V Trigemini (mengontrol sensori pada wajah) : klien sedikit kesulitan untuk membuka mulut sesuai dengan perintah</p> <p>23. Nervus X Vagus (mempersyarafi laring, faring dan langit-langit) : klien tidak bisa menelan</p> <p>24. Nervus XI Aksesorius (mengontrol otot-otot sternokleidomastoid yaitu berfungsi untuk melenturkan dan memutar leher dan otot trapesius) : yaitu klien tidak bisa menoleh sesuai yang di instruksikan, klien juga tidak bisa mengangkat bahunya, tidak ada kontraksi otot pada kaki dan tangan sebelah kiri klien.</p> <p>25. Nervus XII Hipoglossus (mengontrol gerakan lidah) : yaitu tidak mampu mengeluarkan lidah seperti yang diperintahkan</p> <p>26. CT-Scan :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Lesi iskemik multiple pada lobus parietal kanan dan lobus frontal kiri ✓ Tidak tampak perdarahan ✓ Cavum septum pellucidum disertai ventriculomegaly ringan
--	--

3.2. ANALISA DATA

Nama Klien : Ny. K (74Th)

Ruangan : Ruang Dahlia

Tabel 3.7

Analisa Data:

No.	Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ keluarga klien mengatakan anggota gerak sebelah kanan klien lemah <p>DO :</p>	<p>Kerusakan jaringan otak</p>	<p>Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ klien mengalami hemiparese anggota tubuh sebelah kanan ➤ Ny. K mengalami Aphasia ➤ Kekuatan otot <ul style="list-style-type: none"> 1111 5555 1111 5555 ➤ TTV : ➤ TD = 150/90 mmHg ➤ Nadi = 78 x/menit ➤ Suhu = 37⁰C ➤ RR = 20x/menit ➤ Klien terpasang O2 3 Liter/menit ➤ Kesadaran CM (GCS 15 : E 4, M 6, V5) ➤ Nervus yang bermasalah <ol style="list-style-type: none"> 1. Nervus X vagus : klien tidak dapat menelan 2. Nervus XI Accesorius : klien tidak dapat menoleh seperti yang diperintahkan tidak ada kontraksi otot pada anggota gerak kanan atas dan bawah klien. 3. Nervus trigeminus terganggu Nervus V Trigemini (mengontrol sensori pada wajah) : klien sedikit kesulitan untuk membuka mulut sesuai dengan perintah 4. Nervus XII Hipoglosus (mengontrol gerakan lidah) : yaitu tidak mampu mengeluarkan lidah seperti yang diperintahkan ➤ CT-Scan : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Lesi iskemik multiple pada lobus parietal kanan dan lobus frontal kiri 	
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tidak tampak perdarahan ✓ Cavum septum pellucidum disertai ventriculomegaly ringan ➤ Kolesterol : 230 mg/dl ➤ Triglycerides : 207 mg/dl 		
2.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Keluarga klien mengatakan klien sulit untuk menelan dan mengunyah makanan <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Klien tampak sulit menelan makanan ➤ Klien tampak sulit mengunyah makanan ➤ Klien tampak lemah ➤ Tampak makanan yang diberikan dari rumah sakit berupa bubur dan makanan lunak. ➤ Klien mengalami disfagia ➤ Penurunan fungsi nervus vagus. <ul style="list-style-type: none"> ➤ TTV : ➤ TD = 150/90 mmHg ➤ Nadi = 78 x/menit ➤ Suhu = 37⁰C ➤ RR = 20x/menit 	Penurunan fungsi nervus vagus	Gangguan menelan
3.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ keluarga klien mengatakan anggota gerak sebelah kanan klien lemah ➤ keluarga mengatakan semua aktivitas klien dibantu keluarga <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Klien tampak lemah 	Penurunan Kekuatan Otot dan Kelemahan	Gangguan Mobilitas fisik

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Kekuatan otot <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">1111</td> <td style="padding: 0 10px;">5555</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">-1111</td> <td style="padding: 0 10px;">-5555-</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aktivitas klien dibantu keluarga, seperti toileting, makan, minum dan mengganti pakaian. ➤ Klien mengalami hemiparese ➤ Ny. K mengalami kesulitan mika-miki ➤ Nilai score aktivitas fisik klien yaitu tergantung total (4). ➤ TTV : ➤ TD = 150/90 mmHg ➤ Nadi = 78 x/menit ➤ Suhu = 37⁰C ➤ RR = 20x/menit 	1111	5555	-1111	-5555-		
1111	5555						
-1111	-5555-						
4.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Keluarga klien mengatakan tidak mengerti dengan apa yang di bicarakan klien <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Bicara klien terdengar pelo ➤ Disartria (+) ➤ Nervus vagus klien terganggu ➤ Penurunan fungsi nervus trigeminus. ➤ TTV : ➤ TD = 150/90 mmHg ➤ Nadi = 78 x/i ➤ Suhu = 37⁰C ➤ RR = 20x/i 	Penurunan Sirkulasi ke otak	Kerusakan Komunikasi Verbal				
5.	<p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Keluarga klien mengatakan semua aktivitas klien di bantu oleh keluarga ➤ Keluarga klien mengatakan klien hanya dilap saja. ➤ Keluarga mengatakan klien tidak pernah gosok gigi <p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Klien tampak lemah. 	Kerusakan neuromuscular dan kelemahan	Deficit perawatan diri				

	<ul style="list-style-type: none">➤ Klien tampak terbaring di tempat tidur➤ Tampak keluarga membersihkan tubuh klien (dilap)		
--	---	--	--

➤ **Diagnosa Keperawatan**

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d kerusakan jaringan otak
2. Gangguan menelan b/d penurunan fungsi nervus vagus
3. Kerusakan Mobilitas fisik b/d Penurunan Kekuatan Otot dan Kelemahan
4. Hambatan komunikasi verbal b/d Penurunan Sirkulasi ke otak
5. Deficit perawatan diri b/d kerusakan neuromuscular dan kelemahan.

3.3. Rencana Asuhan Keperawatan

Tabel 3.8
Rencana Asuhan Keperawatan

NO	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
1	Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d kerusakan jaringan otak	Kriteria Hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Ttv dalam rentang normal 2. TD : 120/80 mmHg 3. RR : 16-24 x/i 4. Suhu : 36⁰C-37⁰C 5. Klien dalam kondisi compos mentis GCS 15 	NIC : <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor respon neurologis klien GCS, reflek pupil, kaku kuduk, kelemahan. 2. Pantau TTV klien 3. Pantau tingkat kesadaran klien 4. Pantau kekuatan otot, pergerakan motorik 5. Catat respon klien terhadap stimulus.
2	Gangguan menelan b/d penurunan fungsi nerfus vagus	Kriteria Hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Dapat mempertahankan makanan dalam mulut 2. Kemampuan menelan adekuat 3. Pengiriman bolus ke hipofaring selaras dengan refleks menelan 4. Kemampuan untuk mengosongkan rongga mulut 5. Tidak ada kerusakan otot tenggorong atau otot wajah, menelan, menggerakkan lidah, atau refleks muntah 	Aspiration Precautions <ol style="list-style-type: none"> 1. Memantau tingkat kesadaran, refleks batuk, refleks muntah, dan kemampuan menelan 2. Posisikan tegak 90⁰ atau sejauh mungkin 3. Menyampaikan makanan dalam jumlah kecil 4. Potong/ haluskan makanan menjadi potongan-potongan kecil (buat makanan lunak) 5. Istirahat atau menghancurkan pil sebelum pemberian

3.	Kerusakan Mobilitas fisik b/d Penurunan Kekuatan Otot dan Kelemahan	Kriteria Hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Aktivitas klien dapat terpenuhi 2. Klien meningkat dalam aktivitas fisik 3. Mengerti tujuan dari peningkatan mobilisasi 4. Mampu bergerak secara mandiri 5. Ajarkan klien dan keluarga merubah posisi dan berikan bantuan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji kemampuan klien dalam mobilisasi 2. Kaji tingkat ketergantungan klien 3. Damping dan bantu klien saat imobilisasi 4. Ajarkan klien dan keluarga proses berpindah (mika-miki) 5. Ajarkan ROM aktif asistif <i>spherical grip</i> (libatkan keluarga) 6. Posisikan klien semi fowler 7. Beri support positive pada klien 8. Latih klien dalam pemenuhan ADL sesuai kemampuan 9. Ubah posisi klien minimal 2 jam.
4.	Hambatan komunikasi verbal b/d Penurunan Sirkulasi ke otak	Kriteria Hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu merespon setiap komunikasi verbal 2. Klien sudah tidak kesulitan menyusun kalimat 3. Bicara klien tidak pelo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bicara dengan klien dengan perlahan dan lambat agar kita dapat mengerti pembicaraan 2. Beri satu kalimat simple setiap bertemu “saya, kamu” 3. Dorong pasien untuk berkomunikasi secara perlahan dan untuk mengulangi permintaan 4. Gunakan kartu baca, kertas, pensil, bahasa tubuh, gambar. 5. Dengarkan dengan penuh perhatian 6. Anjurkan kunjungan keluarga secara teratur untuk memberi stimulus komunikasi 7. Berhadapan pasien ketika berbicara 8. Berikan support positive kepada pasien

5	Deficit perawatan diri b/d gejala sisa stroke	<ol style="list-style-type: none">1. Activity Intolerance2. Mobility: physical Impaired3. Self Care Deficit Hygiene4. Sensory perception, Auditory disturbed.	<ol style="list-style-type: none">1. Monitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri2. Monitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makanan3. Sediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care4. Dorong klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki5. Dorong untuk melakukan secara mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu untuk melakukannya6. Berikan aktivitas rutin sehari-hari sesuai kemampuan7. Pertimbangkan usia klien jika mendorong pelaksanaan aktivitas sehari-hari
---	---	--	--

3.4.CATATAN PERKEMBANGAN

Tabel 3.9

Catatan Perkembangan

DIAGNOSA	HARI/TGL /JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
1. Ketidakefektif an perfusi jaringan serebral b/d kerusakan jaringan otak	Jum'at 08-02-2019 10.00 WIB 10.15 WIB 10.20WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor respon neurologis klien GCS, reflek pupil, kaku kuduk, kelemahan. Hasil : GCS 15 : (E : 4, M : 6, V5, reflek pupil +. 2. Memantau TTV klien Hasil : TTV : ➤ TD = 160/90 mmHg, Nadi = 79 x/menit, Suhu = 37⁰C, RR = 21x/menit 3. Memantau kekuatan otot, pergerakan motorik (menginstruksikan klien untuk mengangkat dan menggerakkan tangan kanan dan kaki kanan) Hasil : Kekuatan otot klien 	<p>Jam 13.00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Keluarga klien mengatakan anggota gerak sebelah kanan lemah. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ $\frac{1111}{1111} \mid \frac{5555}{5555}$ ➤ Reflek pupil +/+ ➤ Pupil isokor, konjungtiva ananemis ➤ Klien terpasang O₂ 3 Liter/menit ➤ Klien mengalami hemiparese anggota gerak sebelah kanan ➤ Klien dalam posisi berbaring ➤ Obat telah di berikan kepada klien ➤ Kesadaran CM (GCS 15, E 4 M 6 V5) 	

	12.00WIB	<p>pada ekstremitas sebelah kanan atas dan bawah mengalami kelemahan.</p> <p>4. Mencatat respon klien terhadap stimulus (memberi rangsangan/ meminta klien untuk menggenggam tangan perawat pada bagian tubuh sebelah kanan) Hasil : klien tidak mampu untuk menggenggam tangan perawat.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ TTV : ➤ TD = 150/90 mmHg ➤ Nadi = 83 x/menit ➤ Suhu = 36⁰C ➤ RR = 21x/menit ➤ Klien terpasang O2 3 Liter/menit <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Masalah Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Intervensi dilanjutkan 	
	12.00 WIB	<p>5. Memberikan hasil kolaborasi dalam pemberian obat Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Injeksi Nerlin 1 gr/12jam ✓ Injeksi Benocetam 3gr/12jam, ✓ Amplodipin oral 2x5 g ✓ Atrovastatin 1x2 g. 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Memonitor respon neurologis klien GCS, reflek pupil, kaku kuduk, kelemahan. 2. Memantau TTV klien 3. Memantau tingkat kesadaran klien 4. Memantau kekuatan otot, pergerakan motorik 5. Mencatat respon klien terhadap stimulus. 	

Jum'at 08-02-2019

DIAGNOSA	HARI/TANGGAL /JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
----------	-------------------	--------------	----------	-------

<p>2. Gangguan menelan b/d penurunan fungsi nervus vagus</p>	<p>Jum'at 08-02-2019</p> <p>12.40 WIB</p> <p>12.45 WIB</p> <p>12.50WIB</p>	<p>1. Memantau tingkat kesadaran, refleks batuk, refleks muntah, dan kemampuan menelan. Hasil : Tingkat kesadaran Compos mentis GCS 15 E 4 M 6 V5, Reflek muntah baik, reflek batuk baik, klien mengalami kesulitan menelan makanan.</p> <p>2. Menyupkan makanan dalam jumlah kecil Hasil : menyuap klien dengan bubur sebanyak 2 sdm</p> <p>3. Memotong/ haluskan makanan menjadi potongan-potongan kecil (buat makanan lunak) Hasil : klien mendapatkan makanan lunak & bubur kacang hijau.</p>	<p>JAM 14.00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Keluarga mengatakan klien tidak mampu mengunyah makanan ➤ Keluarga mengatakan klien juga mengalami kesulitan menelan makanan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Reflek muntah + ➤ Klien mengalami kesulitan dalam menelan ➤ Saat diberi makan lunak tampak klien sulit menelan dan mengunyah makanan ➤ Klien mengalami penurunan fungsi nervus vagus, nervus glosofaringeus, dan nervus hipoglosal. ➤ Klien tampak lemah ➤ Klien bedrest ➤ TTV : ➤ TD = 150/90 mmHg ➤ Nadi = 83 x/menit ➤ Suhu = 36,5⁰C 	
--	--	--	---	--

			<p>➤ RR = 21x/menit</p> <p>A :</p> <p>Masalah Gangguan Menelan belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memantau tingkat kesadaran, refleks batuk, refleks muntah, dan kemampuan menelan 2. Menyupkan makanan dalam jumlah kecil 3. Potong/ haluskan makanan menjadi potongan-potongan kecil (buat makanan lunak) 	
--	--	--	---	--

Jum'at 08-02-2019				
DIAGNOSA	HARI/TANGGAL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
3. Kerusakan Mobilitas fisik b/d Penurunan Kekuatan Otot dan Kelemahan	Jum'at 08-02-2019 11.00 WIB	1. Mengkaji kemampuan klien dalam	<p>JAM 14.45WIB</p> <p>S :</p> <p>➤ Keluarga klien mengatakan anggota gerak sebelah kanan lemah.</p>	

	11.05 WIB	<p>mobilisasi (meminta klien untuk menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan)</p> <p>Hasil : klien tidak mampu menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Keluarga mengatakan semua aktivitas klien masih dibantu oleh keluarga ➤ Keluarga mengatakan telah mengerti cara berpindah dan latihan ROM aktif asistif <i>spherical grip</i>. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Td : 160/90 mmHg, N : 80x/I, RR : 21x/I, S : 37⁰C 	
	11.10WIB	<p>2. Mengkaji tingkat ketergantungan klien (mengkaji ADL klien seperti makan, minum, toileting, dan membersihkan tubuh)</p> <p>Hasil : keluarga mengatakan semua aktivitas klien dibantu sepenuhnya dengan keluarga seperti makan, minum, toileting seperti mengganti pampers di tempat tidur, dan mengelap tubuh klien.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 1111 5555 ➤ 1111 5555 ➤ Klien mengalami kelemahan anggota gerak ekstremitas sebelah kanan 	
	11.20WIB	<p>3. Mengajarkan klien dan keluarga proses berpindah (mika-miki)</p> <p>Hasil : klien melakukan mika miki dengan bantuan keluarga dan perawat namun klien tampak belum mampu menahan tubuhnya.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Indeks ADL klien adalah ketergantungan total (4). ➤ Aktivitas hanya ditempat tidur 	
	11.25 WIB	<p>4. Mengajarkan ROM aktif asistif <i>spherical grip</i> (libatkan keluarga) (menggenggam bola karet yang dilakukan selama 5 detik sebanyak 7 kali dan latihan ini dilakukan 2 kali dalam sehari).</p> <p>Hasil : klien tidak mampu menggenggam bola seperti yang telah diajarkan perawat.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Klien dalam posisi bebaring pada tempat tidur ➤ Klien tampak kooperatif ➤ Keluarga tampak mengerti dengan cara berpindah dan teknik latihan ROM aktif asistif <i>spherical grip</i> yang telah diajarkan. 	
		<p>5. Memposisikan klien semi fowler (posisi setengah duduk 45⁰)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ klien tidak mampu memegang gelas dan 	

	12.10 WIB	<p>Hasil : Klien dalam posisi semi fowler (45⁰)</p> <p>6. Melatih klien dalam pemenuhan ADL sesuai kemampuan (melatih klien untuk memegang gelas sendiri dan memegang sendok sendiri untuk makan)</p> <p>Hasil : klien tidak mampu memegang gelas dan sendok</p>	<p>sendok</p> <p>A :</p> <p>➤ Masalah Gangguan Mobilitas fisik belum teratasi</p>	
	11.25 WIB	<p>7. Mengubah posisi klien minimal 2 jam (posisi setengah duduk 45⁰/ semi fowler)</p> <p>Hasil : klien dalam posisi semi fowler</p>	<p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
	11.26 WIB	<p>8. Memberi support positive pada klien (jika tujuan hidup manusia adalah untuk beribadah, maka jadikanlah sakit ini sebagai ibadah untuk mendapatkan keridhoan-Nya)</p> <p>.</p>	<p>1. Dampingi dan bantu klien dalam mobilisasi</p> <p>2. Pertahankan teknik berpindah/ambulasi dan ROM</p> <p>3. Berikan support positif kepada klien</p> <p>4. Ubah posisi klien minimal 2 jam sekali</p>	
Jum'at 08-02-2019				
DIAGNOSA	HARI/TANGGAL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
4. Hambatan komunikasi verbal b/d kerusakan neuromuscular sekunder	Jum'at 08-02-2019 12.30 WIB	1. Mengobrol dengan klien dengan perlahan dan lambat agar kita dapat mengerti pembicaraan	<p>JAM : 16.00 WIB</p> <p>S :</p> <p>➤ Keluarga mengatakan klien tidak dapat berbicara dengan jelas/pelo</p>	

terhadap kelemahan	12.31 WIB	2. Memberi satu kalimat simple setiap bertemu, jika diperlukan Hasil : mengajarkan untuk mengucapkan “A, I, U, E, O”	➤ Keluarga mengatakan klien mengedipkan mata jika di panggil O :
	12.32 WIB	3. Mendorong pasien untuk berkomunikasi secara perlahan dan untuk mengulangi permintaan AIUEO Hasil : klien mampu mengucapkan AIUEO namun terdengar tidak jelas	➤ Pada saat diajak bicara klien mengedipkan mata ➤ Klien mampu berbicara namun pelo
	12.32 WIB	4. Mendengarkan dengan penuh perhatian Hasil : tampak klien ingin berbicara namun terdengar pelo	➤ Klien mampu mengucapkan kata simple seperti “A, I, U, E, O” namun terdengar pelo
	12.33 WIB	5. Menghadap dengan pasien ketika berbicara	➤ TTV :
	12.40 WIB	6. Memberikan support positive kepada pasien (ibu, jangan bersedih tanamkan pada diri ibu bahwa ibu pasti sembuh, ibu wanita yang hebat, ibu wanita yang kuat)	➤ TD = 150/90 mmHg ➤ Nadi = 83 x/menit ➤ Suhu = 37 ⁰ C ➤ RR = 21x/i ➤ Klien mengalami penurunan fungsi nervus vagus, nervus glossofaringeus, dan nervus hipoglosal.

			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Intervensi dilanjutkan 1. Memberi satu kalimat simple setiap bertemu “saya, kamu” 2. Mendorong pasien untuk berkomunikasi secara perlahan dan untuk mengulangi permintaan 3. Mendengarkan dengan penuh perhatian 4. Berhadapan dengan pasien ketika berbicara 5. Memberikan support positive kepada pasien 	
Jum’at 08-02-2019				
DIAGNOSA	HARI/TANG GAL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
5. Defisit Perawatan Diri B/D Kerusakan Neuromuscular Dan Kelemahan	Jum’at 08-02-2019 13.00 WIB 13.05WIB	1. Monitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri Hasil : klien tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri, klien dibantu oleh keluarga) 2. Memonitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu seperti kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan	JAM 17.00 WIB S: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Keluarga mengatakan seluruh aktivitas klien dibantu keluarga seperti makan, minum dan toileting. ➤ Keluarga klien mengatakan klien hanya terbaring ditempat tidur 	

	<p>13.10 WIB</p> <p>13.15 WIB</p>	<p>makanan Hasil : Aktivitas sehari-hari klien seperti makan, minum dan toileting serta mandi di bantu oleh keluarga</p> <p>3. Menyediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care</p> <p>4. Mendorong klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki Hasil : klien tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri</p>	<p>➤ Keluarga klien mengatakan sudah mengelap tubuh klien pada pagi hari dan menggosok gigi klien secara perlahan.</p> <p>O :</p> <p>➤ Tampak klien terbaring ditempat tidur</p> <p>➤ Kien tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari tanpa bantuan orang lain</p> <p>➤ Tampak keluarga membantu klien berhias merapikan rambut klien yang berantakan.</p> <p>A :</p> <p>Masalah deficit perawatan diri teratasi, dilanjutkan hari berikutnya</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri 2. Memonitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu seperti kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makanan 3. Menyediakan bantuan sampai klien 	
--	-----------------------------------	---	--	--

			<p>mampu secara utuh untuk melakukan self-care</p> <p>4. Mendorong klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki</p>	
--	--	--	---	--

Sabtu 09 Februari 2019

DIAGNOSA	HARI/TGL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d kerusakan jaringan otak	Sabtu 09 Februari 2019 08.00 WIB	<p>1. Memonitor respon neurologis klien GCS, reflek pupil, kaku kuduk, kelemahan. Hasil : GCS 15 : (E : 4, M : 6, V5, reflek pupil +.</p> <p>2. Memantau TTV klien</p>	<p>Jam 13.00 WIB</p> <p>S :</p> <p>➤ Keluarga klien mengatakan anggota gerak sebelah kanan masih lemah.</p> <p>O :</p>	

	<p>08.15 WIB</p> <p>08.20WIB</p> <p>08.30WIB</p> <p>12.00 WIB</p>	<p>Hasil : TTV :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ TD = 150/90 mmHg ➤ Nadi = 80 x/menit ➤ Suhu = 36⁰C ➤ RR = 20x/menit <p>3. Memantau kekuatan otot, pergerakan motorik (menginstruksikan klien untuk mengangkat dan menggerakkan tangan kanan dan kaki kanan) Hasil : klien belum mampu menggerakkan anggota tubuh sebelah kanan.</p> <p>4. Mencatat respon klien terhadap stimulus (memberi rangsangan/meminta klien untuk menggenggam tangan perawat pada bagian tubuh sebelah kanan) Hasil : klien tidak mampu untuk menggenggam tangan perawat.</p> <p>5. Memberikan hasil kolaborasi dalam pemberian obat Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Injeksi Nerlin 1 gr/12jam ✓ Injeksi Benocetam 3gr/12jam, ✓ Amplodipin oral 2x5 g 	<p>➤ $\frac{1111}{1111} \frac{5555}{5555}$</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Reflek pupil +/- ➤ Pupil isokor, konjungtiva tidak anemis ➤ Klien terpasang O₂ 3 Liter/menit ➤ Klien mengalami hemiparese anggota gerak sebelah kanan ➤ Klien dalam posisi berbaring ➤ Obat telah di berikan kepada klien ➤ Kesadaran CM (GCS 15, E 4 M 6 V5) ➤ TTV : ➤ TD = 150/90 mmHg ➤ Nadi = 85 x/menit ➤ Suhu = 36⁰C ➤ RR = 21x/menit ➤ Klien terpasang O₂ 3 Liter/menit <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Masalah Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Intervensi dilanjutkan <p>1. Memonitor respon neurologis klien GCS, reflek pupil, kaku kuduk, kelemahan.</p>	
--	---	--	--	--

		✓ Atrovastatin 1x2 g.	2. Memantau TTV klien 3. Memantau tingkat kesadaran klien 4. Memantau kekuatan otot, pergerakan motorik 5. Mencatat respon klien terhadap stimulus.	
Sabtu 09 Februari 2019				
DIAGNOSA	HARI/TGL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
2. Gangguan menelan b/d penurunan fungsi nervus vagus	Sabtu 09 Februari 2019 09.40 WIB	1. Memantau tingkat kesadaran, refleks batuk, refleks muntah, dan kemampuan menelan. Hasil : Tingkat kesadaran Compos mentis GCS 15 E 4 M 6 V5, Reflek muntah baik, reflek batuk baik, klien mengalami kesulitan menelan makanan. 2. Menyupakan makanan dalam jumlah kecil Hasil : memberi minum	JAM 13.40 WIB S : ➤ Keluarga mengatakan klien belum mampu mengunyah makanan ➤ Keluarga mengatakan klien masih mengalami kesulitan menelan makanan O : ➤ Reflek muntah + ➤ Klien masih mengalami kesulitan dalam menelan ➤ Saat diberi makan lunak tampak klien sulit menelan dan mengunyah makanan ➤ Klien mengalami penurunan fungsi nervus vagus,	

	09.45 WIB	<p>kepada klien</p> <p>3. Memotong/ haluskan makanan menjadi potongan-potongan kecil (buat makanan lunak) Hasil : klien mendapatkan makanan lunak & bubur kacang hijau.</p>	<p>nervus glosfaringeus, dan nervus hipoglosal.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Klien tampak lemah ➤ Klien tampak terbaring ditempat tidur <p>➤ TTV :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ TD = 150/90 mmHg ➤ Nadi = 85 x/menit ➤ Suhu = 36⁰C ➤ RR = 21x/menit <p>A :</p> <p>Masalah Gangguan Menelan belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memantau tingkat kesadaran, refleks batuk, refleks muntah, dan kemampuan menelan 2. Menyampaikan makanan dalam jumlah kecil 3. Potong/ haluskan makanan menjadi potongan-potongan kecil (buat makanan lunak) 	
--	-----------	---	---	--

	<p>11.10WIB</p> <p>11.20WIB</p> <p>11.40 WIB</p>	<p>toileting seperti mengganti pampers di tempat tidur, dan mengelap tubuh klien.</p> <p>3. Mengajarkan klien dan keluarga proses berpindah (mika-miki) Hasil : klien melakukan mika miki dengan bantuan keluarga dan perawat namun klien tampak belum mampu menahan tubuhnya.</p> <p>4. Mengajarkan ROM aktif asistif <i>spherical grip</i> (libatkan keluarga) (menggenggam bola karet yang dilakukan selama 5 detik sebanyak 7 kali dan latihan ini dilakukan 2 kali dalam sehari). Hasil : keluarga mengatakan telah mengajarkan klien latihan <i>spherical grip</i> namun klien belum mampu untuk menggenggam bola karet tersebut.</p> <p>5. Memposisikan klien semi fowler (posisi setengah duduk 45⁰) Hasil : Klien dalam posisi semi fowler (45⁰)</p> <p>6. Melatih klien dalam pemenuhan</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Indeks ADL klien adalah ketergantungan total (4). ➤ Aktivitas hanya ditempat tidur ➤ Klien dalam posisi bebaring pada tempat tidur ➤ Klien tampak kooperatif ➤ Keluarga tampak mengerti dengan cara berpindah dan teknik latihan ROM aktif asistif <i>spherical grip</i> yang telah diajarkan. ➤ klien tidak mampu memegang gelas dan sendok <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Masalah Gangguan Mobilitas fisik belum teratasi <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dampingi dan bantu klien dalam mobilisasi 2. Pertahankan teknik berpindah/ambulasi dan ROM 3. Berikan support positif kepada klien 4. Ubah posisi klien minimal 2 jam sekali 	
--	--	---	--	--

	12.00 WIB	<p>ADL sesuai kemampuan (melatih klien untuk memegang gelas sendiri dan memegang sendok sendiri untuk makan)</p> <p>Hasil : klien tidak mampu memegang gelas dan sendok</p> <p>7. Mengubah posisi klien minimal 2 jam (posisi setengah duduk 45⁰/ semi fowler)</p> <p>Hasil : klien dalam posisi semi fowler</p> <p>8. Memberi support positive pada klien (jika tujuan hidup manusia adalah untuk beribadah, maka jadikanlah sakit ini sebagai ibadah untuk mendapatkan keridhoan-Nya)</p> <p>.</p>		
--	-----------	---	--	--

Sabtu 09 Februari 2019				
DIAGNOSA	HARI/TANG GAL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
4. Hambatan komunikasi verbal b/d kerusakan neuromuscular sekunder terhadap kelemahan	<p style="text-align: center;">Sabtu 09 Februari 2019</p> <p style="text-align: center;">13.00 WIB</p> <p style="text-align: center;">13.10 WIB</p> <p style="text-align: center;">13.15 WIB</p> <p style="text-align: center;">13.20 WIB</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengobrol dengan klien dengan perlahan dan lambat agar kita dapat mengerti pembicaraan 2. Memberi satu kalimat simple setiap bertemu, jika diperlukan Hasil : mengajarkan untuk mengucapkan “saya, kamu” 3. Mendorong pasien untuk berkomunikasi secara perlahan dan untuk mengulangi permintaan saya, kamu Hasil : klien mampu mengucapkan “saya, kamu” namun terdengar tidak jelas 4. Mendengarkan dengan penuh perhatian Hasil : tampak klien ingin berbicara namun terdengar pelo 5. Menghadap klien ketika berbicara 	<p>JAM : 14.30 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Keluarga mengatakan klien tidak dapat berbicara dengan jelas/pelo ➤ Keluarga mengatakan klien mengedipkan mata jika di panggil <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pada saat diajak bicara klien mengedipkan mata ➤ Klien mampu berbicara namun pelo ➤ Klien mampu mengucapkan kata simple seperti “saya, kamu” namun terdengar pelo <p>TTV :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ TD = 150/90 mmHg ➤ Nadi = 85 x/menit ➤ Suhu = 36⁰C ➤ RR = 21x/menit 	

		<p>6. Memberikan support positive kepada pasien (ibu, jangan bersedih tanamkan pada diri ibu bahwa ibu pasti sembuh, ibu wanita yang hebat, ibu wanita yang kuat)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Klien mengalami penurunan fungsi nervus vagus, nervus glossofaringeus, dan nervus hipoglosal. ➤ Tampak Keluarga Klien Mengajak Berkomunikasi <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Masalah Kerusakan komunikasi verbal belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Intervensi dilanjutkan <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi satu kalimat simple setiap bertemu “Assalamualaikum” 2. Mendorong pasien untuk berkomunikasi secara perlahan dan untuk mengulangi permintaan 3. Mendengarkan dengan penuh perhatian 4. Berhadapan dengan pasien ketika berbicara 5. Memberikan support positive kepada pasien 	
--	--	---	--	--

Sabtu 09 Februari 2019				
DIAGNOSA	HARI/TANGGAL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
5. Defisit Perawatan Diri B/D Kerusakan Neuromuscular Dan Kelemahan	Sabtu 09-02-2019		JAM 16.00 WIB	
	14.00 WIB	1. Monitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri Hasil : klien tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri, klien dibantu oleh keluarga)	S: ➤ Keluarga mengatakan seluruh aktivitas klien dibantu keluarga seperti makan, minum dan toileting. ➤ Keluarga klien mengatakan klien hanya terbaring ditempat tidur	
	14.05WIB	2. Memonitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu seperti kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makanan Hasil : Aktivitas sehari-hari klien seperti makan, minum dan toileting serta mandi di bantu oleh keluarga	➤ Keluarga klien mengatakan sudah mengelap tubuh klien pada pagi hari dan menggosok gigi klien secara perlahan.	
	14.10 WIB	3. Menyediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care	O : ➤ Tampak klien bedrest ➤ Kien tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari tanpa bantuan orang lain ➤ Tampak keluarga membantu klien berhias merapikan rambut klien yang berantakan.	
	14.15 WIB	4. Mendorong klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki Hasil : klien tidak mampu	A : Masalah deficit perawatan diri teratasi, dilanjutkan	

		melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri	hari berikutnya P : Intervensi dilanjutkan <ol style="list-style-type: none">1. Monitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri2. Memonitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu seperti kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makanan3. Menyediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care4. Mendorong klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki	
--	--	--	--	--

Minggu 10 Februari 2019

DIAGNOSA	HARI/TGL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
<p>1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d kerusakan jaringan otak</p>	<p>Minggu 10 Februari 2019</p> <p>08.00 WIB</p> <p>08.15 WIB</p> <p>08.20WIB</p>	<p>1. Memonitor respon neurologis klien GCS, reflek pupil, kaku kuduk, kelemahan. Hasil : GCS 15 (E : 4, M : 6, V5, reflek pupil +, kelemahan anggota gerak sebelah kanan.</p> <p>2. Memantau TTV klien Hasil : TTV : ➤ TD = 160/90 mmHg ➤ Nadi = 80 x/menit ➤ Suhu = 36⁰C ➤ RR = 22x/menit</p> <p>3. Memantau kekuatan otot, pergerakan motorik (menginstruksikan klien untuk mengangkat dan menggerakkan tangan kanan dan kaki kanan) Hasil : klien masih belum mampu menggerakkan anggota tubuh sebelah kanan.</p>	<p>Jam 13.00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Keluarga klien mengatakan anggota gerak sebelah kanan masih lemah. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ $\begin{array}{r l} 1111 & 5555 \\ \hline 1111 & 5555 \end{array}$ ➤ Reflek pupil +/+ ➤ Pupil isokor, konjungtiva tidak anemis ➤ Klien terpasang O₂ 3 Liter/menit ➤ Klien mengalami hemiparese anggota gerak sebelah kanan ➤ Klien bedrest ➤ Obat telah di berikan kepada klien ➤ Kesadaran CM (GCS 15, E 4 M 6 V5) ➤ TTV : ➤ TD = 150/90 mmHg ➤ Nadi = 80 x/menit 	

	08.30WIB	4. Mencatat respon klien terhadap stimulus (memberi rangsangan/ meminta klien untuk menggenggam tangan perawat pada bagian tubuh sebelah kanan) Hasil : klien tidak mampu untuk menggenggam tangan perawat.	➤ Suhu = 36 ⁰ C ➤ RR = 21x/menit ➤ Klien terpasang O2 3 Liter/menit A : ➤ Masalah Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral belum teratasi P : ➤ Intervensi dilanjutkan (perawat ruangan).	
	12.00 WIB	5. Memberikan hasil kolaborasi dalam pemberian obat Hasil : ✓ Injeksi Nerlin 1 gr/12jam ✓ Injeksi Benocetam 3gr/12jam, ✓ Amplodipin oral 2x5 g ✓ Atrovastatin 1x2 g.		
Minggu 10 Februari 2019				
DIAGNOSA	HARI/TGL /JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
2. Gangguan menelan b/d penurunan	Minggu 10 Februari 2019		JAM 13.30 WIB S :	

			Intervensi dilanjutkan (perawat ruangan).	
Minggu 10 Februari 2019				
DIAGNOSA	HARI/TGL /JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
3. Kerusakan Mobilitas fisik b/d Penurunan Kekuatan Otot dan Kelemahan	Minggu 10 Februari 2019 11.00 WIB	1. Mengkaji kemampuan klien dalam mobilisasi (meminta klien untuk menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan) Hasil : klien masih tidak	JAM 15.00 WIB S : ➤ Keluarga klien mengatakan anggota gerak sebelah kanan lemah. ➤ Keluarga mengatakan semua aktivitas klien masih dibantu oleh keluarga ➤ Keluarga mengatakan telah melatih cara berpindah	

	<p>11.40 WIB</p> <p>11.50 WIB</p>	<p>telah mengajarkan klien latihan spherical grip namun klien belum mampu untuk menggenggam bola karet tersebut.</p> <p>5. Memposisikan klien semi fowler (posisi setengah duduk 45⁰) Hasil : Klien dalam posisi semi fowler (45⁰)</p> <p>6. Melatih klien dalam pemenuhan ADL sesuai kemampuan (melatih klien untuk memegang gelas sendiri dan memegang sendok sendiri untuk makan) Hasil : klien tidak mampu memegang gelas dan sendok</p> <p>7. Mengubah posisi klien minimal 2 jam (posisi setengah duduk 45⁰/ semi fowler) Hasil : klien dalam posisi semi fowler</p> <p>8. Memberi support positive pada klien (jika tujuan hidup manusia adalah untuk beribdah, maka jadikanlah sakit ini sebagai ibadah untuk mendapatkan keridhoan-Nya)</p> <p>.</p>		
--	-----------------------------------	--	--	--

Minggu 10-02-2019				
DIAGNOSA	HARI/TANG GAL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
4. Hambatan komunikasi verbal b/d kerusakan neuromuscular sekunder terhadap kelemahan	Minggu 10 Februari 2019 13.00 WIB 13.10 WIB 13.15 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengobrol dengan klien dengan perlahan dan lambat agar kita dapat mengerti pembicaraan 2. Memberi satu kalimat simple setiap bertemu, jika diperlukan 3. Mendorong pasien untuk berkomunikasi secara perlahan dan untuk mengulangi <p>Hasil : mengajarkan untuk mengucapkan “saya, kamu”</p>	<p>JAM : 14.30 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Keluarga mengatakan klien tidak dapat berbicara dengan jelas/pelo ➤ Keluarga mengatakan klien mengedipkan mata jika di panggil <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pada saat diajak bicara klien mengedipkan mata 	

	13.20 WIB	<p>permintaan saya, kamu</p> <p>Hasil : klien mampu mengucapkan “saya, kamu” namun terdengar tidak jelas</p> <p>4. Mendengarkan dengan penuh perhatian</p> <p>Hasil : tampak klien ingin berbicara namun terdengar pelo</p> <p>5. Menghadap klien ketika berbicara</p> <p>6. Memberikan support positive kepada pasien</p> <p>(ibu, jangan bersedih tanamkan pada diri ibu bahwa ibu pasti sembuh, ibu wanita yang hebat, ibu wanita yang kuat)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Klien mampu berbicara namun pelo ➤ Klien mampu mengucapkan kata simple seperti “saya, kamu” namun terdengar pelo ➤ TTV : ➤ TD = 150/90 mmHg ➤ Nadi = 85 x/menit ➤ Suhu = 36⁰C ➤ RR = 21x/menit ➤ Klien mengalami penurunan fungsi nervus vagus, nervus glosofaringeus, dan nervus hipoglosal. ➤ Tampak Keluarga Klien Mengajak Berkomunikasi <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Masalah Kerusakan komunikasi verbal belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Intervensi dilanjutkan perawat ruangan 	
--	-----------	--	---	--

Minggu 10-02-2019				
DIAGNOSA	HARI/TANGGAL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
5. Defisit Perawatan Diri b/d Kerusakan Neuromuscular Dan Kelemahan	<p>Minggu 10-02-2019</p> <p>14.00 WIB</p> <p>14.05WIB</p> <p>14.10 WIB</p>	<p>1. Monitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri Hasil : klien tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri, klien dibantu oleh keluarga)</p> <p>2. Memonitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu seperti kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makanan Hasil : Aktivitas sehari-hari klien seperti makan, minum dan toileting serta mandi di bantu oleh keluarga</p>	<p>JAM 16.00 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Keluarga mengatakan seluruh aktivitas klien dibantu keluarga seperti makan, minum dan toileting. ➤ Keluarga klien mengatakan klien hanya terbaring ditempat tidur ➤ Keluarga klien mengatakan sudah mengelap tubuh klien pada pagi hari dan menggosok gigi klien secara perlahan. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tampak klien bedrest 	

	14.15 WIB	<p>3. Menyediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care</p> <p>4. Mendorong klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki</p> <p>Hasil : klien tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Klien tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari tanpa bantuan orang lain ➤ Tampak keluarga membantu klien berhias merapikan rambut klien yang berantakan. <p>A : Masalah deficit perawatan diri teratasi (dilanjutkan hari berikutnya)</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
--	-----------	--	--	--

BAB IV

PEMBAHASAN

4.1. Analisis Masalah Keperawatan dengan Konsep Teoritis terkait dan Konsep Kasus terkait

Asuhan keperawatan pada klien Ny. K dengan Stroke Iskemik dilakukan sejak tanggal 08 Februari-10 februari 2019, klien masuk rumah sakit tanggal 06 Februari 2019 dari IGD sebelumnya. Pengkajian keperawatan dilakukan diruangan Dahlia pada tanggal 08 Februari 2019. Keluhan utama klien mengalami kelemahan anggota badan sebelah, dan bicara pelo.

Masalah keperawatan yang pertama yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan kerusakan jaringan otak. Dari hasil pengkajian didapatkan klien memiliki hipertensi serta ibu dari klien juga menderita hipertensi. Pada pemeriksaan tekanan darah didapatkan hasil melebihi batas normal yaitu 150/90 mmHg. Hipertensi merupakan faktor resiko utama yang dapat mengakibatkan pecahnya maupun tersumbatnya pembuluh darah di otak. Bila tekanan sistolik di atas 160 mmHg dan tekanan diastolic lebih dari 90 mmHg, maka dapat berpotensi menimbulkan serangan CVD, terlebih bila telah berjalan selama bertahun tahun. Pecahnya pembuluh darah otak akan menimbulkan perdarahan, akan sangat fatal bila terjadi interupsi aliran darah ke bagian distal, di samping itu darah ekstrasvasal akan tertimbun sehingga akan menimbulkan tekanan intracranial yang meningkat, sedangkan menyempitnya pembuluh darah otak akan menimbulkan

terganggunya aliran darah ke otak dan sel sel otak akan mengalami kematian. (Marlina, 2011).

Masalah keperawatan kedua gangguan menelan berhubungan dengan penurunan fungsi nervus vagus. Dari hasil pengkajian pada Ny. K mengalami kesulitan dalam menelan (disfagia). Disfagia adalah kesulitan menelan cairan atau makanan yang disebabkan gangguan pada proses. Penatalaksanaan pasien yang mengalami gangguan fungsi menelan akibat stroke dapat dilakukan melalui terapi non farmakologi berupa terapi gabungan latihan dan kompensasi seperti memodifikasi diet dan latihan motorik oral. Latihan motorik oral bisa dilakukan dengan cara latihan vocal, terapi wicara, latihan mengunyah atau latihan menelan makanan. Latihan vocal adalah terapi rehabilitasi yang dilakukan dengan cara mengucapkan huruf vocal AIUEO. Tujuan latihan vocal untuk membiasakan lidah agar tidak kaku dan memperbaiki kekakuan saat berbicara, serta melatih fungsi saraf yang ada disekitar rongga mulut. Teknik latihan vocal dapat di lakukan dengan jelas dan lantang selama 3-5 menit sebanyak 3 kali sehari selama 1 minggu berturut-turut, dalam penelitian Farhan dan Sulastini (2018).

Masalah keperawatan ketiga adalah kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dan kelemahan. Keluhan utama yang dialami klien yaitu mengalami kelemahan anggota badan sebelah kanan. Dimana kekuatan otot ekstemitas atas 1/5 dan ekstermitas bawah 1/5. Kelemahan ini yang mengakibatkan klien mengalami hambatan mobilitas fisik. Hambatan mobilitas fisik merupakan suatu keadaan ketika seseorang

mengalami atau berisiko mengalami keterbatasan gerak fisik (Riyadi & Widuri, 2015).

Stroke adalah gangguan peredaran darah otak yang menyebabkan deficit neurologis mendadak sebagai akibat iskemia atau hemoragik sirkulasi saraf otak (Sudoyo Aru). Istilah stroke biasanya digunakan secara spesifik untuk menjelaskan infark serebrum (Huda & Kusuma 2016).

Gangguan peredaran darah otak atau stroke menurut Arya (2011) diklasifikasikan menjadi : Stroke Iskemik (Stroke Non Hemoragik) dan Stroke Hemoragik. Stroke iskemik merupakan stroke yang terjadi akibat adanya bekuan atau sumbatan pada pembuluh darah otak yang dapat disebabkan oleh tumpukan thrombus pada pembuluh darah otak. Sedangkan Stroke Hemoragik merupakan perdarahan serebral dan mungkin perdarahan subaraknoid. Disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada area otak tertentu. Gangguan vaskularisasi otak dapat menimbulkan manifestasi seperti berikut : Tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan separo badan, tiba-tiba hilang rasa peka, bicara cadel atau pelo, gangguan bicara dan bahasa, gangguan penglihatan, mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai, gangguan daya ingat , nyeri kepala hebat, vertigo, kesadaran menurun, gangguan fungsi otak, disartria (kesulitan membentuk dalam kata), disfagia (kesulitan dalam menelan). Gangguan mobilitas fisik (immobilisasi) didefinisikan oleh North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) sebagai suatu keadaan dimana individu yang mengalami atau berisiko mengalami keterbatasan gerakan fisik. Individu yang mengalami atau berisiko mengalami keterbatasan gerak.

Berdasarkan penelitian Bakara dkk, (2016) hemiparese yang disebabkan stroke menyebabkan kekakuan, kekuatan otot melemah dan akibatnya mengurangi rentang gerak sendi dan fungsi ekstremitas atas, aktivitas hidup sehari-hari (ADL), seperti makan, minum toileting. Masalah yang berhubungan dengan kondisi imobilisasi pada klien stroke dinyatakan sebagai diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan utama yang sesuai dengan masalah imobilisasi pada klien stroke adalah hambatan mobilitas fisik Hal ini berdasarkan hasil penelitian Alice Gabrielle de SC pada 121 pasien stroke, didapatkan hasil 90% atau 109 orang pasien stroke menunjukkan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik (De Sousa, 2010). Diagnosis ini didefinisikan sebagai keterbatasan dalam melakukan pergerakan fisik pada satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah (Herdman, T.H. & Kamitsuru, 2014).

Masalah keperawatan keempat hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi ke otak. Afasia terjadi akibat kerusakan pada area pengaturan bahasa pada otak. Terapi wicara merupakan tindakan yang diberikan kepada individu yang mengalami gangguan komunikasi, gangguan berbahasa bicara, gangguan menelan. Terapi wicara ini berfokus pada pasien dengan masalah-masalah neurologis seperti pasien pasca stroke . Penderita stroke yang mengalami kesulitan berbicara akan diberikan terapi AUIEO yang bertujuan untuk memperbaiki ucapan supaya dapat dipahami oleh orang lain. Orang yang mengalami gangguan bicara akan mengalami kegagalan dalam beraktikulasi (Haryanto dkk, 2014).

Masalah yang kelima adalah deficit perawatan diri berhubungan dengan kerusakan neuromuscular atau kelemahan, klien dengan stroke iskemik biasanya mengalami keterbatasan gerak sehingga mengakibatkan klien tidak dapat merawat dirinya sendiri secara mandiri, sesuai kasus yang ditemukan saat pengkajian bahwa klien tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, semua aktivitas klien dibantu oleh keluarga.

Dari kelima masalah keperawatan di atas, sehubungan dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik (penurunan kekuatan otot pada ekstremitas kanan atas dan bawah) penulis tertarik melakukan terapi untuk melatih kekuatan otot yaitu dengan *Range Of Motion Spherical Grip*.

Peningkatan kekuatan otot dengan ROM aktif *Spherical Grip* telah dibuktikan oleh penelitian yang dilakukan oleh Anggraini (2018) tentang *Range Of Motion Spherical Grip* dapat meningkatkan kekuatan otot ekstremitas atas pada pasien stroke didapatkan hasil bahwa terdapat perbedaan peningkatan kekuatan otot antara kelompok control dan kelompok intervensi. Pada kelompok control 2,44 meningkat menjadi 2,63 dengan selisih 0,1875 sedangkan pada kelompok intervensi rata-rata 2,44 meningkat menjadi 3,13 dengan selisih 0,6875 dengan hasil diperoleh *p-value* 0,11 jari tangan dan *p-value* 0,027 pergelangan tangan. Dari hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa ROM *Spherical Grip* efektif meningkatkan kekuatan otot ekstremitas atas.

Pemberian ROM aktif- asistif (*Spherical grip*) merupakan latihan yang dapat menghasilkan peningkatan motor unit yang diproduksi asetilcholin, sehingga mengakibatkan kontraksi yang berdampak pada peningkatan

kekuatan otot yang lebih baik. Spherical grip salah satu gerak aktif yang dapat dilakukan dengan cara latihan menggenggam bola. Untuk membantu pemulihan bagian lengan atau bagian ekstremitas atas (Irsyam 2012 dalam penelitian Anggraini dkk 2018). Terapi spherical grip merupakan latihan tangan yang dilakukan dengan cara menggenggam sebuah benda berbentuk bulat seperti bola karet pada telapak tangan (Olviani dkk, 2017).

4.2. Analisis Intervensi Inovasi dengan Konsep dan Penelitian Terkait

Delapan puluh persen penderita stroke mempunyai defisit neuromotor sehingga memberikan gejala kelumpuhan sebelah badan dengan tingkat kelemahan bervariasi dari yang lemah hingga berat, kehilangan sensibilitas, kegagalan sistem koordinasi, perubahan pola jalan dan terganggunya keseimbangan. Hal ini mempengaruhi kemampuannya untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari. Oleh karena itu setelah serangan stroke, penderita harus mempelajari kembali hubungan somatosensori baru atau lama untuk melakukan tugas-tugas fungsionalnya.

Lower motor neuron (LMN) adalah neuron-neuron motorik yang berasal dari sistem saraf pusat tetapi serat-serat sarafnya keluar dari sistem saraf pusat dan membentuk sistem saraf tepi dan berakhir di otot rangka.

Latihan Range Of Motion (ROM) merupakan salah satu bentuk latihan dalam proses rehabilitasi yang dinilai masih cukup efektif untuk mencegah terjadinya kecacatan pada pasien dengan stroke. Latihan ini adalah salah satu bentuk intervensi fundamental perawat yang dapat dilakukan untuk keberhasilan regimen terapeutik bagi pasien dan dalam upaya pencegahan

terjadinya kondisi cacat permanen pada pasien stroke sehingga dapat menurunkan tingkat ketergantungan pasien pada keluarga. (Marlina, 2011).

Latihan ROM aktif- asistif (*Spherical grip*) merupakan latihan yang dapat menghasilkan peningkatan motor unit yang diproduksi asetilcholin, sehingga mengakibatkan kontraksi yang berdampak pada peningkatan kekuatan otot yang lebih baik (Anggraini, 2018). Alat yang digunakan latihan ROM spherical grip yaitu bola karet, dimana berat dari bola karet lebih besar maka akan menghasilkan usaha yang lebih besar dan maksimal sedangkan kontraksi yang terjadi lebih kuat sehingga menghasilkan peningkatan motor unit yang untuk produksi asetilcholin, sehingga mengakibatkan kontraksi. Mekanisme melalui lebih banyak yang berdampak pada peningkatan kekuatan otot yang lebih baik. (Olviani, 2017).

Hasil implementasi inovasi ROM *Spherical Grip* terhadap perubahan skala kekuatan otot pada Ny. K yaitu implementasi dilakukan sebanyak 2 kali sehari yaitu pada pagi dan siang hari selama 3 hari, setelah dilakukan implementasi ROM *Spherical Grip* didapatkan hasil belum terjadi peningkatan pada skala kekuatan otot klien, hal ini dikarenakan keterbatasan waktu penulis dalam memberikan intervensi yang hanya tiga hari. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Olviani dkk (2017) menyatakan latihan ROM *Spherical Grip* dilakukan selama 7 hari sebanyak 2 kali dalam sehari (pagi dan sore) dengan waktu 10 menit untuk mendapatkan hasil yang signifikan dalam peningkatan kekuatan otot. Dalam penelitian yang sama dilakukan oleh Anggraini dkk (2018), menyatakan bahwa latihan ROM

Spherical Grip memiliki dampak signifikan dalam peningkatan kekuatan otot setelah dilakukan dari bulan Januari- Februari 2018 dan dilakukan sebanyak 7 kali selama 5 detik dilakukan latihan secara rutin.

Dari hasil implementasi penulis dengan sebuah penelitian Anggraini (2018) dan Olivia (2017) adalah tidak sama dimana pada penelitian menyebutkan bahwa latihan *Spherical Grip* harus dilakukan sebanyak 7 hari dalam 2 kali pagi dan sore selama 10 menit untuk mendapatkan hasil yang maksimal, namun karena keterbatasan waktu penulis dalam melakukan latihan *Spherical Grip* didapatkan hasil belum ada peningkatan kekuatan otot pada klien. Untuk penelitian selanjutnya agar di harapkan dapat lebih lama lagi sesuai waktu yang telah ditentukan pada penelitian-penelitian sebelumnya untuk melatih klien dengan stroke melalui latihan *Spherical Grip*.

Hambatan dalam intervensi ROM *Spherical Grip* ini adalah menekankan pada kekuatan genggam tangan sedangkan pasien mengalami kelemahan pada jari-jari tangannya, sehingga kekuatan genggam tangan pasien kurang kuat. Kemudahannya pasien kooperatif saat dilakukan tindakan sehingga saat pemberian intervensi penulis dapat memberikan ROM *Spherical Grip* sesuai prosedur, walaupun belum didapatkan hasil yang efektif.

4.3. Alternatif Pemecahan yang dapat dilakukan

Masalah keperawatan yang timbul pada pasien Stroke dapat diatasi bila terjadi kolaborasi yang baik antara pasien dan pemberi pelayanan kesehatan, dalam hal ini khususnya perawat. Berdasarkan masalah pada

pasien stroke perlulah peran perawat dan petugas kesehatan dalam memberikan penatalaksanaan yang komprehensif dan komplit yang berkolaborasi dengan dokter, ahli gizi, laboratorium, fisioterapi sehingga akan meningkatkan derajat kesehatan pada pasien dengan stroke iskemik. Khususnya perawat perlu adanya sosialisasi tentang terapi peningkatan kekuatan otot diperlukan bagi perawat sehingga dapat diterapkan oleh perawat secara langsung kepada pasien untuk meningkatkan pemberian asuhan keperawatan yang lebih efektif dan efisien.

Pada penelitian Clarkson (2012) dalam penelitian manurung 2017, pemulihan pada pasien stroke terhadap peningkatan kekuatan otot dapat dipengaruhi oleh adanya dukungan keluarga dan motivasi dari keluarga. Alternatif lain adalah memberikan pengetahuan kepada perawat ruangan untuk menerapkan tentang latihan *spherical grip* khususnya pada pasien stroke dikarenakan latihan ini memerlukan kegigihan dan ketelatenan seorang perawat untuk membantu klien dalam melatih kekuatan otot.

Alternative lain adalah dengan cara mengajarkan keluarga masalah proses penyakit dan terapi yang dilakukan di rumah sakit dalam hal ini terapi latihan *Spherical grip*. Perawat sudah mengajarkan bagaimana cara melakukan terapi tersebut terhadap keluarga supaya keluarga dapat mengetahui dengan jelas tujuan dan cara melakukannya. Selain itu juga memberikan protap tindakan kepada keluarga untuk bisa dibawa pulang sebagai acuan dalam melakukan latihan mandiri dirumah dan perlu didampingi oleh keluarga. Keluarga menjadi salah satu bagian penting dalam pemulihan pasien pasca stroke. Selain itu, keluarga juga bisa

menjadi jembatan agar klien bisa lebih patuh pada program pengobatan dan latihan agar pemulihan klien bisa lebih optimal meski sudah keluar dari rumah sakit. Latihan yang bisa dilakukan oleh keluarga pasien dengan memberi benda untuk melatih latihan pergerakan, misalnya bola karet.

Alternatif lain adalah menganjurkan keluarga pasien untuk memberi yang berbentuk bulat, bisa dengan benda berbentuk silindris, hal ini berfungsi untuk melatih latihan pergerakan. Hal ini termasuk dalam ROM aktif yang dinamakan *cylindrical Grip*. Gerakan *Spherical Grip* seperti ketika mencengkeram tissue gulung (Olviani dkk, 2015).

BAB V

PENUTUP

5.1. Kesimpulan

- 5.1.1.** Berdasarkan penelitian Anggraini dkk (2018), kekurangan oksigen dapat menyebabkan fungsi otak yang mengontrol gerak tubuh tidak berfungsi dengan baik hal ini terjadi akibat pembuluh darah yang membawa darah dan oksigen ke otak mengalami penyumbatan dan rupture, (*American Heart Association [AHA], 2015*)
- 5.1.2.** Berdasarkan analisa kasus pada klien dengan diagnosa medis Stroke Iskemik ditemukan empat diagnosa keperawatan antara lain Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d kerusakan jaringan otak, kerusakan Mobilitas fisik b/d Penurunan Kekuatan Otot dan Kelemahan, hambatan komunikasi verbal b/d Penurunan Sirkulasi ke otak, gangguan menelan b/d penurunan fungsi nervus vagus.
- 5.1.3.** Berdasarkan analisa dan pembahasan mengenai masalah hambatan mobilitas fisik dengan intervensi inovasi latihan ROM *Spherical Grip* terhadap perubahan nilai kekuatan otot didapatkan hasil belum terjadi peningkatan nilai kekuatan otot dikarenakan keterbatasan waktu pemberian yang hanya 3 hari.

5.2. Saran

5.2.1. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan dapat mengimplementasikan salah satu terapi latihan *Range of Motion* aktif-asistif yaitu latihan *Spherical Grip*.

5.2.2. Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan

1. Diharapkan dapat mengembangkan intervensi keperawatan dalam mengelola penderita stroke khususnya berbagai macam latihan *Range of motion*, salah satu diantaranya latihan *Spherical Grip* dan masih banyak latihan *Range of motion* lain sebagai intervensi inovasi yang diterapkan.
2. Diharapkan dapat meningkatkan kemampuan perawat dalam komunikasi terapeutik dengan pasien sehingga intervensi yang dilakukan mendapatkan hasil yang maksimal.

5.2.3. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan dapat mengembangkan dan meningkatkan pemahaman tentang stroke dan asuhan keperawatan pada pasien stroke sehingga menjadi bekal pengetahuan untuk meningkatkan prestasi akademik maupun keterampilan klinik saat berada dunia kerja.

5.2.4. Bagi pasien dan keluarga

Spherical Grip dapat dilakukan dirumah menggunakan alat yang sangat sederhana dan mendapatkan hasil yang maksimal, latihan ini dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien. Diharapkan, setelah penulis memberikan penjelasan mengenai terapi *Spherical Grip* ini, klien dan keluarga dapat menerapkannya dirumah.

DAFTAR PUSTAKA

Anggraini dkk, 2018. *Range Of Motion (ROM) Spherical Grip Dapat Meningkatkan Kekuatan Otot Ekstremitas Atas Pasien Stroke*. Dikutip pada hari Rabu tanggal 24 juli 2019 pada pukul 11.30 WIB.

Azwarli dkk (2017), *Faktor Resiko Stroke di Kota Jambi tahun 2016*. Dikutip pada hari Sabtu tanggal 15 juli 2019 pada pukul 11.30 WIB.

Farhan dan Sulastini (2015), *pengaruh latihan vocal terhadap perubahan kemampuan menelan pada pasien stroke insfark diruangan cempaka RSUD Dr. Slamet Garut tahun 2015*. Dikutip pada hari Jum'at tanggal 1 juli 2019 pada pukul 10.30 WIB.

Haryanto dkk, (2014), *Pengaruh Terapi AUIEO Terhadap Kemampuan Bicara Pada Pasien Stroke Yang Mengalami Afasia Motorik di RSUD Tugu Rejo Semarang*. Dikutip pada hari Rabu tanggal 24 juli 2019 pada pukul 11.30 WIB.

Huda & Kusuma (2016), *Asuhan Keperawatan Praktis Berdasarkan Penerapan Diagnosa Nanda, NIC, NOC dalam Berbagai Kasus Jilid 2*. MediAction : Jogjakarta.

Marlina (2011), *Pengaruh latihan rom terhadap peningkatan kekuatan otot pada pasien stroke iskemik di RSUDZA Banda Aceh*. Dikutip pada hari senin tanggal 22 juli 2019 pada pukul 11.30 WIB.

Olviani dkk (2017), *Pengaruh Latihan Range Of Motion (ROM) Aktif-Asistif (Spherical Grip) Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Ekstremitas Atas Pada Pasien Stroke Diruangan Rawat Inap Penyakit Syaraf (Seruni) RSUD Ulin Banjar Masin*. Dikutip pada hari Rabu tanggal 24 juli 2019 pada pukul 21.30 WIB.

Pudiastuti & dewi (2011), *Penyakit Pemicu Stroke*. Nuha Medica : Yogyakarta.

LEMBAR KONSULTASI

NAMA : RESTIA MELLA, S.Kep

NIM : 1814901644

PEMBIMBING : Ns. LISA MUSTIKA, M. Kep

JUDUL KIA-N :

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. K (74 Th)
DENGAN STROKE ISKEMIK DALAM
PEMBERIAN INOVASI INTERVENSI *RANGE OF
MOTION* (ROM) AKTIF-ASISTIF SPHERICAL
GRIP DENGAN MASALAH GANGGUAN
MOBILITAS FISIK DI RUANG DAHLIA RSUD. H.
HANAFIE MUARA BUNGO 2019**

NO	Tanggal	Hasil Konsul	Tanda Tangan
1			
2			
3			
4			

LEMBAR KONSULTASI

NAMA : RESTIA MELLA, S.Kep

NIM : 1814901644

PEMBIMBING : Ns. Ida Suryati, M. Kep

JUDUL KIA-N :

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. K (74 Th)
DENGAN STROKE ISKEMIK DALAM
PEMBERIAN INOVASI INTERVENSI *RANGE OF
MOTION* (ROM) AKTIF-ASISTIF SPHERICAL
GRIP DENGAN MASALAH GANGGUAN
MOBILITAS FISIK DI RUANG DAHLIA RSUD. H.
HANAFIE MUARA BUNGO 2019**

NO	Tanggal	Hasil Konsul	Tanda Tangan
1			
2			
3			
4			
5			

