

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. A DENGAN
POST STROKE INFARK DENGAN PENERAPAN INTERVENSI
MENGGENGAM BOLA KARET TERHADAP
PENINGKATAN KEKUATAN OTOT DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS TAROGONG GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH NERS

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners

Pada Program Studi Profesi Ners

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut



TRIA JUANG SUKMADEWI

KHGD24002

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT

PROGRAM STUDI PROFESI NERS

TAHUN 2024/ 2025

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : Analisis Asuhan Keperawatan Pada Tn. A Dengan
Post Stroke Infark Dengan Penerapan Intervensi
Menggenggam Bola Karet Terhadap Peningkatan
Kekuatan Otot Di Wilayah Kerja Puskesmas
Tarogong Garut

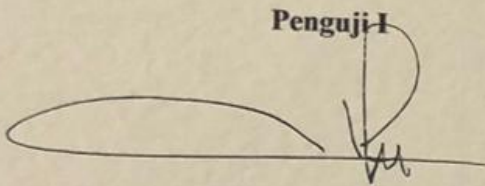
NAMA : TRIA JUANG SUKMADEWI

NIM : KHGD24002

Garut, Agustus 2025

Menyetujui,

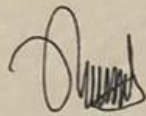
Penguji I



Wahyudin, S. Kp., M.Kes

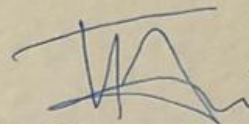
Mengetahui,

Ketua Program Studi Profesi Ners



Sri Yekti W, M.Kep

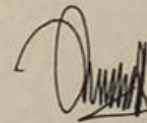
Penguji II



Ns. Tantri Puspita, S.Kep.,MNS

Mengesahkan,

Pembimbing



Sri Yekti W, M.Kep

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL : Analisis Asuhan Keperawatan Pada Tn. A (*Katz Indeks A*) Dengan *Post Stroke Infark* Dengan Penerapan Intervensi Menggenggam Bola Karet Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Di Wilayah Kerja Puskesmas Tarogong Garut

NAMA : TRIA JUANG SUKMADEWI

NIM : KHGD24002

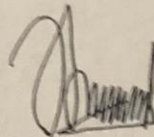
KARYA ILMIAH AKHIR NERS

KIA ini telah disetujui untuk diseminarkan di hadapan Tim Penguji Program Studi Profesi Ners STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Agustus 2025

Menyetujui,

Pembimbing Utama



Sri Yekti Widadi, S.Kp., M.Kep

ABSTRAK

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. A DENGAN POST STROKE INFARK DENGAN PENERAPAN INTERVENSI MENGGENGAM BOLA KARET TERHADAP PENINGKATAN KEKUATAN OTOT DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS TAROGONG GARUT

Tria Juang Sukmadewi S.Kep
Program Studi Profesi Ners
STIKes Karsa Husada Garut

Stroke non hemoragik (stroke infark) merupakan salah satu penyebab kematian dan kecacatan tertinggi di dunia, dengan prevalensi yang terus meningkat, khususnya di negara berkembang. Kondisi ini sering menyebabkan gangguan mobilitas fisik akibat kelemahan otot (hemiparesis) yang berdampak pada kualitas hidup pasien. Penelitian studi kasus ini bertujuan untuk menganalisis asuhan keperawatan pada pasien post-stroke infark dengan penerapan intervensi menggendong bola karet terhadap peningkatan kekuatan otot. Studi dilakukan pada Tn. A di wilayah kerja Puskesmas Tarogong Garut menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Intervensi menggendong bola karet dilakukan secara teratur selama periode perawatan, dengan pemantauan kekuatan otot menggunakan skala *Medical Research Council* (MRC). Hasil menunjukkan adanya peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas pada pasien setelah intervensi, penurunan kekakuan sendi, serta peningkatan kemampuan mobilitas secara keseluruhan. Kesimpulan dari studi ini adalah bahwa intervensi nonfarmakologis berupa latihan menggendong bola karet efektif dalam meningkatkan kekuatan otot pada pasien post-stroke infark, sehingga dapat direkomendasikan sebagai bagian dari program rehabilitasi keperawatan.

Kata kunci: stroke non hemoragik, post-stroke infark, kekuatan otot, menggendong bola karet, asuhan keperawatan

ABSTRACT

ANALYSIS OF NURSING CARE FOR MR. A WITH POST-STROKE INFARCTION WITH THE IMPLEMENTATION OF RUBBER BALL GRAINING INTERVENTION TOWARDS INCREASING MUSCLE STRENGTH IN THE WORKING AREA OF THE TAROGONG GARUT PUBLIC HEALTH CENTER

Tria Juang Sukmadewi S.Kep
Nursing Professional Study Program
STIKes Karsa Husada Garut

Non-hemorrhagic stroke (ischemic stroke) is one of the leading causes of death and disability worldwide, with a steadily increasing prevalence, particularly in developing countries. This condition often results in impaired physical mobility due to muscle weakness (hemiparesis), which significantly affects patients' quality of life. This case study aimed to analyze nursing care for a post-stroke infarction patient through the implementation of a rubber ball gripping exercise to improve muscle strength. The study was conducted on Mr. O in the working area of Puskesmas Tarogong Garut using the nursing process approach, including assessment, diagnosis, planning, implementation, and evaluation. The rubber ball gripping intervention was performed regularly during the treatment period, with muscle strength monitored using the Medical Research Council (MRC) scale. The results showed an increase in upper extremity muscle strength, reduced joint stiffness, and improved overall mobility after the intervention. This study concludes that the non-pharmacological intervention of rubber ball gripping exercise is effective in improving muscle strength in post-stroke infarction patients and can be recommended as part of nursing rehabilitation programs.

Keywords: *non-hemorrhagic stroke, post-stroke infarction, muscle strength, rubber ball gripping, nursing care*

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim.

Assalamu'alaikum wr.wb.

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT. yang telah melimpahkan Rahmat dan Karunia-Nya. Shalawat serta salam semoga selalu tercurah limpahkan kepada suri tauladan kita Baginda Rasulullah SAW beserta keluarga dan umatnya hingga akhir zaman. Karena berkat Rahmat dan Ridho-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan judul “

Karya Ilmiah Akhir-Ners ini diajukan sebagai tugas akhir untuk menempuh pendidikan Program Studi Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut. Dalam menyusun dan menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir-Ners ini penulis banyak memperoleh bantuan baik moril maupun materil serta bimbingan, dorongan dan motivasi dari berbagai pihak. Untuk itu dalam kesempatan ini penulis ingin menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Dr. H. Hadiat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H. Suryadi, SE.,M.Si Ketua umum pengurus yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep.,M.Kes., selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu Sri Yekti, S.Kep., M.Kep selaku Ketua Program Studi Profesi Ners STIKes Karsa Husada Garut.
5. Ibu Sri Yekti Widadi, S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing utama yang telah memberikan waktu, arahan, motivasi serta masukan bagi penyusun.
6. Seluruh jajaran Dosen dan Staf Prodi Profesi Ners Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
7. Teristimewa kepada kedua orangtua, Terimakasih karena telah memberikan kasih sayang, serta senantiasa mengiringkan do'a, dukungan dan nasihat bagi penulis. Semoga Allah SWT memberikan kesehatan dan panjangkan umur mereka, agar senantiasa menemani penulis menuju kesuksesan.

8. Rekan-rekan Angkatan 2024 Program Studi Profesi Ners Keperawatan, pihak lain yang telah membantu dan memberikan saran untuk kelancaran menyusun Karya Ilmiah Akhir Ners.
9. Kepada semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu yang telah membantu dan memberikan dorongan kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir ini masih terdapat banyak kekurangan dan jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan segala masukan baik berupa saran maupun kritik demi perbaikan penelitian selanjutnya. Akhir kata, penulis berharap Karya Ilmiah Akhir ini dapat berguna dan bermanfaat bagi penulis maupun pembaca

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	ii
ABSTRAK	iii
<i>ABSTRACT</i>	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR BAGAN.....	xi
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
1.1. Latar belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah	6
1.3. Tujuan Penelitian.....	6
1.3.1. Tujuan Umum	6
1.3.2. Tujuan Khusus.....	7
1.4. Manfaat Penulisan.....	8
1.4.1. Manfaat Teoritis	8
1.4.2. Manfaat Praktis	8
BAB II.....	9
TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1. Konsep Dasar Stroke Non Hemoragik.....	9
2.1.1. Definisi.....	9
2.1.2. Klasifikasi	10
2.1.3. Etiologi.....	11
2.1.4. Patofisiologi	16
2.1.6. Manifestasi Klinis	19
2.1.7. Pemeriksaan Penunjang	19
2.1.8. Penatalaksanaan	21
2.1.9. Komplikasi	25
2.2. Konsep Asuhan Keperawatan	27
2.2.1. Pengkajian.....	27
2.2.2. Diagnosa Keperawatan.....	40
2.2.3. Intervensi Keperawatan.....	42

2.2.4. Implementasi Keperawatan.....	53
2.2.5. Evaluasi Keperawatan.....	54
2.3. Konsep Terapi Menggenggam Bola.....	55
2.3.1. Definisi.....	55
2.3.2. Tujuan.....	56
2.3.3. Manfaat	57
2.3.4. Jenis Bola yang Digunakan.....	57
2.3.5. Indikasi Terapi Menggenggam Bola Karet	58
2.3.6. Kontra indikasi Terapi Menggenggam Bola Karet	58
2.3.8. Pengukuran Kekuatan Otot MMT.....	64
2.3.9. Langkah- Langkah Pengukuran MMT.....	65
2.3.10 Evidence Based Practice	67
BAB III	71
TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	71
3.1. Pengkajian Keperawatan.....	71
3.3.1. Identitas Diri	71
3.3.2 Riwayat Pekerjaan dan Status Ekonomi	71
3.3.3 Lingkungan Tempat Tinggal	72
3.3.4 Riwayat Kesehatan.....	72
3.3.5. Pemeriksaan Fisik.....	79
3.3.6. Pengkajian Khusus Lansia.....	82
3.3.7 Analisa Data	91
Diagnosa Keperawatan.....	93
3.3.9 Intervensi Keperawatan.....	95
3.3.10 Implementasi	99
3.3.11 Catatan Perkembangan	104
3.2 Pembahasan.....	105
3.2.1 Pembahasan Asuhan Keperawatan Pada Tn.A.....	105
3.3 Pembahasan <i>Evidence Based Practice</i> (EBP).....	112
BAB IV	115
KESIMPULAN DAN SARAN.....	115
4.1 Kesimpulan	115
4.2 Saran.....	116
4.2.1 Bagi Akademik.....	116

4.2.2 Bagi Perawat	116
4.2.3 Bagi Masyarakat	117
DAPTAR PUSTAKA	118

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Penilaian Tingkat Kesadaran	33
Tabel 2.2. Skala Koma Glasgow	33
Tabel 2.3. Gradasi Tingkat Kekuatan Otot dari Skala MRC.....	36
Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan.....	42
Tabel 2.5 SOP Terapi Menggenggam Bola karet	59
Tabel 2.6 langkah pengukuran MMT	65
Tabel 2.7 Tabel Evidence Based Practice (EBP) Terapi Menggenggam Bola Karet	67
Tabel 3.3.4 Genogram	74
Tabel 3.1 APGAR KELUARGA.....	82
Tabel 3.2 SPMSQ.....	83
Tabel 3.3 MMSE	84
Tabel 3.4 KATZ Index.....	86

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway	18
-------------------------	----

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang

Penyakit tidak menular merupakan penyakit kronis yang tidak dapat ditularkan oleh seseorang ke orang lain. Jumlah orang yang sakit akibat penyakit tidak menular akan terus meningkat diseluruh dunia seiring berjalannya waktu, peningkatan paling tinggi angka terjadi pada negara - negara berkembang (Vidianisa, 2020).

Peningkatan kejadian penyakit tidak menular ini berkaitan dengan adanya perubahan gaya hidup modernisasi, urbanisasi, globalisasi, dan pertumbuhan populasi. Kejadian penyakit tidak menular ini bisa muncul karena dari kombinasi faktor resiko yang tidak dapat di modifikasi. Faktor resiko yang dapat menyebabkan penyakit tidak menular ini adalah perubahan gaya hidup yang buruk, seperti, kebiasaan merokok, kurangnya berolahraga, pola makan yang tidak sehat, dan mengkonsumsi alkohol. Faktor tersebut yang akan menyebabkan terjadinya perubahan fisiologis di dalam tubuh manusia, sehingga menjadi faktor resiko antara lain seseorang akan terkena penyakit seperti hipertensi, diabetes, kolesterol darah meningkat, obesitas dan yang serius seseorang terkena penyakit stroke (Tsadik,2020).

Penyakit stroke menjadi penyebab penyakit kematian nomor dua dan penyebab kecacatan nomor tiga di dunia (World Health Organization, 2020). Stroke menurut *World Health Organization* merupakan penyakit

neurocerebravaskular yang disebabkan oleh gangguan suplai darah ke otak karena adanya sumbatan (*Ischemic*) atau pecahnya pembuluh darah otak (*Hemoragic*) yang terjadi secara mendadak dengan gejala klinik baik fokal maupun global yang berlangsung selama 24 jam atau lebih. Tersumbatnya pembuluh darah menyebabkan suplai oksigen dan nutrisi ke otak terhambat sehingga mengakibatkan terjadinya kerusakan pada jaringan otak (World Health Organization, 2018). Stroke dapat menyebabkan kerusakan permanen termasuk terjadinya kelumpuhan sebagian dan gangguan bicara, pemahaman dan memori. Derajat dan lokasi cedera yang di alami menentukan derajat tingkat keparahan stroke, baik minimal hingga bias berakibat fatal (World Stroke Organization, 2022).

Menurut data terakhir yang didapatkan dari *World Health Organization* tahun 2022, terdapat 12.224.551 kasus baru setiap tahun dan 101.474.558 individu yang hidup saat ini pernah mengalami stroke. Dengan kata lain, 1 dari 4 individu yang berusia 25 tahun pernah mengalami stroke di dalam hidupnya. Angka kematian akibat stroke sebanyak 6.552.724 orang dan individu yang mengalami kecacatan akibat stroke sebanyak 143.232.184, terjadi peningkatan insiden stroke sebanyak 70% dan peningkatan penyakit stroke ini terjadi di berbagai negara-negara berkembang dan berpendapatan rendah dan menengah kebawah (Hastuti & Aderita, 2022)

Di Indonesia itu sendiri penderita stroke menempati peringkat ke 97 dunia untuk jumlah penderita stroke dari tahun 2019-2022 di Indonesia sebesar 10.9% dengan jumlah angka kematian mencapai 4,7% (Kemenkes RI 2020). Indonesia

merupakan negara di Asia Tenggara dengan angka kematian stroke terbesar, kemudian diikuti secara berurutan oleh Filipina, Singapura dan Brunei (Putri, Islam & Subadi, 2020). Menurut data terbaru pada profil kesehatan Indonesia dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tahun 2020, stroke menempati posisi ketiga dengan jumlah kasus sebanyak 1.789.216 (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan 2021). Rikesdas tahun 2020 penyakit terbanyak dari beberapa daerah provinsi di Indonesia yaitu Kalimantan Timur menempati posisi kesatu dengan jumlah kasus sebesar 14,7% sementara itu daerah Jawa Barat berada pada posisi ke 12 dengan jumlah kasus 11,4%. Menurut laporan tahunan Dinas Kesehatan Kota Bandung Tahun 2019, prevalensi stroke di Kota Bandung menunjukkan terdapat 1,77% atau sebanyak 4.222 orang terdiagnosis stroke. Prevalensi penyakit stroke ini terlihat meningkat seiring peningkatan umur responden (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

Stroke non hemoragik merupakan jenis stroke yang dominan di derita oleh masyarakat Indonesia yang menyebabkan kecacatan sementara maupun permanen. Penyakit stroke jika tidak ditangani dengan cepat dan tepat akan menimbulkan komplikasi seperti (1) kelumpuhan atau hilangnya gerakan otot (2) disatria (3) disflagia (4) afisia (5) kehilangan memori atau sulit berfikir (6) masalah emosional (7) rasa sakit atau nyeri (Haryono & Utami, 2021). Oleh karena itu melihat dampak yang terjadi maka diperlukan asuhan keperawatan yang segera untuk mengurangi komplikasi yang terjadi akibat penyakit stroke.

Konsep asuhan keperawatan Menurut Murti Ningsih (2020). Merupakan perencanaan yang diberikan secara sistematis dan rasional berdasarkan

kondisi individu. Tujuan dari asuhan keperawatan adalah untuk mengidentifikasi status kesehatan. tujuan dari asuhan keperawatan adalah untuk mengidentifikasi status kesehatan pasien dan masalah kesehatan, menyusun rencana untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Asuhan keperawatan pada pasien stroke dapat mencegah komplikasi yang terjadi apabila tidak ditangani kurang dari 6 jam. Salah satunya menyebabkan kecacatan hingga kematian. Tahapan asuhan keperawatan antara lain pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

Masalah keperawatan yang sering muncul pada penyakit stroke yaitu penurunan kapasitas adaptif intrakranial, resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif dan gangguan mobilitas fisik. Gangguan mobilitas fisik merupakan keterbatasan dalam gerakan fisik dari salah satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Gangguan mobilitas fisik termasuk kategori diagnosa keperawatan negatif. Diagnosa negatif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit sehingga penegakkan diagnosa ini akan mengarah ke pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan (SDKI, 2017).

Dari komplikasi yang muncul akibat penyakit stroke, keluhan pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik 70-80% pasien mengalami hemiparesis (kelemahan otot pada satu sisi bagian tubuh) dengan 20% dapat mengalami peningkatan fungsi motorik dan sekitar 50% mengalami gejala bisa berupa gangguan fungsi motorik/ kelemahan otot pada anggota ekstremitas baik atas maupun ekstremitas bawah bila tidak mendapatkan pilihan terapi yang baik dalam intervensi keperawatan maupun rehabilitasi pasca stroke (Handayani, 2021)

Diperlukan intervensi keperawatan untuk mengatasi komplikasi atau masalah keperawatan yang muncul yaitu dengan intervensi dukungan mobilitas fisik. Mobilitas fisik merupakan kemampuan individu untuk bergerak bebas secara teratur yang bertujuan untuk memenuhi aktifitas dalam mempertahankan Kesehatan (Hidayat & Uliyah, 2020). Upaya penanganan stroke dengan kelemahan dapat diatasi dengan terapi farmakologi dan non farmakologi. Terapi non farmakologi yang dapat dilakukan yaitu ROM aktif salah satunya dengan cara penerapan genggam bola karena dengan penerapan ini menambah kekuatan tangan sehingga bisa diukur. Penerapan genggam bola pada stroke adalah pengukuran semi objektif. Latihan ini untuk menstimulasi motorik pada tangan dengan cara menggenggam bola. Menurut Levine (2020) bahwa gerakan mengepalkan tangan rapat-rapat akan meningkatkan otot menjadi bangkit kendali-kendali otak terhadap otot-otot tersebut. Latihan menggenggam bola dengan tekstur yang lentur dan halus merangsang serat-serat otot untuk berkontraksi walaupun sedikit kontraksi pada setiap harinya.

Hal ini didukung oleh penelitian Saputra et al., (2022) tentang penerapan terapi menggenggam bola karet terhadap perubahan kekuatan otot di Kota Metro. Hasil intervensi setelah diberikan terapi menggenggam bola karet selama 5 hari, kekuatan otot ekstermitas kiri atas responden mengalami perubahan kekuatan otot. Penerapan terapi menggenggam bola karet menunjukkan bahwa efektif dapat peningkatan kekuatan otot pada pasien stroke.

Asuhan Keperawatan ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Tarogong Garut yang merupakan Puskesmas yang menyediakan layanan rawat jalan,

layanan untuk lansia, dan rawat inap. Berdasarkan data yang diperoleh dari Puskesmas Tarogong Garut angka hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Tarogong cukup tinggi yaitu sebanyak 256 orang dengan komplikasi sebanyak 15 orang yang mengalami stroke di Desa Jati. Dalam data 10 besar penyakit terbanyak rawat inap pada tahun 2020, penyakit stroke infrak berada pada urutan ke 7. Masalah yang sering muncul pada pasien stroke dapat berupa kekakuan sendi, penurunan kekuatan otot, dan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh. Berdasarkan fenomena diatas penulis tertarik untuk melakukan studi kasus tentang “Analisis Asuhan Keperawatan Pada Tn.A Dengan Stroke Non Hemoragik (Stroke Infrak) Dan Penerapan Intervensi Menggenggam Bola Karet Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Di wilayah kerja Puskesmas Tarogong Garut”

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang diatas, maka rumusan masalah dalam Karya Ilmiah Akhir ini adalah “Analisis Asuhan Keperawatan Pada Tn.A Dengan Stroke Non Hemoragik (Stroke Infrak) Dan Penerapan Intervensi Menggenggam Bola Karet Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Di wilayah kerja Puskesmas Tarogong Garut”

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui bagaimana asuhan keperawatan dengan kasus “Analisis Asuhan Keperawatan Pada Tn.A Dengan Stroke Non Hemoragik (Stroke Infrak)

Dan Penerapan Intervensi Menggenggam Bola Karet Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Di wilayah kerja Puskesmas Tarogong Garut”

1.3.2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus Karya Ilmiah Akhir ini sebagai berikut:

1. Mampu melakukan pengkajian Asuhan Keperawatan Pada Tn.A Dengan Stroke Non Hemoragik (Stroke Infrak) Dan Penerapan Intervensi Menggenggam Bola Karet Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Di wilayah kerja Puskesmas Tarogong Garut
2. Mampu menegakan diagnosa Asuhan Keperawatan Pada Tn.A Dengan Stroke Non Hemoragik (Stroke Infrak) Dan Penerapan Intervensi Menggenggam Bola Karet Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Di wilayah kerja Puskesmas Tarogong Garut
3. Mampu merencanakan Asuhan Keperawatan Pada Tn.A Dengan Stroke Non Hemoragik (Stroke Infrak) Dan Penerapan Intervensi Menggenggam Bola Karet Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Di wilayah kerja Puskesmas Tarogong Garut
4. Mampu melakukan implementasi Asuhan Keperawatan Pada Tn.A Dengan Stroke Non Hemoragik (Stroke Infrak) Dan Penerapan Intervensi Menggenggam Bola Karet Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Di wilayah kerja Puskesmas Tarogong Garut
5. Mampu mengevaluasi Asuhan Keperawatan Pada Tn.A Dengan Stroke Non Hemoragik (Stroke Infrak) Dan Penerapan Intervensi Menggenggam Bola

Karet Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Di wilayah kerja Puskesmas Tarogong Garut

6. Mampu menganalisa antara teori dan praktik keperawatan stroke pada Tn.A Stroke Non Hemoragik (Stroke Infrak) dengan *Evidence Based Practice* pemberian intervensi menggenggam bola karet di wilayah kerja Puskesmas Tarogong Garut
7. Mampu melakukan dokumentasi keperawatan pada Tn.A dengan *Evidence Based Practice* pemberian intervensi menggenggam bola karet di wilayah kerja Puskesmas Tarogong Garut

1.4. Manfaat Penulisan

1.4.1. Manfaat Teoritis

Manfaat bagi instusi Pendidikan yaitu dapat memberikan referensi ilmu dalam perpustakaan institusi Pendidikan tentang perawatan pada pasien stroke infrak dengan tindakan pemberian terapi menggenggam bola karet dalam upaya peningkatan kekuatan otot.

1.4.2. Manfaat Praktis

Memperluas pengetahuan tentang asuhan keperawatan terhadap pemenuhan kebutuhan aktivitas latihan pada pasien stroke.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Dasar Stroke Non Hemoragik

2.1.1. Definisi

Stroke adalah adanya sumbatan oleh gumpalan darah yang menyebabkan gangguan suplai darah ke otak. Hal ini menyebabkan terjadinya gangguan pasokan oksigen dan nutrisi sehingga terjadi kerusakan jaringan otak. Stroke disebut juga sebagai gangguan fungsi saraf akut yang disebabkan karena gangguan peredaran darah otak secara mendadak. Gangguan tersebut dapat dihitung dalam hitungan detik atau secara cepat timbul gejala dan tanda yang sesuai dengan daerah fokal yang terganggu (Puspitasari, 2020).

Stroke non hemoragik disebut juga stroke iskemik yang disebabkan oleh gumpalan atau sumbatan pembuluh darah pada arteri yang mengalir ke otak (Kharti Gempitasari dan Betriana, 2021). Stroke non hemoragik adalah stroke yang disebabkan karena terdapat sumbatan yang disebabkan oleh trombus atau bekuan yang terbentuk di dalam pembuluh otak atau pembuluh organ selain otak (Minan, 2021).

Stroke non hemoragik merupakan stroke yang terjadi akibat adanya pembekuan atau sumbatan pada pembuluh darah otak yang dapat disebabkan oleh tumpukan thrombus pada pembuluh darah otak. Hal ini menyebabkan aliran darah ke otak menjadi terhenti. Stroke Non Hemoragik terjadinya iskemia atau emboli dan trombosis serebral, yang berlangsung setelah lama beristirahat, baru bangun

tidur atau di pagi hari. Dalam hal ini tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang dapat menimbulkan hipoksia dan edema sekunder (Mardiana et al., 2021).

2.1.2. Klasifikasi

berdasarkan proses yang mendasari terjadinya gangguan peredaran darah otak terdapat dua jenis stroke iskemik (Non-Hemoragik) dan stroke Hemoragik Samita (2018), yaitu:

1. Stroke hemoragik merupakan tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Stroke iskemik secara umum diakibatkan oleh aterotrombosis pembuluh darah serebral, baik yang besar maupun yang kecil, pada stroke iskemik penyumbatan bisa terjadi di sepanjang jalur pembuluh darah arteri yang menuju ke otak. darah ke otak disuplai oleh dua arteri karotis interna dan dua arteri vertebralis. Arteri-arteri ini merupakan cabang dari lengkungan di dalam pembuluh darah arteri karotis sehingga menyebabkan berkurangnya aliran darah. Keadaan ini sangat serius karena setiap pembuluh darah arteri karotis dalam keadaan normal memberikan darah ke sebagian besar otak. Endapan lemak juga bisa terlepas dari dinding arteri dan mengalir di dalam darah kemudian menyumbat arteri yang lebih kecil. Stroke hemoragik terbagi menjadi 2 jenis yaitu:
 - a. Hemoragik intraserebral merupakan perdarahan di jaringan otak.

- b. Hemoragik yaitu perdarahan yang terjadi di ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak.
- 2. Stroke infark atau stroke non hemoragik dapat berupa iskemik atau emboli dan thrombosis serebri, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari, tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat menimbulkan edema sekunder. Pada saat otak hipoksia, tubuh berusaha memenuhi O₂ melalui proses metaobik anerob, yang dapat menimbulkan dilatasi pembuluh darah.

Stroke Iskemik (Non Hemoragik) dibagi 3 yaitu:

- a. Stroke Trombotik adalah proses pembentukan thrombus
- b. Stroke Embotik adalah Gumpalan darah membuat arteri membeku.
- c. *Hypoperfusion Systemik* adalah akibat gangguan irama jantung. aliran darah ke seluruh bagian tubuh berkurang.

2.1.3. Etiologi

Stroke non hemoragik terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Hal ini disebabkan oleh aterosklerosis yaitu penumpukan kolesterol pada dinding pembuluh darah atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah ke otak (Pudiastuti,2021).

Stroke non hemoragik terjadi pada pembuluh darah yang mengalami sumbatan sehingga menyebabkan berkurangnya aliran darah pada jaringan otak

thrombosis otak, aterosklerosis dan emboli serebral yang merupakan penyumbatan pembuluh darah yang timbul akibat pembentukan plak, sehingga terjadi penyempitan pembuluh darah yang dikarenakan oleh penyakit jantung, diabetes, obesitas, kolesterol, merokok, stress, gaya hidup, rusak atau hancurnya *neuron motoric* atas (upper motor neuron) dan hipertensi (Muttaqin,2018). Stroke adalah penyakit yang disebabkan oleh banyak faktor atau yang sering disebut multifaktor. Faktor resiko yang tidak dapat dikenalkan (*non-modifiable risk factor*) dan faktor yang dapat dikendalikan (*modifiable risk factors*) Nasiti,2022). Berikut factor- factor yang berkaitan dengan stroke antara lain:

1. Faktor risiko tidak dapat dikendalikan

a. Umur

Semakin bertambah tua usia,semakin tinggi risikonya. Setelah berusia 55 tahun, risiko berlipat ganda setiap kurun waktu sepuluh tahun. Dua pertiga dari semua serangan stroke terjadi pada orang yang berusia diatas 65 tahun. Tetapi, itu tidak berarti bahwa stroke hanya terjadi pada orang lanjut usia karena stroke dapat menyerang semua kelompok dewasa muda.

b. Jenis kelamin

Pria lebih beresiko terkena stroke daripada wanita, risiko stroke pria 1,25 lebih tinggi daripada wanita, tetapi serangan stroke pada pria terjadi di usia lebih muda sehingga tingkat kelangsungan hidup juga lebih tinggi. Dengan perkataan lain, walau lebih jarang terkena stroke pada umumnya wanita terserang pada usia lebih tua sehingga kemungkinan meninggal lebih besar.

c. Ras

Ada variasi yang cukup besar dalam insiden stroke antara kelompok etnis yang berbeda. Orang-orang di ras Afrika memiliki resiko lebih tinggi untuk semua jenis stroke dibandingkan dengan orang-orang dari ras kaukasia. Resiko ini setidaknya 1,2 kali lebih tinggi dan bahkan lebih tinggi untuk jenis stroke ICH.

d. Faktor Genetik

Terdapat dugaan bahwa stroke dengan garis keturunan saling berkaitan, dalam hal ini hipertensi, DM dan cacat pada pembuluh darah menjadi factor genetic yang berperan, selain itu, gaya hidup dan kebiasaan makan dalam keluarga yang sudah menjadi kebiasaan yang sulit dirubah juga menjadi risiko stroke

2. Faktor risiko yang dapat dikendalikan

a. Hipertensi

Merupakan faktor risiko utama yang menyebabkan pengerasan dan penyumbatan arteri. Penderita hipertensi memiliki faktor risiko stroke empat hingga enam kali lipat dibandingkan orang yang tanpa hipertensi. Secara medis tekanan darah diatas 140/90 mmHg tergolong dalam penyakit hipertensi. Oleh karena dampak hipertensi pada keseluruhan risiko stroke menurun, seiring dengan pertambahan umur, pada orang lanjut usia, faktor-faktor lain di luar hipertensi berperan lebih besar terhadap risiko stroke. Orang yang tidak

menderita hipertensi, risiko stroke meningkat terus hingga usia 90 tahun, menyamai risiko stroke pada orang yang menderita hipertensi.

b. Diabetes Melitus

Diabetes melitus pada penderita DM, khususnya *Non Insulin Dependent* (NIDDM) terdapat faktor risiko multiple Stroke. Lesi aterosklerosis pembuluh darah otak baik intra maupun ekstrakranial merupakan penyebab utama stroke. Aterosklerosis pada pembuluh darah jantung akan mengakibatkan kelainan jantung yang selanjutnya dapat menimbulkan stroke dengan emboli yang berasal dari jantung atau akibat kelainan hemodinamik. Pada aterosklerosis pembuluh darah otak yang besar, perkembangannya mengikuti peningkatan tekanan darah, tetapi pada pembuluh darah kecil, misal dinding pembuluh darah penetrans suatu endarteries berdiameter kecil menebal karena proses jangka Panjang dari deposisi hialin, produk lipid amorphous dan fibrin. Suatu mikroaneurisma dapat terjadi pada daerah yang mengalami aterosklerosis tersebut dan selanjutnya dapat mengakibatkan perdarahan yang sulit dibedakan dari lesi iskemik primer tanpa menggunakan suatu pemeriksaan imaging. Penderita diabetes cenderung menderita aterosklerosis dan meningkatkan terjadinya hipertensi, kegemukan dan kenaikan lemak darah. Kombinasi hipertensi dan diabetes sangat menaikkan komplikasi diabetes termasuk stroke (Yulianto.2020).

c. Kenaikan kadar kolesterol

Kenaikan level *Low Density Lipoprotein* (LDL) merupakan faktor risiko panjang terjadinya aterosklerosis yang diikuti penurunan elastisitas pembuluh darah. Obesitas dapat meningkatkan resiko stroke baik perdarahan maupun sumbatan, tergantung pada factor resiko lainnya yang ikut menyertainya (Dourman, 2021). fakta membuktikan bahwa stroke banyak dialami oleh mereka yang mengalami kelebihan berat badan dan bahkan sebagian kasus umumnya dialami oleh penderita obesitas (Lingga,2021).

d. Kebiasaan mengkonsumsi alkohol

Mengonsumsi alkohol memiliki efek sekunder terhadap peningkatan tekanan darah, peningkatan osmolaritas plasma, peningkatan plasma homosistein, kardiomiopati dan aritmia yang semuanya dapat meningkatkan resiko stroke. Konsumsi alkohol yang sedang dapat menguntungkan karena alkohol dapat menghambat thrombosis sehingga dapat menurunkan kadar fibrinogen dan agregasi platet, menurunkan lipoprotein, meningkatkan HDL, serta meningkatkan sensitivitas insulin (Misbach,2023).

e. Aktivitas fisik

Kurang olahraga merupakan factor resiko untuk terjadinya stroke dan penyakit jantung, olahraga secara cukup rata-rata 30 menit/hari dapat menurunkan resiko stroke, kurang gerak menyebabkan kekakuan otot serta pembuluh darah. Selain itu orang yang kurang gerak akan menjadi gemuk yang menyebabkan timbunan lemak yang berakibatkan pada tersumbatnya aliran

darah oleh lemak. Akibatnya terjadi kemacetan aliran darah yang bisa menyebabkan stroke (Dourman, 2013)

f. Merokok

Perokok berat menghadapi resiko stroke lebih besar dibandingkan perokok ringan. Merokok hamper melipat gandakan resiko stroke iskemik, terlepas dari factor resiko yang lainnya, dan dapat juga meningkatkan subarahnoid hemoragik hingga 3,5 persen. Perlu diketahui bahwa meroko memicu produksi fibrinogen (factor penggumpal darah) lebih banyak sehingga merangsang timbulnya aterosklerosis.

2.1.4. Patofisiologi

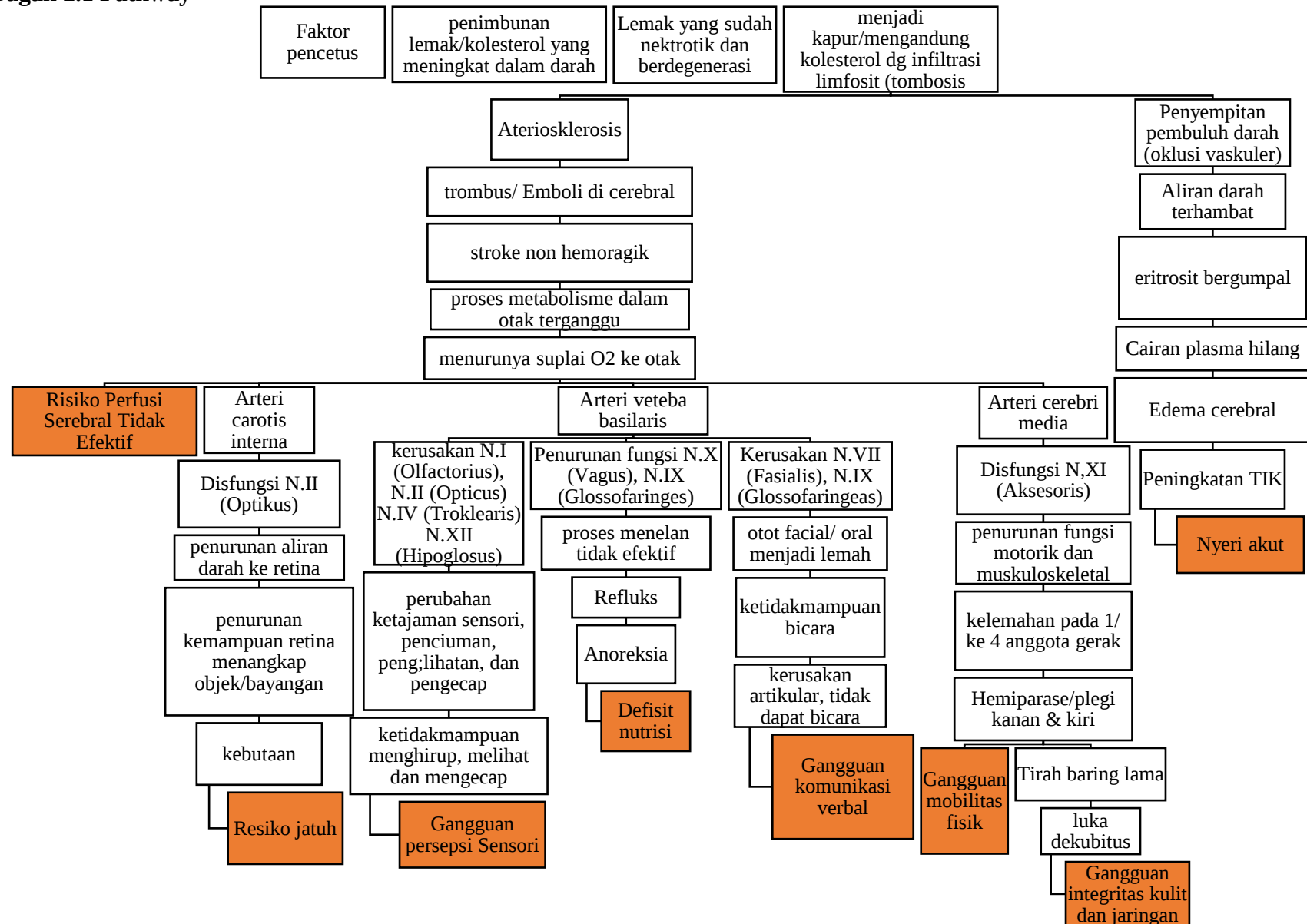
Stroke non hemoragik disebabkan oleh thrombosis akibat plak aterosklerosis yang memberi vaskularisasi pada otak atau oleh emboli dari pembuluh darah diluar otak yang tersangkut di arteri otak. Saat terbentuknya plak fibrosis (atheroma) dilokasi yang terbtas seperti tempat percabangan arteri. Thrombosis selanjutnya melekat pada permukaan plak bersama dengan fibrin, perlekatan thrombosis secara perlahan akan memperbesar ukuran plak sehingga terbentuk thrombus.

Thrombus dan emboli di dalam pembuluh darah akan terlepas dan terbawa hingga terperangkap dalam pembuluh darah distal, lalu menyebabkan pengurangan aliran darah yang menuju ke otak sehingga sel otak akan mengalami kekurangan oksigen dan glukosa akan menyebabkan asidosis atau tingginya kadar asam di dalam tubuh lalu asidosis akan mengakibatkan natrium klorida dan air

masuk ke dalam sel otak dan kalium meninggalkan sel otak sehingga terjadi edema setempat. Kemudian kalium akan masuk dan memicu serangkaian radikal bebas sehingga terjadi kerusakan membrane sel lalu mengerut dan tubuh mengalami deficit neurologis lalu mati.

Infrak iskemik serebri sangat erat hubungannya dengan aterosklerosis atau darah dapat beku pada area yang stenosis, dimana aliran darah akan lambat dan terjadi turbelensi. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan oedema dan nekrosis diikuti thrombosis dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan menyebabkan kematian dibandingkan dari keseluruhan penyakit cerebrovaskuler. Anoksia serebral dapat reversible untuk jangka waktu 4-6 menit. Perubahan irreversible dapat anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi, salah satunya *cardiac arrest*.

Bagan 2.1 Pathway



2.1.6. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala neurologis yang timbul pada stroke tergantung berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasinya, tanda dan gejala stroke non hemoragik yang dialami oleh setiap orang berbeda dan bervariasi, tergantung pada daerah otak yang mana yang terganggu. Beberapa tanda dan gejala menurut Gofi (2021), diantaranya:

- a. Kelumpuhan wajah atau anggota badan (biasanya hemiparesis) yang timbul mendadak.
- b. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan (gangguan hemisensorik).
- c. Perubahan mendadak status mental (konvusi, delirium, latergi, sopor, koma).
- d. Afasia (bicara tidak lancar, kurangnya ucapan, atau kesulitan memahami ucapan)
- e. Distrasia (bicara pelo)
- f. Gangguan penglihatan (hemianopia atau monokuler) atau diplopia
- g. Ataksia (truncal atau anggota badan).
- h. Vertigo, mual dan muntah, atau nyeri kepala.

2.1.7. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien dengan stroke non hemoragik adalah sebagai berikut (Radaningtyas, 2018).

- a. Angiografi serebral Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruktif arteri, oklusi / nuptur.

- b. *Elektro encefalography* Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak atau mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
- c. Sinar x tengkorak Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari masa yang luas, klasifikasi karotis interna terdapat pada trobus serebral. Klasifikasi persial dinding, aneurisma pada pendarahan sub arachnoid.
- d. *Ultrasonography Doppler* Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah system arteri karotis /alioran darah /muncul plaque arterosklerosis
- e. CT-Scan Memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia, dan adanya infark
- f. *Magnetic Resonance Imagine (MRI)* Menunjukan adanya tekanan anormal dan biasanya ada thrombosis, emboli, dan TIA, tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukan, hemoragi subarachnois / perdarahan intakranial.
- g. Pemeriksaan foto thorax Dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensi kronis pada penderita stroke, menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah berlawanan dari massa yang meluas.
- h. Pemeriksaan Laboratorium
 - 1) Fungsi lumbal: tekanan normal biasanya ada thrombosis, emboli dan TIA. Sedangkan tekanan yang meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukan adanya perdarahan subarachnoid atau intracranial.

Kadar protein total meningkat pada kasus thrombosis berhubungan dengan proses inflamasi.

- 2) Pemeriksaan darah rutin
- 3) Pemeriksaan kimia darah: pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah mencapai 250 mg dalam serum dan kemudian berangsurangsur turun kembali.

2.1.8. Penatalaksanaan

Menurut penelitian (Setyopranoto, 2016) penatalaksanaan pada pasien stroke non hemoragik adalah sebagai berikut:

a. Penatalaksanaan umum

- 1) Pada fase akut
 - a. letakkan kepala pasien pada posisi 30°, kepala dan dada pada satu bidang; ubah posisi tidur setiap 2 jam; mobilisasi dimulai bertahap bila hemodinamik sudah stabil.
 - b. Bebaskan jalan nafas, beri oksigen 1-2 liter/menit sampai didapatkan hasil analisa gas darah. Jika perlu, dilakukan intubasi.
 - c. Demam diatasi dengan kompres dan antipiretik, kemudian dicari penyebabnya; jika kandung kemih penuh, dikosongkan (sebaiknya dengan kateter intermiten).
 - d. Pemberian nutrisi dengan cairan isotonik, stroke berisiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan

darah. Kristaloid atau koloid 1500-2000 ml dan elektrolit sesuai kebutuhan, hindari cairan mengandung glukosa atau salin isotonik. Pemberian nutrisi melalui oral hanya dilakukan jika fungsi menelan baik, dianjurkan menggunakan nasogastriktube.

- e. Pantau juga kadar gula darah $>150\text{mg\%}$ harus dikoreksi sampai batas gula darah sewaktu $150\text{ mg\%}$ dengan insulin drip intravena kontinu selama 2-3 hari pertama.
- f. Tekanan darah tidak perlu segera diturunkan, kecuali bila tekanan sistol $>220\text{ mmHg}$, diastol $>120\text{ mmHg}$, Mean Arteri Blood Plessure (MAP) $>130\text{ mmHg}$ (pada 2 kali pengukuran dengan selang waktu 30 menit), atau didapatkan infark miokard akut, gagal jantung kongestif serta gagal ginjal.
- g. Penurunan tekanan darah maksimal adalah 20% dan obat yang direkomendasikan yaitu natrium nitropusid, penyekat reseptor alfa-beta, penyekat ACE, atau antagonis kalsium.
- h. Jika terjadi hipotensi, yaitu tekanan sistol, yaitu tekanan sistol $<90\text{ mmHg}$ diastol $>70\text{ mmHg}$ diberikan NaVl 0,9% 250 ml selama 1 jam, dilanjutkan 500 ml selama 4 jam dan 500 ml selama 8 jam atau sampai tekanan hipotensi dapat teratasi. Jika belum teratasi dapat diberikan dopamine 2-2 ug/kg/menit sampai tekanan darah sistolik 110 mmHg.
- i. Jika kejang, diberikan diazepam 5-20mg iv pelan-pelan selama 3 menit maksimal 100mg/hari; dilanjutkan pemberian antikonvulsan per oral

(fenitoin, karbamazepin). Jika kejang muncul setelah 2 minggu, diberikan antikonvulsan peroral jangka panjang.

- j. Jika didapat tekanan intrakranial meningkat, diberikan manitol bolus intravena 0,25-1 g/ kgBB per 30 menit dan jika dicurigai fenomena rebound atau keadaan umum memburuk, dilanjutkan 0,25g/kgBB per 30 menit setelah 6 jam selama 3-5 hari.

2) Fase Rehabilitasi

- a. Pertahankan nutrisi yang adekuat.
- b. Program manajemen Bladder dan bowel
- c. Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi range of motion (ROM).
- d. Pertahankan integritas kulit
- e. Pertahankan komunikasi yang efektif.
- f. Pemenuhan kebutuhan sehari-hari.
- g. Persiapan pasien pulang.

3) Pembedahan

Dilakukan jika perdarahan serebrum diameter lebih dari 3cm atau volume lebih dari 50ml untuk dekompresi atau pemasangan pintasan ventrikulo peritoneal bila ada hidrosefalus obstruksi akut.

b. Penatalaksanaan medis

Terapi Farmakologi

Ditujukan untuk reperfusi dengan pemberian antiplatelet seperti aspirin dan antikoagulan, atau yang dianjurkan dengan trombolitik rt-PA (*Recombinant Tissue Plasminogen Activator*). Dapat juga diberi agen neuroproteksi, yaitu sitikoin atau pirasetam (jika didapatkan afasia). Terapi farmakologi yang digunakan pada pasien stroke non hemoragik yaitu:

1) Fibrinolitik/ trombolitik (rtPA/ *Recombinant Tissue Plasminogen Activator*)

Golongan obat ini digunakan sebagai terapi reperfusi untuk mengembalikan perfusi darah yang terhambat pada serangan stroke akut. Jenis obat golongan ini adalah alteplase, Tenecteplase dan reteplase, namun yang tersedia di Indonesia hingga saat ini hanya alteplase. Obat ini bekerja memecah trombus dengan mengaktivasi plasminogen yang terikat pada fibrin. Efek samping yang sering terjadi adalah risiko pendarahan seperti pada intrakranial atau saluran cerna; serta angioedema. Beberapa penelitian yang ada menunjukkan bahwa rentang waktu terbaik untuk dapat diberikan terapi fibrinolitik yang dapat memberikan manfaat perbaikan fungsional otak dan juga terhadap angka kematian adalah ,3 jam dan rentang 3-4 atau 5 jam setelah onset gejala.

2) Antikoagulan

Terapi antikoagulan ini untuk mengurangi pembentukan bekuan darah dan mengurangi emboli, misalnya Heparin dan warfarin.

3) Antiplatelet

Golongan obat ini sering digunakan pada pasien stroke untuk pencegahan stroke ulangan dengan mencegah terjadinya agregasi platelet. Aspirin merupakan salah satu antiplatelet yang direkomendasikan penggunaannya untuk pasien stroke.

4) Antihipertensi

Pasien dapat menerima rtPA namun tekanan darah $>185/110$ mmHg, maka pilihan terapi yaitu labetalol 10-20 mg IV selama 1-2 menit, dapat diulang 1 kali atau nikardipin 5 mg/jam IV, titrasi sampai 2,5 mg/jam tiap 5-15 menit maksimal 15 mg/jam; setelah tercapai target maka dapat disesuaikan dengan nilai tekanan darah. Apabila tekanan darah tidak tercapai 180-230 mmHg atau diastol $>105-120$ mmHg, maka pilihan terapi yaitu labetalol 10 mg IV, kemudian infus IV kontinu 2-8 mg/menit atau nikardipin 5 mg/jam IV, titrasi sampai 2,5 mg/jam tiap 5-15 menit, maksimal 15 mg/jam. Tekanan darah selama dan setelah rtPA, 180/105 mmHg, monitor tiap 15 menit selama 2 jam dari dimulainya rtPA, lalu tiap 30 menit selama 6 jam dan kemudian tiap jam selama 16 jam.

2.1.9. Komplikasi

Stroke merupakan penyakit yang mempunyai risiko tinggi terjadinya komplikasi medis, adanya kerusakan saraf pusat yang terjadi secara dini pada stroke, komplikasi stroke meliputi hipoksia serebral, penurunan aliran darah serebral dan luasnya area cedera yang dapat mengakibatkan perubahan pada aliran

darah serebral sehingga ketersediaan oksigen ke otak menjadi berkurang dan akan menimbulkan kematian jaringan otak (Bararah & Jauhar, 2013).

Menurut Pudiastuti (2021) memiliki beberapa komplikasi diantaranya:

1. Bekuan dara (Trombosis) mudah terbentuk pada kaki yang lumpuh menyebabkan penimbunan cairan, pembengkakan (edema) selain itu juga dapat menyebabkan embolisme paru yaitu sebuah bekuan yang terbentuk dalam satu arteri yang mengalirkan darah ke paru.
2. Decubitus pada bagian tubuh yang sering mengalami memar adalah pinggul, pantat, sendi kaki dan tumit. Bila memar tidak pengaruh dirawat dengan baik maka akan terjadi ulkus decubitus dan infeksi.
3. Pneumonia pada pasien stroke akibat tidak bisa batuk dan menelan dengan sempurna, hal ini menyebabkan cairan terkumpul di paru-paru dan selanjutnya menimbulkan pneumonia.
4. Atrofi dan kekauan sendi (kontraktur) hal ini disebabkan karena kurang gerak dan immobilisasi
5. Depresi dan kecemasan gangguan perasaan sering terjadi pada stroke dan menyebabkan reaksi emosional dan fisik yang tidak diinginkan karena terjadi perubahan dan kehilangan fungsi tubuh

2.2. Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan upaya untuk pengumpulan data secara lengkap dan sistematis mulai dari pengumpulan data, identitas dan evaluasi status kesehatan klien (Tarwoto, 2013).

A. Identitas klien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register dan diagnosis medis

B. Keluhan utama

Sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan Kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi dan penurunan tingkat kesadaran.

C. Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke 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 disebabkan perubahan di dalam intrakranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsif dan koma

D. Riwayat penyakit dahulu

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

E. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu.

F. Pengkajian psikososiospiritual

Pengkajian psikologis klien stroke meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif dan perilaku klien. Pengkajian mekanisme koping yang digunakan klien juga penting untuk menilai emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respons atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya, baik dalam keluarga ataupun dalam masyarakat.

G. Pemeriksaan fisik

1) Kesadaran

Biasanya pada pasien stroke mengalami tingkat kesadaran pasien mengantuk namun dapat sadar saat dirangsang (somnia), pasien acuh tak acuh terhadap lingkungan (apati), mengantuk yang dalam (sopor), spoor coma, hingga penurunan kesadaran (coma), dengan GCS < 12 pada awal terserang stroke. Sedangkan pada saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan kompos mentis dengan GCS 13-15.

2) Tanda-tanda vital

a. Tekanan darah

Biasanya pasien dengan stroke non hemoragik memiliki riwayat tekanan darah tinggi dengan tekanan sistole > 140 dan diastole > 80. Tekanan darah akan meningkat dan menurun secara spontan. Perubahan tekanan darah akibat stroke akan kembali stabil dalam 2-3 hari pertama

b. Nadi

Nadi biasanya normal 60-100 x/menit.

c. Pernafasan

Biasanya pasien stroke non hemoragik mengalami gangguan bersihan jalan napas.

d. Suhu

Biasanya tidak ada masalah suhu pada pasien dengan stroke non hemoragik.

3) Pemeriksaan fisik Persistem

1. Sistem pernafasan

Pada inspeksi didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas, dan peningkatan frekuensi pernapasan. Auskultasi bunyi napas tambahan seperti ronkhi pada klien dengan peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk yang menurun yang sering didapatkan pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma. Pada klien dengan tingkat kesadaran composmetris, pengkajian inspeksi pernapasannya tidak ada kelainan. Palpasi toraks didapatkan taktil premitus seimbang kanan dan kiri. Auskultasi tidak didapatkan bunyi napas tambahan.

2. Sistem kardiovaskuler

Pengkajian pada sistem kardiovaskular didapatkan renjatan (syok hipovolemik) yang sering terjadi pada klien stroke Tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi masif (tekanan darah >200 mmHg).

3. Sistem persyarafan

Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologis, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Lesi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya.

Pada pemeriksaan nervus XI (aksesorius) biasanya pasien tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan perawat. Pada pada

pemeriksaan reflek, biasanya saat siku diketuk tidak berespon apa-apa (reflek bisep -) sedangkan pada pemeriksaan reflek Hoffman tromner biasanya jari tidak mengambang ketika diberi reflek(reflek Hoffman tromner +), pada saat pemeriksaan bluedzensky 1 kaki kiri pasien fleksi (bluedzinsky +), pada saat telapak kaki di gores biasanya jari tidak mengembang (reflek babinsky +), pada saat dorsal pedis digores biasanya jari kaki juga tidak berespon (reflek caddok +), pada saat tulang kering digaruk dari atas kebawah ke bawah biasanya tidak ada respon (reflek openheim +), dan pada saat betis diremas dengan kuat biasanya pasien tidak merasakan apapa (reflek Gordon +), pada saat dilakukan reflek patella biasanya femur tidak bereaksi saat diketukan (reflekpatela +).

1) Tingkat kesadaran

- a. Composmentis adalah kondisi pasien yang sadar sepenuhnya dan mampu merespons intruksi petugas medis dan lingkungan dengan sangat baik. Nilai skala GCS untuk tingkat kesadaran ini adalah 15-14.
- b. Apatis merupakan kondisi saat seseorang tidak peduli atau merasa enggan untuk merespons intruksi petugas dan lingkungan sekitar. Nilai GCS pada tingkat kesadaran ini, yaitu 13-12
- c. Delirium adalah menurunnya tingkat kesadaran yang disertai dengan penurunan kemampuan motorik. Kondisi ini ditandai dengan pasien yang mengalami gangguan siklus tidur, gelisah,

disorientasi, kacau, hingga meronta ronta. Nilai GCS pada tingkat kesadaran ini, yaitu 11-10

- d. Somnolen adalah kondisi mengantuk yang cukup dalam, tetapi masih bisa dibangunkan melalui rangsangan seperti mengajaknya berbicara. Namun, ketika rangsangan tersebut berhenti, pasien akan kembali tertidur. Nilai GCS pada tingkat kesadaran ini adalah 9-7.
- e. Sopor merupakan kondisi mengantuk berat yang dialami oleh pasien dan hanya dapat dibangunkan melalui rangsangan nyeri. Meskipun begitu, pasien yang berada pada tingkat kesadaran ini tidak bisa memberikan respons verbal secara baik. Nilai GCS pada kondisi Sopor adalah 6-5.
- f. Semi-koma adalah kondisi pasien yang tidak dapat memberikan respons pada rangsangan verbal bahkan tidak dapat dibangunkan sama sekali. Respons terhadap rangsang nyeri hanya sedikit, tetapi refleks kornea dan pupil masih baik.
- g. Koma hasil ini menunjukkan kondisi pasien tidak bisa dibangunkan dan tidak ada respons terhadap rangsangan (tidak ada respons kornea maupun refleks muntah, mungkin juga tidak ada respons pupil terhadap cahaya). Berikut tingkat kesadaran berdasarkan skala nilai dari skor yang di dapat dari penilaian GCS klien:

Tabel 2.1 Penilaian Tingkat Kesadaran

Kesadaran	GCS	Keterangan
Composmentis	14-15	Kesadaran normal, sadar sepenuhnya
Apatis	12-13	Segan berhubungan dengan lingkungan sekitarnya, sikapnya acuh yak acuh
Delirium	10-11	Keadaan mengantuk dan cenderung tertidur, masih dapat dibangunkan dengan rangsangan dan mampu memberikan jawaban secara verbal, namun mudah tertidur kembali
Somnolen	7-9	Gelisah, disorientasi (orang, tempat, waktu) memberontak, berteriak, halusinasi
Sopor	5-6	Seperti tertidur lelap, tetapi ada respon terhadap nyeri
Semi coma	4	Tertidur lelap reaksi nyeri sedikit
Coma	3	Tidak ada reaksi sama sekali

Tabel 2.2. Skala Koma Glasgow

Test	Respon	Skor
Eye (respon membuka mata)	- Spontan membuka mata	4
	- Membuka mata dengan perintah (suara)	3
	- Membuka mata dengan rangsang nyeri	2
	- Tidak buka mata	1
Verbal (respon verbal)	- Orientasi baik	5
	- Bingung, bicara kacau	4
	- Kata-kata tidak jelas	3
	- Mengerang	2
	- Tidak bersuara	1
Motorik (respon motoric)	- Mengikuti perintah	6
	- Melokalisasi nyeri	5
	- Menghindari nyeri	4
	- Fleksi abnormal	3
	- Ekstensi abnormal	2
	- Tidak ada gerakan	1

Sumber : Rehatta et.,al (2020)

2) Fungsi serebri

- a. status mental: Observasi penampilan, tingkah laku, nilai gaya bicara, ekspresi wajah, dan aktivitas motorik klien Pada klien stroke tahap lanjut biasanya status mental klien mengalami perubahan.
- b. Fungsi intelektual : Didapatkan penurunan dalam ingatan dan memori, baik jangka pendek maupun jangka panjang. kalkulasi. Penurunan kemampuan berhitung
- c. Kemampuan Bahasa: Penurunan kemampuan bahasa tergantung daerah lesi yang memengaruhi fungsi dari serebral. Lesi pada daerah hemisfer yang dominan pada bagian posterior dari girus temporalis superior (area Wernicke) didapatkan disfasia reseptif, yaitu klien tidak dapat memahami bahasa lisan atau bahasa tertulis Sedangkan lesi pada bagian posterior dari girus frontalis inferior (area Broca) didapatkan disfagia ekspresif, yaitu klien dapat mengerti, tetapi tidak dapat menjawab dengan tepat dan bicaranya tidak lancar. Disartria (kesulitan berbicara), ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara. Apraksia (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya).

3) Pemeriksaan saraf kranial

- 1) Saraf I: Biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.
- 2) Saraf II. Disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensori primer di antara mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visual-spasial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial) sering terlihat pada Mien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.
- 3) Saraf III, IV, dan VI. Jika akibat stroke mengakibatkan paralisis pada tubuh.
- 4) Satu sisi otot-otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral di sisi yang sakit
- 5) Saraf V. Pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigeminus, penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah ke sisi ipsilateral, serta kelumpuhan satu sisi otot pterigoideus internus dan eksternus
- 6) Saraf VII. Persepsi pengecap dalam batas normal. wajah asimetris, dan otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat.
- 7) Saraf VIII. Tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi.
- 8) Saraf IX dan X. Kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut.

9) Saraf XI. Tidak ada atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapezius.

10) Saraf XII. Lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi, serta indra pengecap normal.

4) Pengkajian sistem motorik

Inspeksi umum, didapatkan hemiparase, fasikulasi dapat pada otot-otot ekstremitas, tonus otot meningkat. Kekuatan otot 0 pada ekstremitas yang sakit. 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. Hemiparase dan hemiplegia adalah gangguan fungsi uniteral yang diakibatkan oleh lesi kontralateral pada traktus kortikospinal

Tabel 2.3. Gradasi Tingkat Kekuatan Otot dari Skala MRC

Skor	Keterangan
0	Tidak ada pergerakan/tidak ada kontraksi otot
1	Ada pergerakan yang tampak/kontraksi ringan
2	Gerakan aktif tetapi tidak dapat melawan gravitasi
3	Gerakan otot hanya dapat melawan gravitasi
4	Gerakan otot dapat melawan gravitasi dan tahanan ringan/sedang/berat
5	Kekuatan normal

Sumber: Rehatta et al.,(2020).

5) Pemeriksaan refleks

- a. Pemeriksaan refleks dalam, pengetukan pada tendon, ligamentum, atau periosteum derajat refleks pada respon normal. Kekuatan dan regangan yang normal. Refleks terjadi jika stimulasi sensori menimbulkan respon motorik.
- b. Pemeriksaan refleks patalogis, pada fase akut refleks fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari refleks fisiologis akan muncul kembali didahului dengan refleks patogis

6) Pengkajian sistem sensorik

Dapat terjadi ketidakmampuan hemihipestesi. Untuk Persepsi adalah menginterpretasikan sensasi Disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensorik primer diantara mata dan korteks visual.

7) Perubahan pupil

Pupil harus dapat dinilai ukuran dan bentuknya. 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 konstriksi pupil yang cepat (respon langsung). Perhatikan bahwa pupil yang lain juga harus ikut konstriksi. Anisokor (pupil yang tidak sama) dapat normal pada populasi yang presentasinya kecil atau mungkin menjadi indikasi adanya disfungsi neural

4. Sistem perkemihan

Setelah stroke klien mungkin mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi. Ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang kontrol sfingter urine eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermiten dengan teknik steril. Inkontinensia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

5. Sistem pencernaan

Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual sampai muntah disebabkan oleh peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

6. Sistem muskuloskeletal

Stroke adalah penyakit motor neuron atas dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Oleh karena neuron motor atas menyilang, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi motorik paling umum adalah hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh, adalah

tanda yang lain. Pada kulit, jika klien kekurangan O₂ kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan buruk. Selain itu, perlu juga dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke mengalami masalah mobilitas fisik. Adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralise/ hemiplegi, serta mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat.

H. Aktivitas dan Istirahat

- 1) Gejala : merasa kesulitan untuk melakukann aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat (nyeri atau kejang otot).
- 2) Tanda: gangguan tonus otot, paralitik (hemiplegia), dan terjadikelemahan umum, gangguan pengelihatan, gangguan tingkat kesadaran.

I. Integritas Ego

- 1) Gejala : Perasaan tidak berdaya dan perasaan putus asa.
- 2) Tanda: emosi yang labil dan ketidaksiapan untuk marah, sedih dan gembira, kesulitan untuk mengekspresikan diri.

J. Eliminasi

- 1) Gejala: terjadi perubahan pola berkemih
- 2) Tanda : distensi abdomen dan kandung kemih, bising usus negatif.

K. Makanan dan Cairan

- 1) Gejala: nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut, kehilangan sensasi pada lidah dan tenggorokan, disfagia, adanya riwayat diabetes, peningkatan lemak dalam darah.
- 2) Tanda: kesulitan menelan dan obesitas.

L. Kenyamanan atau Nyeri

- 1) Gejala : sakit kepala dengan intensitas yang berbeda-beda.
- 2) Tanda: tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan pada otot.

2.2.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2016).

Diagnosis keperawatan melibatkan proses berpikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medis dan pemberi pelayanan kesehatan yang lain. Komponen-komponen dalam pernyataan diagnosis keperawatan meliputi masalah (problem), penyebab (etiologic), tanda dan gejala (sign and symptom) (Asmadi, 2018).

1. Penurunan kapasitas adaptif intracranial b/d obstruksi aliran cairan serebrospinal (D.0066)
2. Resiko perfusi serebral tidak efektif b/d penurunan kinerja ventrikel kiri tumor otak, cedera kepala, infark miokard akut, hipertensi dan hiperkolesteronemia (D.0017)
3. Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis (D.0077)
4. Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler dan kelemahan anggota gerak (D.0054)
5. Defisit nutrisi b/d ketidakmampuan menelan makanan (D.0019)
6. Resiko gangguan integritas kulit dan jaringan b/d penurunan mobilitas (D.0129)
7. Gangguan komunikasi verbal b/d penurunan sirkulasi serebral (D.0119)
8. Deficit perawatan diri b/d gangguan neuromuskuler dan kelemahan D.0109)

(SDKI,2017)

2.2.3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1.	Penurunan kapasitas adaptif intracranial b/d obstruksi aliran cairan serebrospinal (D.0066)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x 24 jam ekspektasi kapasitas adaptif intrakranial meningkat (L.06049) dengan kriteria hasil: • Tingkat kesadaran meningkat • Sakit kepala menurun • Bradikardi menurun • Tekanan darah membaik • Tekanan nadi membaik • Pola napas membaik • Respon pupil membaik • Refleks neurologis membaik	Manajemen peningkatan intrakranial (I.06194) Observasi • Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) • Monitor tanda atau gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) • Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) • Monitor CVP (Central Venous Pressure), jika perlu • Monitor PAWP, jika perlu • Monitor PAP, jika perlu • Monitor ICP (Intra Cranial Pressure), jika tersedia • Monitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure) • Monitor gelombang ICP • Monitor status pernapasan • Monitor intake dan output cairan • Monitor cairan serebro-spinalis (mis. warna, konsistensi) Terapeutik • Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang • Berikan posisi semi Fowler

			• Hindari manuver Valsava • Cegah terjadinya kejang • Hindari penggunaan PEEP • Hindari pemberian cairan IV hipotonik • Atur ventilator agar PaCO₂ optimal • Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi • Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu • Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu • Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu
	Resiko perfusi serebral tidak efektif b/d penurunan kinerja ventrikel kiri tumor otak, cidera kepala, infark miokard akut, hipertensi dan hiperkolesteronemia (D.0017)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x 24 jam ekspektasi perfusi jaringan serebral meningkat (L.02014) dengan kriteria hasil: • Tingkat kesadaran kognitif meningkat • Gelisah menurun • Tekanan intrakranial menurun • Kesadaran membaik	Pemantauan Tekanan Intrakranial (I.06198) Observasi • Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi menempati ruang, gangguan metabolisme, edema serebral, peningkatan tekanan vena, obstruksi, aliran cairan serebrospinal, hipertensi, intrakranial idiopatik) • Monitor peningkatan TD • Monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD) • Monitor penurunan frekuensi jantung • Monitor iregularitas irama napas • Monitor penurunan tingkat kesadaran • Monitor perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil • Monitor kadar CO₂ dan pertahankan dalam rentang yang diindikasikan • Monitor tekanan perfusi serebral • Monitor jumlah, kecepatan, dan karakteristik

			drainase cairan serebrospinal • Monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK Terapeutik • Ambil sampel drainase cairan serebrospinal • Kalibrasi transduser • Pertahankan sterilitas sistem pemantauan • Pertahankan posisi kepala dan leher netral • Bilas sistem pemantauan, jika perlu • Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien • Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi • Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan • Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
	Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis (D.0077)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x 24 jam ekspektasi tingkat nyeri menurun (L.08066) dengan kriteria hasil: • Keluhan nyeri menurun • Meringis menurun • Sikap protektif menurun • Gelisah menurun • Kesulitan menelan menurun • Frekuensi nadi membaik	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respon nyeri non verbal • Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri • Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri • Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri • Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup • Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan • Monitor efek samping penggunaan analgetik

			Terapeutik • Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain) • Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) • Fasilitasi istirahat dan tidur • Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri • Jelaskan strategi meredakan nyeri • Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri • Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat • Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi • Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
	Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler dan kelemahan anggota gerak (D.0054)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x 24 jam ekspektasi mobilitas fisik meningkat (L.050420 dengan kriteria hasil: • Pergerakan ekstremitas meningkat • Kekuatan otot meningkat • Rentang Gerak (ROM) meningkat • Gerakan tidak terkoordinasi menurun	Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi • Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya • Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan • Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi • Monitor kondisi umum selama melakukan

		• Kelemahan fisik menurun • Kekakuan sendi menurun	mobilisasi Terapeutik • Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal. pagar tempat tidur) • Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu • Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi • Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi • Anjurkan melakukan mobilisasi dini • Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
	Deficit nutrisi b/d ketidakmampuan menelan makanan (D.0019)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x 24 jam ekspektasi status nutrisi membaik (L.03030) dengan kriteria hasil: • Porsi makan yang dihabiskan meningkat • Berat badan membaik • Indeks Masa Tubuh (IMT) membaik	Manajemen nutrisi (I.03119) Observasi • Identifikasi status nutrisi • Identifikasi alergi dan intoleransi makanan • Identifikasi makanan yang disukai • Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien • Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik • Monitor asupan makanan • Monitor berat badan • Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik • Lakukan oral hygienis sebelum makan, jika perlu • Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida)

			makanan) • Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai • Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi • Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein • Berikan suplemen makanan, jika perlu • Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi • Anjurkan posisi duduk, jika mampu • Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi • Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antilemetik), jika perlu • Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu
	Resiko gangguan integritas kulit dan jaringan b/d penurunan mobilitas (D.0129)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x 24 jam ekspektasi integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil: • Kerusakan jaringan menurun • Kerusakan lapisan kulit menurun	Perawatan integritas kulit (I.11353) Observasi • Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penggunaan mobilitas) Terapeutik • Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring • Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang,

			jika perlu • Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare • Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering • Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif • Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering Edukasi • Anjurkan menggunakan pelembab (mis. lotion, serum) • Anjurkan minum air yang cukup • Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi • Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur • Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem • Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah • Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya Perawatan Luka (I.14564) Observasi • Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) • Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik • Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
--	--	--	---

			• Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu • Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan • Bersihkan jaringan nekrotik • Berikan salep yang sesuai ke kulit atau Lesi, jika perlu • Pasang balutan sesuai jenis luka • Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka • Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase • Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien • Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kgBB/hari • Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi • Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transkutaneus), jika perlu Edukasi • Jelaskan tanda dan gejala infeksi • Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein • Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi • Kolaborasi prosedur debridement (mis. enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu • Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu
--	--	--	--

	Gangguan komunikasi verbal b/d penurunan sirkulasi serebral (D.0119)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x 24 jam ekspektasi komunikasi verbal meningkat (L.13118) dengan kriteria hasil: • Kemampuan berbicara meningkat • Kemampuan mendengar meningkat • Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat	Promosi komunikasi defisit bicara (I.13492) Observasi • Monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume, dan diksi bicara • Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran, dan bahasa) • Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara • Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik • Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer) • Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. berdiri didepan pasien, dengarkan dengan seksama tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien) • Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan • Ulangi apa yang disampaikan pasien • Berikan dukungan psikologis • Gunakan juru bicara, jika perlu Edukasi

			• Anjurkan berbicara perlahan • Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara Kolaborasi • Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
--	--	--	--

	Deficit perawatan diri b/d gangguan neuromuskuler dan kelemahan D.0109)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x 24 jam ekspektasi perawatan diri meningkat (L.11103) dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan makan meningkat 4. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat	Dukungan perawatan diri (I.11348) Observasi • Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia • Monitor tingkat kemandirian • Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan Terapeutik • Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi) • Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) • Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri • Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan • Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri • Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi • Anjurkan melakukan perawatan diri secara konstitusi sesuai kemampuan
--	--	--	--

2.2.4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Potter & Perry, 2011).

Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan dimana rencana keperawatan dilaksanakan melaksanakan intervensi/aktivitas yang telah ditentukan, pada tahap ini perawat siap untuk melaksanakan intervensi dan aktivitas yang telah dicatat dalam rencana perawatan klien. Agar implementasi perencanaan dapat tepat waktu dan efektif terhadap biaya, pertama-tama harus mengidentifikasi prioritas perawatan klien, kemudian bila perawatan telah dilaksanakan, memantau dan mencatat respons pasien terhadap setiap intervensi dan mengkomunikasikan informasi ini kepada penyedia perawatan kesehatan lainnya. Kemudian, dengan menggunakan data, dapat mengevaluasi dan merevisi rencana perawatan dalam tahap proses keperawatan berikutnya (Wilkinson, 2012)

Komponen tahap implementasi antara lain:

- 1) Tindakan keperawatan mandiri
- 2) Tindakan keperawatan edukatif
- 3) Tindakan keperawatan kolaboratif
- 4) Dokumentasi tindakan keperawatan dan respon klien terhadap asuhan keperawatan

2.2.5. Evaluasi Keperawatan

Menurut setiadi (2012) dalam buku konsep dan penulisan asuhan keperawatan tahapan penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. Terdapat dua jenis evaluasi:

a. Evaluasi Formatif (Proses)

Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil Tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan Tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

Perumusan evaluasi formatif ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif, objektif, analisis data dan perencanaan.

1. S (Subjektif): Data subjektif dari hasil keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia.
2. O (Objektif): Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat.
3. A (Analisis): Masalah dan diagnosis keperawatan klien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan data objektif.
4. P (Perencanaan): Perencanaan kembali tentang pengembangan Tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien.

b. Evaluasi Sumatif (Hasil)

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Ada 3 kemungkinan evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan (Setiadi, 2012), yaitu:

1. Tujuan tercapai atau masalah teratasi jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditentukan.
2. Tujuan tercapai sebagian atau masalah teratasi sebagian atau klien masih dalam proses pencapaian tujuan jika klien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan.
3. Tujuan tidak tercapai atau masih belum teratasi jika klien hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali.

2.3. Konsep Terapi Menggenggam Bola

2.3.1. Definisi

Terapi menggenggam bola karet merupakan salah satu terapi ROM aktif yaitu gerakan yang dilakukan secara mandiri dengan energinya sendiri. Pada penderita stroke non hemoragik menggunakan terapi dengan media bola karet berbentuk bulat dengan sifat elastis, dapat ditekan dengan kekuatan minimal selama 15 menit pada pagi dan sore hari selama 5 hari Terapi menggenggam bola karet dapat memberikan rangsangan serat-serat otot khususnya jari-jari tangan untuk dapat bergerak dengan cara latihan menggenggam dan meremas untuk

menstimulasi gerak tangan membantu membangkitkan kembali kendali otak terhadap otot-otot. Terapi menggenggam akan melatih otot-otot sehingga terjadi rangsangan serat-serat otot untuk berkontraksi menaikkan temperature otot, menaikkan kekuatan otot dan menaikkan produksi asam laktat (Saputra et al., 2022)

Menurut Irdawati (2015) menjelaskan bahwa latihan menggenggam bola dengan tekstur yang lentur dan halus merangsang serat-serat otot untuk berkontraksi walaupun hanya sedikit kontraksi setiap harinya ditemukan hasil dari implementasi genggam bola dijelaskan bahwa tindakan yang dilakukan sebelum menggenggam bola yaitu dengan menekuk, meluruskan siku, menggenggam, membuka genggaman, merenggangkan, merapatkan kembali jari-jari dan mendekatkan ibu jari ke telapak tangan hal ini karena untuk modal membangkitkan otot pada tangan dan jari-jari agar bisa melakukan aktivitas kembali.

Hal ini juga didukung oleh penelitian Astriani, 2016 menyatakan dilakukan latihan ROM dengan bola karet pada pasien stroke yang mengalami kekuatan otot selama 5-10 menit dapat menunjukan adanya peningkatan nilai kekuatan otot genggam, yang terjadi secara tidak signifikan namun secara perlahan

2.3.2. Tujuan

Terapi menggenggam bola karet merupakan salah satu terapi komplementer bertujuan untuk membantu meningkatkan kekuatan otot ekstremitas atas dengan latihan ROM aktif menggenggam bola karet yaitu melatih

fungsi tangan secara optimal gerak jari tangan mengepal atau menggenggam dengan rapat sehingga dapat menggerakkan otot-otot dan membantu merangsang kemampuan otak untuk mengontrol otot (Putri et al., 2023).

2.3.3. Manfaat

Pada terapi menggenggam bola diharapkan agar terjadi peningkatan mobilitas pada daerah pergelangan tangan (wrist joint) serta stabilitas pada daerah punggung tangan (metacarpophalangeal joint) dan jari-jari (phalangs). Sebagian besar pasien stroke mengalami ketidakmampuan fungsi tangan. Untuk dapat mengembalikan fungsi tangan, dilakukan stabilitas pada pergelangan tangan serta mobilitas yang baik pada jari-jari (Irfan, 2022)

Terapi menggenggam bola bermanfaat untuk merangsang konektivitas saraf. Saraf medulla spinalis yang terlibat dalam proses menggenggam bola adalah saraf yang terdiri dari saraf radialis ke ekstresor lengan, saraf mediana yang mempersarafi otot fleksor (penggenggam) dari lengan bawah, otot otot ibu jari, dan memberikan sensasi pada tangan, dan saraf ulnaris yang mempersarafi otot-otot kecil tangan, kulit jari-jari kelingking pada kedua sisi dari setengah medial jari manis (Cambridge, 2020).

2.3.4. Jenis Bola yang Digunakan

Bola ini terbuat dari bahan karet dan memiliki dua jenis yaitu permukaan yang memiliki tonjolan dan permukaan yang halus. Penggunaan bola karet ini cukup dengan meremasnya secara lembut dan perlahan dengan sesekali ditekan. Penggunaan bola dengan ciri fisik tersebut diharapkan dapat menstimulus

titik akupunktur terutama pada bagian tangan yang secara tidak langsung akan memberikan sinyal ke bagian saraf sensorik pada permukaan tangan yang akan disampaikan ke otak (Chaidir & Zuardi, 2014).

2.3.5. Indikasi Terapi Menggenggam Bola Karet

Menurut Ramadhanti K. & Waliyanti (2023) indikasi terapi menggenggam bola karet yaitu:

- 1) Responden stroke yang mengalami hemiparese pada ekstremitas kanan atau kiri dengan kekuatan otot 3 sampai 4
- 2) Responden yang dapat melakukan kontraksi baik dengan bantuan atau mandiri

2.3.6. Kontra indikasi Terapi Menggenggam Bola Karet

- 1) Terapi dapat mengganggu penyembuhan penyembuhan responden
- 2) Responden post operasi arteri koronaria dan komplikasi infark miokard

2.3.7. Langkah-langkah Terapi Menggenggam Bola Karet

Terapi menggenggam bola karet merupakan ROM ekstremitas atas yang dilakukan dengan 4 kali pengulangan 5 detik setiap gerakan selama 15 menit dengan istirahat 2 menit setiap sesi Syahrim et al,(2019).

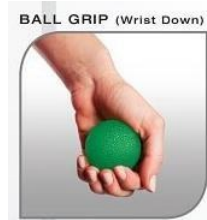
Berikut langkah - langkah Triana, & Zulfikar. (2022). ialah:

Tabel 2.5 SOP Terapi Menggenggam Bola karet

Standar Operasional Prosedur (SOP) Latihan Menggenggam Bola Karet	
Pengertian	Intervensi menggenggam bola karet adalah salah satu intervensi keperawatan non farmakologis untuk meningkatkan kekuatan otot tubuh. Menggenggam bola merupakan bentuk latihan gerak aktif asitif yang dihasilkan oleh kontraksi otot sendiri dengan bantuan gaya dari luar seperti terapis dan alat mekanis.
Tujuan	1. Meningkatkan kekuatan otot tubuh 2. Memperbaiki tonus otot maupun refleks tendon yang mengalami kelemahan 3. Menstimulus saraf motorik pada tangan yang akan diteruskan ke otak 4. Membantu membangkitkan kembali kendali otak terhadap otot-otot
Indikasi	Klien dengan gangguan mobilitas fisik pada ekstermitas atas
Persiapan	1. Persiapan Klien a. Kontrak waktu dengan klien dan atau keluarga klien b. Klien dan keluarga klien diberikan penjelasan mengenai tujuan, prosedur dan lama tindakan yang akan dilakukan c. Jaga <i>privacy</i> klien d. Atur posisi klien nyaman mungkin 2. Persiapan Lingkungan: modifikasi lingkungan nyaman mungkin bagi klien dan menjaga <i>privacy</i> klien 3. Persiapan Alat: bola karet

Prosedur	A. Tahap Pra-interaksi 1. Melakukan verifikasi program pengobatan klien 2. Mencuci tangan 3. Menempatkan alat di dekat klien B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam kepada pasien dan sapa nama pasien. 2. Memperkenalkan diri pada pasien. 3. Jelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan 4. Menanyakan persetujuan atau kesiapan pasien 5. Menjaga privasi klien C. Tahap Kerja 1. Posisikan klien dengan posisi senyaman mungkin 2. Anjurkan penderita untuk pemanasan berupa menggerakkan siku mendekati lengan atas (fleksi), meluruskan kembali lengan atas (ekstensi) 3. Letakkan bola karet diatas telapak tangan klien yang mengalami kelemahan 4. Instruksikan klien untuk menggenggam atau mencengkeram bola karet dengan beberapa gerakan berikut: a. Gerakan pertama <i>Ball grip (wrist up)</i> Pegang bola di telapak tangan. Buka tangan sehingga menghadap ke atas. Genggam kuat bola di telapak tangan tahan dan rileks. Ulangi kembali. b. Gerakan kedua <i>Ball grip (wrist down)</i> Pegang bola di telapak tangan. Balikkan tangan sehingga menghadap ke bawah. Remas bola di
----------	--

telapak tangan. Tahan dan rileks. Ulangi kembali.



c. Gerakan ketiga *Pinch*

Tempatkan bola di antara ibu jari dan jari telunjuk. Remas bersama. Tahan dan rileks.



d. Gerakan keempat *Thumb extend*

Tempatkan bola di antara ibu jari yang tertekuk dan dua jari di tangan yang sama. Menggulirkan bola, rentangkan dan luruskan ibu jari.



e. Gerakan kelima *Opposition*

Tempatkan bola di telapak tangan. Pertahankan antara ibu jari dan jari saat sedang berlatih. Rapatkan ibu jari dan jari. Pegang dan rilekskan tangan.



f. Gerakan keenam *Extend out*

Tempatkan bola di atas meja. Letakkan ujung jari di atas bola. Gulung bola ke luar di atas meja.



g. Gerakan ketujuh *Side-Squeeze*

Tempatkan bola di antara dua jari mana pun. Rapatkan kedua jari tersebut. Tahan dan rileks



h. Gerakan kedelapan *Finger bend*

Letakkan bola di telapak tangan dengan jari ditekan ke dalam bola. Dorong jari ke dalam bola saat anda menekuk jari. Tahan lalu rileks.



5. Instruksikan klien untuk mengulangi gerakan tersebut dan lakukan secara berulang ulang selama durasi satu sampai dua menit pada setiap gerakannya.
6. Setelah selesai instruksikan klien untuk melepaskan genggamannya atau cengkraman bola karet pada tangan.

D. Tahap Terminasi

1. Mengevaluasi hasil tindakan

	Menganjurkan klien untuk melakukan kembali intervensi menggenggam bola karet dengan diulangi 5-7 kali secara mandiri 3. Berpamitan dengan klien 4. Membereskan alat 5. Mencuci tangan Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
Indikator Pencapaian	1. Evaluasi Struktur a. Kondisi lingkungan kondusif b. Klien bersedia mengikuti prosedur dengan runtut c. Alat yang digunakan dalam kondisi baik dan berfungsi maksimal 2. Evaluasi Proses Klien mengikuti kegiatan yang dilakukan dari awal hingga akhir dengan baik 3. Evaluasi Hasil a. Klien mampu mengontrol rasa kaku pada ekstremitasnya b. Klien merasa kekuatan ototnya ada peningkatan
Referensi	Rahmawati, Ida, Juksen, Loren, Neni, Triana, & Zulfikar. (2022). Peningkatan Kekuatan Motorik Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Menggenggam Bola Karet : Systematic Review. <i>Jurnal Kesehatan Medika Udayana</i>, 08(01). Nuraeni, S. Heryanti, & Puspita, T. (2022). An Analysis Of A Rubber Ball Hand Exercise On Stroke Patient: Case Study. <i>Journal Of Health Sciences</i>, 10(2). https://doi.org/10.33086/Jhs.V10i2.140.

2.3.8. Pengukuran Kekuatan Otot MMT

Penilaian kekuatan otot mempunyai skala ukur yang umumnya dipakai untuk memeriksa penderita yang mengalami kelumpuhan selain mendiagnosa status kelumpuhan juga dipakai untuk melihat apakah ada kemajuan yang diperoleh selama menjalani perawatan atau sebaliknya apakah terjadi perburukan pada penderita. Manual Muscle Testing (MMT) adalah metode pengukuran kekuatan otot paling populer. Dalam pemeriksaan MMT, fisioterapis akan mendorong tubuh ke arah tertentu dan pasien diminta menahan dorongan tersebut, lalu fisioterapis mencatat skor atau nilai kekuatan otot pasien, besarnya tergantung pada seberapa banyak pasien mampu menahan dorongan tadi

Cara mengukur kekuatan otot pada pasien stoke non hemoragik adalah menggunakan *Manual Muscle Testing* (MMT). MMT adalah suatu cara pemeriksaan untuk mengetahui kekuatan otot atau kemampuan mengontraksikan otot secara volunteer. Penilaian yang digunakan untuk mengukur MMT adalah sebagai berikut (Abdurachman, 2016).

- 1) Grade 5 (*normal*): Kemampuan otot bergerak melalui lingkup gerak sendi penuh melawan gravitasi dan dapat melawan tahanan maksimal
- 2) Grade 4 (*good*): Kemampuan otot bergerak melalui lingkup gerak sendi penuh melawan gravitasi dan dapat melawan tahanan yang ringan sampai sedang.
- 3) Grade 3 (*fair*): Kemampuan otot bergerak melalui lingkup gerak sendi penuh melawan gravitasi tetapi tidak dapat melawan tahanan yang ringan sekalipun

- 4) Grade 2 (*poor*): Kemampuan otot bergerak melalui lingkup gerak sendi penuh namun tidak dapat melawan gravitasi, atau hanya dapat bergerak dalam bidang horizontal
- 5) Grade 1 (*trace*): otot tidak mampu bergerak dengan lingkup gerak sendi penuh dalam bidang horizontal, hanya tampak gerakan otot minimal atau teraba kontraksi oleh pemeriksa

2.3.9. Langkah- Langkah Pengukuran MMT

Tabel 2.6 langkah pengukuran MMT

No	Jenis pemeriksaan	Prosedur
1	Kekuatan otot ekstremitas atas	- Meminta klien melakukan fleksi pada lengan dan beri tahanan
	a. Otot bahu	- Lakukan prosedur yang sama untuk gerakan ekstensi lengan, lalu beri tahanan
		- Nilai kekuatan otot dengan menggunakan skla 0-5
	b. Otot bahu	- Meminta klien melakukan fleksi pada siku dan beri tahanan
		- Lakukan prosedur yang sama untuk gerakan ekstensi lengan, lalu beri tahanan
		- Nilai kekuatan otot dengan menggunakan skla 0-5
	c. Otot pergelangan tangan	- Letakan lengan bawah klien diatas meja dengan telapak tangan menghadap ke atas
		- Minta klien untuk melakukan gerakan fleksi telapak tangan dengan melawan tahanan
		- Nilai kekuatan otot dengan menggunakan skla 0-5
	d. Otot jari-jari tangan	- Meminta klien untuk menggunakan jari-jari melawan tahanan
		- Nilai kekuatan otot dengan

		menggunakan skala 0-5
2	Kekuatan otot ekstremitas bawah	- Atur posisi tidur klien, pemeriksaan dilakukan dalam posisi supine - Minta klien untuk melakukan gerakan fleksi tungkai dengan melawan tahanan - Minta klien melakukan gerakan abduksi dan adduksi tungkai dengan melawan tahanan - Nilai kekuatan otot dengan menggunakan skala 0-5
	a. Otot panggul	
	b. Otot lutut	- Minta klien untuk melakukan gerakan fleksi lutut dengan melawan tahanan - Nilai kekuatan otot dengan menggunakan skala 0-5
	c. Otot tumit	- Minta klien untuk melakukan gerakan plantar fleksi - Nilai kekuatan otot dengan menggunakan skala 0-5
	d. Otot jari-jari	- Minta klien untuk melakukan gerakan fleksi dan ekstensi jari-jari kaki dengan melawan tahanan - Nilai kekuatan otot dengan menggunakan skala 0-5

Sumber : Potter and Perry. 2005, *Fundamentals of Nursing, Fourth Edition*, Mosby

2.3.10 Evidence Based Practice

Tabel 2.7 Tabel Evidence Based Practice (EBP) Terapi Menggenggam Bola Karet

No	Penulis	Tahun	Judul	Metode and sampel	Hasil penelitian
1	Tongpangm eren, Trishna Saikia Baruah, Niharika Dihidar, Mantu Paul and Abhijit Dutta	2023	<i>Evaluation Of Proprioceptive Neuromuscular Facilitation (Pnf) And Therapy Hand Ball To Improve Motor Dexterity In Post-Stroke Patients</i>	Desain: study carried Sample: 30 patient	<i>Both interventions Showed improvement in each group posttreatment based on the mean score. So, this study can conclude that the treatment protocol, PNF Contract-Relaxed technique, and Therapy Hand Ball exercise significantly improve the motor dexterity of the hand in nonhaemorrhagic post stroke patients. In conclusion, PNF (Contract-Relaxed) techniques and Therapy Hand Ball Exercises (Both Interventions) were equally effective in improving the motor dexterity of the hand in nonhaemorrhagic post-stroke patients. From the data analysis, the prolonged Therapy Hand Ball exercises would show better results when compared to the Proprioceptive Neuromuscular Facilitation PNF (Contract-Relaxed) Technique, as Therapy Hand Ball exercises can be easily performed at home by the patient. At the same time, the PNF CR technique needs a Physiotherapist to perform the treatment. Also, the therapy hand.</i>

2	Tilo Neuendorf, Daniel Zscabitz, Nico Nitzsche, Hencry Schulz	2020	<i>Movement Therapy Of The Uper Extremities With A Ball In Stroke Patient : Result Of A Randomized Controlled Crossover Study</i>	Desain: Crossover Study Sampel 25 Stroke patients	<i>Additional therapy using the ball improved upper extremity motor function and self-perceived health status in chronic stroke patients. However, performance stagnated when standard therapy was implemented alone. Moderately affected patients seem to benefit the most.</i>
3	Setiadi, syarli	2023	Pengaruh Terapi Range Of Motion (ROM) Bola Karet Dalam Menurunkan Kekakuan Otot Genggam Pasien Stroke Di RSUD Pariaman	Desain: One Group pre test and post test Sampel : 25 pasien stroke non hemoragic	Penelitian ini sebelum dilakukan intervensi sebagian besar skor 1 (tidak ada kontraksi otot) sebanyak 20 responden, skor 4 (Ada pengaruh terapi latihan Range of Motion (ROM) dengan bola karet terhadap penurunan kekakuan otot genggam pada Penderita Stroke non hemoragik di RSUD Pariaman dapat meluruskan dan membengkokkan telapak tangan) sebanyak 4 responden, skor 4 (tangan bisa bergerak dengan hambatan ringan) sebanyak 1 responden. Kekuatan otot responden sesudah intervensi didapatkan sebagian skor 5 yaitu tangan bisa bergerak sebanyak 9 responden, skor 2 (dapat meluruskan dan membengkokkan telapak tangan) sebanyak 2 responden, dan skor 4 (tangan bisa bergerak dengan hambatan ringan) sebanyak 6 responden. Ada pengaruh terapi latihan Range of Motion (ROM) dengan bola karet terhadap penurunan kekakuan otot

					genggam pada Penderita Stroke non hemoragik di RSUD Pariaman.
4	Ayu Cantika Sari, Sapti Ayubbana, Senja Atika Sari HS	2021	Efektifitas Terapi Genggam Bola Karet Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke	Desain: Studi Kasus Sampel: 1 pasien stroke	Hasil penerapan menunjukkan bahwa kekuatan otot sebelum dilakukan penerapan terapi genggam bola karet pada ekstremitas kiri atas 3, dan sesudah dilakukan penerapan terapi genggam bola karet kekuatan otot 4. Penerapan terapi genggam bola karet efektif meningkatkan kekuatan otot bila dilakukan dengan frekuensi teratur dan berulang-ulang.
5	Silvia Tri Wahyu Christiaputri. Akhyarul Anam	2023	Perbandingan Implementasi Terapi Genggam Bola Karet Bergerigi Dan Tidak Bergerigi Pada Pasien Stroke Nonhemoragik Terhadap Peningkatan Kekuatan Motorik Ekstremitas Atas	Desain: Studi kasus Sampel: 2 Pasien Stroke nonhemoragik	Berdasarkan hasil evaluasi selama masa rawatan didapatkan bahwa Ny. S yang melakukan terapi genggam bola karet dengan jenis bergerigi mengalami peningkatan perkembangan kekuatan motorik pada hari ketiga. Pada saat dilakukan pengukuran kekuatan motorik kembali skala kekuatan motorik pada pasien mengalami kenaikan 1 angka. Awalnya kekuatan motorik ekstremitas atas sebelah kanan pada pasien bernilai dari 2 menjadi 3. Hal ini hampir sama dengan hasil evaluasi Tn. S yang mengalami peningkatan perkembangan kekuatan motorik. Awal mula kekuatan motorik pada Tn S bernilai dari 1

					menjadi 2, namun pada pasien Tn S peningkatan kekuatan motorik terjadi pada hari keempat atau hari terakhir pemberian intervensi. Perbedaan hasil evaluasi ini dapat terjadi dikarenakan adanya tonjolan-tonjolan pada bola karet bergerigi yang 1 mampu menstimulus saraf-saraf yang mengalami penurunan sehingga akan memicu dalam melakukan gerakan otot yang lebih kuat.
--	--	--	--	--	--

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1. Pengkajian Keperawatan

3.3.1. Identitas Diri

- a. Nama : Tn. A
- b. Tempat, tanggal alhir : Garut, 12 Maret 1956
- c. Usia : 66 tahun
- d. Jenis kelamin : Laki-laki
- e. Status perkawinan : Cerai Mati
- f. Agama : Islam
- g. Suku : Sunda
- h. Pendidikan: : SD
- i. Alamat : Kp. Jati Kuda Desa Jati Kecamatan
Tarogong Kaler

3.3.2 Riwayat Pekerjaan dan Status Ekonomi

- 1. Pekerjaan saat ini : Tidak bekerja
- 2. Pekerjaan sebelumnya : Kuli bangunan
- 3. Sumber pendapatan : Anak dan Adik

3.3.3 Lingkungan Tempat Tinggal

Ruangan tempat tinggal rapi dan bersih, penerangan baik, sirkulasi udara baik, terdapat ventilasi yang cukup, keadaan kamar mandi bersih, pembuangan air kotor septic tank, sumber air sumur, tidak ada sumber pencemaran.

3.3.4 Riwayat Kesehatan

1. Status kesehatan saat ini:

- a. Keluhan utama dalam 1 tahun terakhir kaku tangan dan kaki kiri
- b. Gejala yang dirasakan
- c. Timbulnya keluhan
- d. Upaya mengatasi : pergi kontrol ke dokter
- e. Mengonsumsi obat-obatan sendiri? Obat dari dokter

2. Riwayat kesehatan masa lalu:

- a. Penyakit yang pernah di derita hipertensi
- b. Riwayat alergi tidak ada
- c. Riwayat kecelakaan tidak ada
- d. Riwayat pernah dirawat di rumah sakit tidak ada
- e. Riwayat pemakaian obat-obat hipertensi

3. Keluhan utama

Pasien mengatakan kaku bagian tangan kiri dan kaki kiri

4. Riwayat penyakit sekarang

Pasien mengatakan kaku, lemah saat menggerakkan tangan kiri dan kaki kiri. Aktivitas terbatas sejak 3 tahun terakhir, pasien mengatakan setiap memakai baju dibantu adiknya. Klien mengatakan nyeri sendi sejak 2 bulan yang lalu, nyeri disebabkan kurang bergerak, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan sendi tangan dan kaki, skala nyeri 3 (0-10), nyeri dirasakan kadang-kadang.

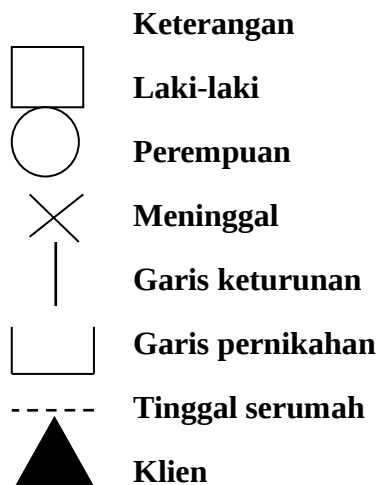
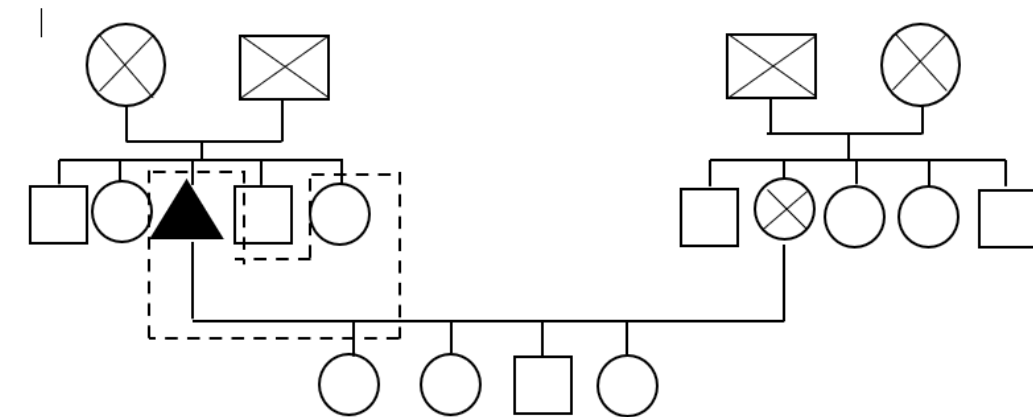
5. Riwayat penyakit dahulu

Pasien mengatakan pernah mempunyai riwayat hipertensi 200/100 mmHg dan terkena stroke. Pasien pernah dirawat dirumahnya dan tidak dibawa ke rumah sakit. Pasien mengatakan mempunyai riwayat jauh 3 tahun yang lalu. Pasien mengatakan dulu jarang mengontrol tekanan darahnya. Pasien tidak memiliki alergi baik terhadap makanan ataupun obat.

6. Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan jika adiknya memiliki hipertensi namun tidak pernah mengalami stroke. Tidak ada anggota keluarganya yang lain memiliki penyakit keturunan yang lainnya seperti DM dan tidak terdapat keluarga yang menderita penyakit menular.

Tabel 3.3.4 Genogram



7. Pola Kesehatan Fungsional (Gordon)

a. Pemeliharaan Kesehatan

Pasien mengatakan menganggap kesehatan itu penting, ditunjukkan dengan pasien selalu menjaga pola makannya. Dan pasien rutin pergi memeriksa kesehatannya pada dokter satu bulan sekali.

b. Nutrisi Metabolik

No	Jenis	Sehat	Sakit
1	Pola Makan Jenis Porsi Frekuensi Diet khusus Kesulitan menelan Gigi palsu Nafsu makan	1 porsi 3x/hari Tidak ada Tidak ada Tidak ada Baik	1 porsi 3x/hari Tidak ada Tidak ada Tidak ada Baik
2	Pola minum Jenis Frekuensi Jumlah Pantangan	Air putih ±6-7 gelas/hari ±2000 ml Tidak ada	Air putih 6-7 gelas/hari ±2000 ml Tidak ada

c. Pola eliminasi

No	Jenis	Sehat	Sakit
1	BAB Frekuensi Warna Masalah	1x/hari Khas feses Tidak ada	1x/hari Khas feses Tidak ada
2	BAK Frekuensi Jumlah Warna Masalah	±5x/hari ±1500 ml Khas urine Tidak ada	±5x/hari ±1500 ml Khas urine Tidak ada

d. Pola aktifitas sehari-hari

No	Jenis	Sehat				
		0	1	2	3	4
1.	Mandi	√				
2.	Berpakaian	√				
3.	Eliminasi	√				
4.	Mobilisasi ditempat tidur	√				
5.	Berpindah		√			
6.	Berjalan		√			
7.	Berbelanja			√		

8.	Memasak			√		
9.	Naik tangga		√			
10.	Pemeliharaan rumah / ruangan			√		

Ket.: 0 = Mandiri
 1 = Alat bantu
 2 = Dibantu orang lain
 4 = Dibantu orang lain – alat
 4 = Tergantung/tidak mampu

No	Jenis	Sehari - hari
1.	Mandi	Frekuensi : 1x/hari
2.	Berpakaian	Frekuensi : 1x/hari
3.	Mobilisasi Tempat Tidur	Frekuensi : 3-4 kali

e. Pola Persepsi Kognitif

1) Berbicara

Pasien dapat berbicara dengan jelas, tidak ada kesulitan menggerakkan otot wajah, tidak ada kesulitan dalam pengucapan kata-kata.

2) Bahasa

Pasien menggunakan bahasa Sunda dalam kesehariannya, pasien juga bisa bahasa Indonesia

3) Kemampuan Membaca

Pasien mampu membaca dengan baik

4) Tingkat Ansietas

Pasien tampak bersemangat, pasien mampu berbicara tentang dirinya pada waktu dahulu.

5) Kemampuan Berinteraksi

Pasien aktif berinteraksi dengan keluarganya maupun dengan orang lain, merespon aktif dalam komunikasi, pasien terbuka menceritakan keluhan serta pengalaman sakitnya, pasien mampu menunjukkan kontak mata pada saat bicara pasien selalu menjawab semua pertanyaan yang diajukan.

f. Pola istirahat dan tidur

No	Jenis	2 hari sebelumnya	1 hari sebelumnya
1.	Tidur Siang Lama Tidur Keluhan	± 1 Jam – 2 Jam Tidak ada	± 1 Jam – 2 Jam Tidak ada
2.	Tidur Malam Lama Tidur Keluhan	$\pm 6-7$ Jam Tidak ada	$\pm 6-7$ Jam Tidak ada

g. Pola Konsep Diri

1) Konsep Diri

Pasien mengatakan ingin segera sembuh dengan keadaan tubuhnya saat ini

2) Idela Diri

Pasien mengatakan bahwa dirinya ingin beraktifitas seperti dulu

3) Harga Diri

Pasien mengatakan tidak merasa malu dengan penyakitnya dan menerima apa yang terjadi saat ini. Pasien menunjukkan kontak mata dan tidak menghindar saat dilakukan pengkajian.

4) Identitas Diri

Pasien mengatakan ia adalah seorang laki-laki, ayah dari 2 orang anak, kakek bagi cucu-cucunya

5) Peran Diri

Pasien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas banyak di luar rumah ataupun bekerja seperti dulu

h. Pola Peran dan Hubungan

Pasien mengatakan sangat dekat dengan adik-adiknya yang selalu menemani ia di rumah. Sekali-sekali pasien pergi keluar rumah untuk mengobrol dengan tetangganya. Pasien mengatakan tidak memiliki masalah keuangan karena anaknya selalu mengirim uang untuknya dan adiknya juga bekerja

i. Pola Produksi dan Seksual

Pasien mengatakan istrinya sudah meninggal.

3.3.5. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum : Baik
2. Tingkat kesadaran/GCS : Composmentis E:4 v:5 M:6
3. Tanda-tanda vital:
 TD: 140/100 mmHg, S:36,3°C, HR: 84x/menit, RR:20 x/menit
4. Antropometri:
 BB:60 Kg kg, TB: 162 cm
5. Pemeriksaan Fisik *Head to Toe*
 - a. Pemeriksaan kepala
 Bentuk kepala bulat, simetris, dan tidak ada masalah pergerakan, tidak ada nyeri tekan
 - b. Pemeriksaan mata
 Mata lengkap dan simetris, kelopak mata tidak ada edema, peradangan atau benjolan, bulu mata tidak rontok, konjungtiva merah muda, sclera putih
 - c. Pemeriksaan Telinga
 Bentuk daun telinga lebar, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, tidak ada peradangan, fungsi pendengaran baik
 - d. Pemeriksaan Hidung
 Lubang hidung simetris, tidak ada pendarahan, tidak ada pembekakan, tidak ada kotoran, fungsi penciuman baik

e. Pemeriksaan Mulut

Bibir merah kehitaman, tidak ada lesi, ada caries, tidak ada kotoran, tidak memakai gigi palsu, warna lidah merah muda

f. Pemeriksaan Wajah

Wajah pasien simetris, tidak ada lesi, tidak ada kelemahan otot fasialis

g. Pemeriksaan Leher

Bentuk leher simetris, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid/limfe

h. Pemeriksaan Integumen, rambut, kuku

1) Integument

Tidak ada lesi, warna kulit sawo matang, suhu kulit terasa hangat, tekstur kasar, keriput, tidak ada oedema, tidak ada luka pada kulit

2) Pemeriksaan Rambut

Distribusi merata, tidak ada bau, ada rontok, warna hampir seluruhnya berwarna putih

3) Pemeriksaan Kuku

Warna merah muda, bersih

i. Pemeriksaan Toraks dan Paru

1) Bentuk toraks normal, simetris, irama teratur, tidak ada retraksi dada, tidak ada suara tambahan, perkusi sonok

2) Pemeriksaan Jantung irama jantung regular, tekanan darah 140/100 mmHg, nadi 84 kali per menit, tidak terdapat bunyi jantung tambahan

j. Pemeriksaan Abdomen

Bentuk abdomen cembung, simetris, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, Bising usus 12x/menit

k. Pemeriksaan Gentialia

Tidak ada hemoroid

l. Pemeriksaan Ekstremitas

Otot ekstremitas sebelah kiri atas dan bawah mengalami kekakuan dan kelemahan dengan Kekuatan otot (5,5,3,3)

3.3.6. Pengkajian Khusus Lansia

3.3.6.1. Pengkajian APGAR Keluarga

Tabel 3.1 APGAR KELUARGA

NO	ITEMS PENILAIAN	SELALU (2)	KADANG- KADANG (1)	TIDAK PERNAH (0)
1	<i>A: Adaptation</i> Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	√		
2	<i>P : Partnership</i> Saya puas dengan cara keluarga (teman- teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah saya.	√		
3	<i>G : Growth</i> Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima & mendukung keinginan saya untuk melakukan aktifitas atau arah baru.	√		
4	<i>A : Afek</i> Saya puas dengan cara keluarga (teman- teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya, seperti marah, sedih atau mencintai.		√	
5	<i>R : Resolve</i> Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama- sama mengekspresikan afek dan berespon		√	
	JUMLAH		8	

Interpretasi

0-3 : Disfungsi keluarga sangat tinggi

4-6 : Disfungsi Keluarga sedang

7-10 : Disfungsi Keluarga rendah

Hasil pemeriksaan

Skor 8 disfungsi keluarga rendah

3.3.6.2. Pengkajian Status Mental Menggunakan *Short Portable Mental Status Questioner* (SPMSQ)

Tabel 3.2 SPMSQ

No	Item Pertanyaan	Benar	Salah
1	Jam berapa sekarang ? Jawab :.....	√	
2	Tahun berapa sekarang ? Jawab :.....	√	
3	Kapan Bapak/Ibu lahir? Jawab :.....		√
4	Berapa umur Bapak/Ibu sekarang ? Jawab :	√	
5	Dimana alamat Bapak/Ibu sekarang ? Jawab :.....	√	
6	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu? Jawab :.....	√	
7	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu ? Jawab :.....	√	
8	Tahun berapa Hari Kemerdekaan Indonesia ? Jawab :	√	
9	Siapa nama Presiden Republik Indonesia sekarang ? Jawab :.....	√	
10	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke 1 ? Jawab :.....	√	
JUMLAH		9	1

Analisis Hasil :

Skore Salah : 0-2 : Fungsi intelektual utuh
 Skore Salah : 3-4 : Kerusakan intelektual Ringan
 Skore Salah : 5-7 : Kerusakan intelektual Sedang
 Skore Salah : 8-10 : Kerusakan intelektual BERAT

Hasil Pemeriksaan

Skor salah 1 Fungsi intelektual utuh

3.3.6.3 Pengkajian Aspek Kognitif dan Fungsi Mental Menggunakan *Mini Mental Status Exam* (MMSE)

Tabel 3.3 MMSE

NO	ITEM PENILAIAN	Jawaban	Benar (1)	Salah (0)
1	ORIENTASI			
	1. Tahun berapa sekarang?	2025	√	
	2. Musim apa sekarang ?	Hujan	√	
	3. Tanggal berapa sekarang ?	21	√	
	4. Hari apa sekarang ?	Rabu	√	
	5. Bulan apa sekarang ?	Mei	√	
	6. Dinegara mana anda tinggal ?	Indonesia	√	
	7. Di Provinsi mana anda tinggal ?	Jawa barat	√	
	8. Di kabupaten mana anda tinggal ?	Garut	√	
	9. Di kecamatan mana anda tinggal ?	Tarogong	√	
	10. Di desa mana anda tinggal ?	Cimangante	√	
2	REGISTRASI			
	Minta klien menyebutkan tiga obyek			
	11.	Kursi	√	
	12.	TV	√	
	13.	Lemari	√	
3	PERHATIAN DAN KALKULASI			
	Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, misal” BAPAK “			
	14. K			√
	15. A		√	
	16. P		√	
	17. A		√	
	18. B		√	
4	MENGINGAT			

	Minta klien untuk mengulang 3 obyek Diatas			
	19.	Kursi	√	
	20.	TV	√	
	21.	Lemari	√	
5	BAHASA			
	a. Penamaan			
	Tunjukkan 2 benda minta klien menyebutkan :			
	22. Jam tangan		√	
	23. Pensil		√	
	b. Pengulangan Minta klien mengulangi tiga kalimat berikut			
	24. “Tak ada jika, dan, atau tetapi “		√	
	c. Perintah tiga langkah			
	25. Ambil kertas !		√	
	26. Lipat dua !		√	
	27. Taruh dilantai !		√	
	d. Turuti hal berikut			
	28. Tutup mata		√	
	29. Tulis satu kalimat		√	
	30. Salin gambar		√	
	JUMLAH			

Analisis hasil :

Nilai ≤ 21 : Kerusakan kognitif

Hasil pemeriksaan

Skor 29 Tidak ada gangguan kognitif

3.3.6.4 Pengkajian Status Fungsional (indeks kemandirian KATZ)

Tabel 3.4 KATZ Index

No	Aktivita	Mandiri	Tergantung
1	Mandi Mandiri : Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya Tergantung : Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri	√	
2	Berpakaian Mandiri : Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian. Tergantung : Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian		√
3	Ke Kamar Kecil Mandiri : Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genetalia sendiri Tergantung : Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot	√	

4	Berpindah Mandiri : Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri Bergantung : Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan	√	
5	Kontinen Mandiri : BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri Tergantung : Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter,pispot, enema dan pembalut (pampers)	√	
6	Makan Mandiri : Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri Bergantung : Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral (NGT)	√	

Keterangan :

Beri tanda (v) pada point yang sesuai kondisi klien

Analisis Hasil :

Nilai A : Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, kamar kecil, mandi dan berpakaian.

Nilai B : Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut

Nilai C : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan

Nilai D : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan

Nilai E : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke

kamar kecil, dan satu fungsi tambahan.

Nilai F : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan

Nilai G : Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut

Hasil Pemeriksaan

Nilai B: Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut

3.3.6.5 Screening *Faal Functional Reach (FR) Test*

No	Langkah
1	Minta pasien berdiri di sisi tembok dengan tangan Direntangkan kedepan
2	Beri tanda letak tangan 1
3	Minta pasien condong kedepan tanpa melangkah selama 1-2 menit, dengan tangan direntangkan ke depan
4	Beri tanda letak tangan ke 2 pada posisi condong
5	Ukur jarak antara tanda tangan 1 & ke 2

Interpretasi :

Usia lebih 70 tahun : Kurang 6 Inchi : Resiko Roboh

Hasil Pemeriksaan :

Jarak antara tanda tangan ke 1 dan tanda tangan ke 2 = 10 inchi : Tidak ada resiko Roboh

3.3.6.6 *The Timed Up And Go (TUG) Test*

No	Langkah
1	Posisi pasien duduk dikursi
2	Minta pasien berdiri dari kursi, berjalan 10 Langkah(3meter), kembali ke kursi, ukur waktu dalam detik

INTERPRETASI :

Score:

≤ 10 detik	: <i>low risk of falling</i>
11 - 19 detik	: <i>low to moderate risk for falling</i>
20 – 29 detik	: <i>moderate to high risk for falling</i>
≥ 30 detik	: <i>impaired mobility and is at high risk of falling</i>

Hasil Pemeriksaan :

21 Detik *Moderate to high risk for falling*

3.3.6.7 Geriatric Depression Scale (Scala Depresi)

No	Pertanyaan		
1	Apakah anda sebenarnya puas dengan kehidupan Anda?	Tidak	
2	Apakah anda telah meninggalkan banyak Kegiatan dan minat/kesenangan anda		Ya
3	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong?		Ya
4	Apakah anda sering merasa bosan?		Ya
5	Apakah anda mempunyai semangat yang baik Setiap saat?	Tidak	
6	Apakah anda merasa takut sesuatu yang buruk Akan terjadi pada anda?		Ya
7	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian Besar hidup anda?	Tidak	
8	Apakah anda merasa sering tidak berdaya?		Ya
9	Apakah anda lebih sering dirumah daripada pergi Keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru?		Ya
10	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah Dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang ?		Ya
11	Apakah anda pikir bahwa kehidupan anda Sekarang menyenangkan?	Tidak	
12	Apakah anda merasa tidak berharga seperti Perasaan anda saat ini?		Ya
13	Apakah anda merasa penuh semangat?	Tidak	
14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak Ada harapan?		Ya
15	Apakah anda pikir bahwa orang lain, lebih baik Keadaannya daripada anda?		Ya

Interpretasi :

Setiap Jawaban Yang Sesuai Mempunyai Skor “1” (Satu) :

Skor 5-9 : Kemungkinan Depresi

Skor >10 : Depresi

Hasil Pemeriksaan :

Skor 3 tidak ada depresi

3.3.7 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	Ds: - Pasien mengatakan kaku bagian tangan kiri dan kaki kiri - Pasien mengatakan lemas bagian tangan kiri dan kaki kiri Do: - Tangan dan kaki kiri : tampak kaku ketika digerakan - Tampak lambat menggerakan anggota gerak kirinya - Gerakan berpindah tampak lambat - Kekuatan oto (5,5,3,3)	Faktor pencetus ↓ Penimbunan lemak/kolesterol yang meningkat dalam darah ↓ Lemak yang sudah nekrotik dan bergenerasi ↓ Penyempitan pembuluh darah ↓ Aliran darah terhambat/iskemi ↓ Peningkatan tekanan cairan serebrospinal ↓ Disfungsi N.XI(aksesorius) penurunan fungsi motorik ↓ Kelemahan pada 1 atau ke 4 anggota gerak ↓ Hemiparesis ↓ Gangguan mobilitas fisik	Gangguan Mobilitas Fisik
2	Ds: - Pasien mengatakan nyeri sendi di kaki dan tangan kiri Do: - Tampak meringis ketika menggerakan kaaki dan tangan kiri - Tampak gelisah - Bersikap protektif	Faktor pencetus ↓ Penimbunan lemak/kolesterol yang meningkat dalam darah ↓ Lemak yang sudah nekrotik dan bergenerasi ↓ Penyempitan pembuluh darah ↓ Aliran darah terhambat/iskemi ↓ Nyeri akut	Nyeri akut

	- TD : 140/100 mmHg - HR : 84X/menit		
3	Faktor risiko - Klien berusia >65 tahun - Memiliki riwayat jatuh 3 tahun yang lalu - Hasil pemeriksaan TUG Test menunjukan klien memiliki risiko jatuh sedang hingga tinggi dengan skor 21 detik	Faktor pencetus ↓ Penimbunan lemak/kolesterol yang meningkat dalam darah ↓ Lemak yang sudah nekrotik dan bergenerasi ↓ Penyempitan pembuluh darah ↓ Aliran darah terhambat/iskemi ↓ Peningkatan tekanan cairan serebrospinal ↓ Disfungsi N.XI(aksesorius) penurunan fungsi motorik ↓ Kelemahan pada 1 atau ke 4 anggota gerak ↓ Hemiparesis ↓ Gangguan keseimbangan ↓ Risiko jatuh	Risiko Jatuh

Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan pada anggota gerak ditandai dengan :

Ds:

- Pasien mengatakan kaku bagian tangan kiri dan kaki kiri
- Pasien mengatakan lemas bagian tangan kiri dan kaki kiri

Do:

- Tangan dan kaki kiri : tampak kaku ketika digerakan
- Tampak lambat menggerakan anggota gerak kirinya
- Gerakan berpindah tampak lambat
- Kekuatan otot (5,5,3,3)

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemis) ditandai dengan :

Ds:

- Pasien mengatakan nyeri sendi di kaki dan tangan kiri

Do:

- Tampak meringis ketika menggerakan kaaki dan tangan kiri
- Tampak gelisah
- Bersikap protektif
- TD : 140/100 mmHg
- HR : 84X/menit

3. Risiko jatuh berhubungan dengan penurunan fungsi kognitif ditandai dengan

Faktor risiko

- Klien berusia >65 tahun
- Memiliki riwayat jatuh 3 tahun yang lalu
- Hasil pemeriksaan TUG Test menunjukan klien memiliki risiko jatuh sedang hingga tinggi dengan skor 21 detik

3.3.9 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan pada anggota gerak ditandai dengan : Ds: - Pasien mengatakan kaku bagian tangan kiri dan kaki kiri - Pasien mengatakan lemas bagian tangan kiri dan kaki kiri Do: - Tangan dan kaki kiri : tampak kaku ketika digerakan - Tampak lambat menggerakkan anggota gerak kirinya - Gerakan berpindah tampak lambat - Kekuatan otot (5,5,3,3)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x kunjungan rumah diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Kaku sendi menurun 5. Gerakan terbatas menurun 6. Kelemahan fisik menurun	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal. pagar tempat tidur) 6. Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemis) ditandai dengan : Ds: - Pasien mengatakan nyeri sendi di kaki dan tangan kiri Do: - Tampak meringis ketika menggerakkan kaaki dan tangan kiri - Tampak gelisah - Bersikap protektif - TD : 140/100 mmHg - HR : 84X/menit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x kunjungan rumah diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Skala nyeri menurun 1 (0-10)	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 10. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain) 11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
--	---	---	---

			12. Fasilitasi istirahat dan tidur 13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 14. Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri 15. Jelaskan strategi meredakan nyeri 16. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 17. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 18. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 19. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
	Risiko jatuh berhubungan dengan penurunan fungsi kognitif ditandai dengan Faktor risiko - Klien berusia >65 tahun - Memiliki riwayat jatuh 3 tahun yang lalu - Hasil pemeriksaan TUG Test	keperawatan selama 3x kunjungan rumah diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil : 1. Jatuh saat berjalan menurun 2. Jatuh saat naik tangga menurun	Manajemen Kesehatan Lingkungan (I.14513) Observasi 1. Identifikasi kebutuhan keselamatan (mis. kondisi fisik, fungsi kognitif dan riwayat perilaku) 2. Monitor perubahan status keselamatan lingkungan Terapeutik 3. Hilangkan bahaya keselamatan lingkungan (mis. fisik, biologi, dan

	menunjukkan klien memiliki risiko jatuh sedang hingga tinggi dengan skor 21 detik		kimia), jika memungkinkan 4. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya dan resiko 5. Sediakan alat bantu keamanan lingkungan (mis. commode chair dan pegangan tangan) 6. Gunakan perangkat pelindung (mis. pengekangan fisik, rel samping, pintu terkunci, pagar) 7. Fasilitasi relokasi ke lingkungan (mis. timbel) Edukasi 8. Ajarkan individu, keluarga dan kelompok resiko tinggi bahaya lingkungan
--	---	--	---

3.3.10 Implementasi

No	Tanggal	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	paraf
1	Hari ke 1 Rabu 21 Mei 2025	Gangguan mobilitas fisik	1. Memeriksa tanda-tanda vital 2. Mengidentifikasi kemampuan dalam melakukan pergerakan 3. Memeriksa kekuatan otot tangan dan kaki 4. Menjelaskan pada pasien tujuan dan prosedur dilakukannya genggam bola karet 5. Mengganjurkan untuk melakukan pergerakan secara perlahan 6. Mengajarkan latihan genggam bola karet	S: - Pasien mengatakan kaku pada tangan dan kaki kiri - Pasien mengatakan lemah pada tangan kiri dan kaki kiri - Pasien mengatakan masu berlatih latihan genggam bola karet O: - Tampak kaku tanga dan kaki kiri - Tamba lemah pada ekstremitas kiri - Kekuatan otot (5,5,3,3) - TTV TD:140/100 mmHg S : 36,3 C N: 84X/menit R: 20x/menit A: Gangguan Mobilitas Fisik belum teratasi P: Lanjutkan intervensi a. Periksa TTV b. Identifikasi	

				kemampuan dalam melakukan pergerakan c. Periksa kekuatan otot d. Anjurkan melakukan pergerakan secara perlahan e. Observasi latihan genggam bola	
2	Hari ke 1 Rabu 21 Mei 2025	Nyeri akut	1. Memeriksa TTV 2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, kualitas, skala nyeri 3. Memberikan posisi yang nyaman 4. Mengajarkan teknik non farmakologi (napa dalam) 5. Mengajarkan pasien istirahat setelah melakukan aktivitas latihan genggam bola karet	S: - Pasien mengatakan nyeri sendi - Skala nyeri 4(0-10) O: - Tampak meringis - Tampak gelisah A: Nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	
3	Hari ke 1 Rabu 21 Mei 2025	Risiko jatuh	1. Mengidentifikasi alas kaki yang digunakan 2. Mengajarkan kepada klien menyimpan barang pribadi ditempat yang mudah dijangkau 3. Menjelaskan alasan pencegahan jatuh pada pasien 4. Menyediakan alat	S: - Pasien mengatakan menggunakan sandal jika ke kamar mandi - Pasien mengatakan sudah menyimpan barang pribadi di tempat yang mudah terjangkau	

			bantu tongkat	- Pasien mengatakan menggunakan tongkat jika keluar rumah O: - Pasien dan keluarga tampak memperhatikan A: Risiko Jatuh teratasi P: Hentikan intervensi	
4	Hari ke 2 Kamis 22 Mei 2025	Gangguan Mobilitas Fisik	1. Memeriksa TTV 2. Mengidentifikasi kemampuan dalam melakukan pergerakan 3. Melakukan latihan genggam bola karet	S: - Pasien mengatakan kaku pada tangan dan kaki kiri sudah mendingan - Pasien mengatakan masih terasa sedikit nlemah pada tangan kiri dan kaki kiri - Pasien mengatakan menggenggam bola tidak terasa O: - Tampak pergerakan ekstremitas meningkat, rentang gerak meningkat - TTV TD: 130/90 mmHg S : 36,5 C N: 81X/menit	

				R: 20x/menit A: Gangguan Mobilitas Fisik teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi - Periksa TTV - Periksa kekuatan otot - Anjurkan melakukan pergerakan secara perlahan - Observasi latihan genggam bola	
5	Hari ke 2 Kamis 22 Mei 2025	Nyeri akut	- Memeriksa TTV - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, kualitas, skala nyeri - Memberikan posisi yang nyaman - Menganjurkan teknik non farmakologi (napa dalam) - Menganjurkan pasien istirahat setelah melakukan aktivitas latihan genggam bola karet	S: - Pasien mengatakan nyeri sendi berkurang - Skala nyeri 2 (0-10) O: - Tampak tidak meringis - Gelisah berkurang A: Nyeri akut teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi	
6	Hari ke 3 Jumat 23 Mei 2025	Gangguan mobilitas fisik	- Memeriksa TTV - Mengidentifikasi kemampuan dalam melakukan pergerakan - Melakukan latihan genggam bola karet	S: Pasien mengatakan kaku dan lemah pada tangan dan	

				kaki kiri sudah berkurang - Pasien mengatakan gerigi bola terasa O: - Tampak pergerakan ekstremitas meningkat, - rentang gerak meningkat - kekuatan otot (5,5,4,4) - TTV TD:130/80 mmHg S : 36,5 C N: 87X/menit R: 20x/menit A: Gangguan Mobilitas Fisik teratasi P: Hentikan Intervensi	
7	Hari ke 3 Jumat 23 Mei 2025	Nyeri akut	1. Memeriksa TTV 2. Mengidentifikasi lokasi, karakteritik, kualitas, skala nyeri 3. Memberikan posisi yang nyaman 4. Menganjurkan teknik non farmakologi (napa dalam) 5. Menganjurkan pasien istirahat setelah melakukan aktivitas latihan genggam bola karet	S: - Pasien mengatakan nyeri sendi berkurang - Skala nyeri 1 (0-10) O: - Tampak tidak meringis - Tampak rileks A: Nyeri akut teratasi P: Hentikan intervensi	

3.3.11 Catatan Perkembangan

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Evaluasi	Paraf
Sabtu 24 Mei 2025	Gangguan mobilitas fisik	S: - Pasien mengatakan kaku dan lemah pada tangan dan kaki kiri sudah berkurang - Pasien mengatakan gerigi bola terasa O: - Tampak pergerakan ekstremitas meningkat, - rentang gerak meningkat - kekuatan otot (5,5,4,4) - TTV TD:140/90 mmHg S : 36,2 C N: 85X/menit R: 20x/menit A: Gangguan Mobilitas Fisik teratasi P: Hentikan Intervensi	
24 mei 2025	Nyeri akut	S: - Pasien mengatakan nyeri sendi berkurang - Skala nyeri 1 (0-10) O: - Tampak tidak meringis - Tampak rileks A: Nyeri akut teratasi P: Hentikan intervensi	

3.2 Pembahasan

3.2.1 Pembahasan Asuhan Keperawatan Pada Tn.A

Proses keperawatan yang dilaksanakan dalam memberikan asuhan keperawatan pada Tn.A telah dilaksanakan selama 4 hari. Selama dilapangan penulis tidak ada kesulitan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien. Setelah penulis melaksanakan tahap-tahap proses keperawatan dan intervensi berdasarkan *Evidence Based Practice* (EBP) yang berhubungan dengan kasus stroke ternyata mendapatkan hasil positif terhadap masalah keperawatan yang dialami pasien. Maka dari itu penulis akan membahas fakta dilapangan mengenai kasus yang diperoleh adalah sebagai berikut:

1. Pengkajian

Dalam pelaksanaan pengkajian didapatkan data Tn.A dengan stroke memiliki masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik dengan kriteria Tn. A berusia 66 tahun pasien dengan stroke Non-Hemoragik, hanya 3% lebih muda dari 50 tahun (Capriotti&Murphy, 2016).

Hal ini dikarenakan seiring dengan bertambahnya usia terjadi perubahan respon fisiologis yang menyebabkan perubahan alamiah dalam tubuh yang mempengaruhi jantung, pembuluh darah dan hormon. Pada studi kasus didapatkan temuan keluhan utama pada pasien adalah kaku, lemah saat menggerakkan tangan kiri dan kaki kiri. Scbachter dkk (2013), menyatakan sebesar 80% pasien stroke mengalami kelemahan pada salah satu sisi tubuh/hemiparese.

Gangguan gerak dapat terjadi karena kelemahan otot dan ketidakmampuan untuk bergerak pada pasien diakibatkan karena adanya kerusakan susunan saraf pada otak dan kekakuan pada otot dan sendi Gorman, (2012). Kemudian pasien mengeluh nyeri sendi sejak 2 bulan yang lalu, nyeri disebabkan kurang bergerak, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan sendi tangan dan kaki, skala nyeri 3 (0-10), nyeri dirasakan kadang-kadang, Pasien memiliki riwayat jatuh 3 tahun lalu, hasil pemeriksaan *the timed up and go* (tug) test menunjukkan klien memiliki resiko jatuh sedang hingga tinggi dengan skor 21 detik. Tn.A memiliki riwayat stroke sejak 3 tahun yang lalu dan pasien memiliki riwayat hipertensi, hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Khairatunnisa dkk (2017), yang menunjukkan 75,6% penderita stroke memiliki riwayat hipertensi dan 73,3 % penderita stroke memiliki riwayat DM. Efek jangka panjang dari peningkatan tekanan darah adalah kerusakan dinding arteri yang akan memudahkan terjadinya penebalan atau penyempitan dinding arteri (aterosklerosis)(Tedjasukmana,2012).

Pada hasil pengkajian didapatkan' pasien Tn.A memiliki kondisi kelemahan dan kaku ekstremitas dan nyeri saat menggerakkan ekstremitas,hal ini sesuai dengan penelitian Saputra & Perry (2013) dimana 100 % pasien dengan stroke mengalami penurunan kekuatan otot. Hal ini disebabkan pembuluh darah yang membawa darah dan oksigen ke otak mengalami penyumbatan dan ruptur, sehingga kekurangan oksigen menyebabkan fungsi control gerakan tubuh yang dikendalikan oleh otak tidak berfungsi (ASA/AHA, 2015)

2. Diagnosa Keperawatan

Setelah melakukan pengkajian, penulis mulai merumuskan masalah keperawatan, pada tahap ini penulis menemukan kesenjangan antara tinjauan teori dan masalah keperawatan yang ada pada kasus dilapangan dimana dalam tinjauan kasus ada beberapa diagnosa yang tidak muncul pada pasien hal ini dikarenakan data pasien, tanda dan gejala berdasarkan diagnosa keperawatan tidak ditemukan pada pasien. Selain itu stroke tersebut terjadi sejak 3 tahun yang lalu dan pasien sering memeriksa keadaannya ke dokter, sedangkan diagnosa yang muncul berdasarkan masalah yang ditemukan pada Tn.A yaitu:

- a) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan pada anggota gerak.

Diagnosa ini diambil karena pasien mengatakan kaku, lemah saat menggerakkan tangan kiri dan kaki kiri, aktivitas terbatas sejak 3 tahun terakhir

- b) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia).

Saat dilakukan pengkajian ditemukan juga masalah bahwa pasien mengatakan nyeri sendi sejak 2 bulan yang lalu, nyeri disebabkan kurang bergerak, nyeri seperti ditusuk-tusuk ,nyeri dirasakan sendi tangan dan kaki, skala nyeri 3(0-10), nyeri dirasakan kadang-kadang

- c) Resiko Jatuh berhubungan dengan penurunan fungsi kognitif

Masalah keperawatan ini diangkat karena pada saat dilakukan pengkajian hasil pemeriksaan *the timed up and go* (tug) test menunjukkan klien

memiliki resiko jatuh sedang hingga tinggi dengan skor 21 detik, selain itu pasien memiliki riwayat jatuh 3 tahun lalu.

3. Intervensi

Pada tahap intervensi, penulis menemukan kesulitan dan hambatan hal ini dikarenakan diagnosa keperawatan yang ada pada teori sebagian tidak muncul pada kasus ini, sehingga perencanaan yang sudah terdapat pada teori tidak bisa semuanya dilaksanakan pada kasus yang terdapat di lapangan. Karena apabila perencanaan tidak sesuai dengan masalah yang di alami klien maka rencana tersebut tidak akan memperbaiki kondisi yang dialami oleh klien secara optimal.

Oleh karena itu, perencanaan yang penulis rumuskan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan yang didapatkan pada kasus di lapangan. Langkah-langkah dalam perencanaan disesuaikan dengan panduan dari organisasi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) dengan buku yang digunakan yaitu SDKI, SLKI, dan SIKI untuk menentukan diagnosa keperawatan, sasaran dan tujuan keperawatan, rencana keperawatan dan untuk mengevaluasi tindakan yang diberikan kepada klien tersebut.

a. Gangguan mobilitas fisik

Untuk mengatasi masalah tersebut intervensi yang dilakukan yaitu dengan dukungan mobilisasi sebagai berikut:

Observasi:

- (1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- (2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan

(3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi

(4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Terapeutik:

(5) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (genggam bola karet)

(6) Fasilitasi melakukan pergerakan

(7) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi

(8) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi

(9) Anjurkan melakukan mobilisasi dini

(10) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (genggam bola karet)

b. Nyeri akut

Untuk mengatasi masalah tersebut intervensi yang dilakukan yaitu dengan manajemen nyeri dengan tindakan sebagai berikut:

Observasi:

(1) Identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi nyeri

(2) Identifikasi skala nyeri

(3) Identifikasi respons nyeri non verbal

(4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

Teraupetik:

(5) Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri

(6) kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri

(7) Fasilitasi istirahat dan tidur

Edukasi:

(8) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

(9) Jelaskan strategi meredakan nyeri

(10) Ajarkan teknik nonfarmakologi

c. Resiko jatuh

Untuk mengatasi masalah keperawatan resiko jatuh intervensi yang dilakukan yaitu dengan manajemen kesehatan lingkungan dengan tindakan sebagai berikut:

Observasi

(1) Identifikasi kebutuhan keselamatan(kondisi fisik, fungsi kognitif dan riwayat perilaku)

(2) Monitor perubahan status keselamatan lingkungan

Terapeutik

(3) Hilangkan bahaya keselamatan lingkungan

(4) Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya dan resiko

(5) Sediakan alat bantu keamanan lingkungan(tongkat)

Edukasi

(6) Ajarakan individu, keluarga bahaya lingkungan

4. Implementasi

Dalam tahap ini, penulis melakukan implementasi sesuai intervensi yang telah ditetapkan sebelumnya dengan persetujuan klien. Implementasi menggunakan keterampilan yang dimiliki oleh penulis dan sumber daya klien, serta implementasi yang dilakukan berdasarkan evidence based practice (EBP)

Maka dari itu penulis telah melaksanakan semua rencana tindakan keperawatan yang telah disusun, semua tindakan tersebut tidak sempurna, karena banyak faktor lainnya. Berikut diagnosa yang telah dilakukan implementasi keperawatan.

Diagnosa utama yang diambil yaitu Gangguan mobilitas fisik dengan tujuan yang diharapkan yaitu pergerakan pasien meningkat. Intervensi yang digunakan adalah Genggam bola karet: memeriksa tanda-tanda vital, mengidentifikasi kemampuan dalam melakukan pergerakan, memeriksa kekuatan otot tangan dan kaki, menjelaskan pada pasien tujuan dan prosedur dilakukannya genggam bola karet, menganjurkan untuk melakukan pergerakan secara perlahan, mengajarkan latihan genggam bola karet yang dilakukan selama 3 hari secara berturut-turut sebanyak 7 kali/ hari selama 5 detik.

Diagnosa kedua yaitu nyeri akut dengan memonitor tanda-tanda vital, mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, durasi, intensitas nyeri, mengkaji skala nyeri, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, dan menganjurkan klien untuk melakukan relaksasi nafas dalam agar nyeri berkurang.

Diagnosa ketiga resiko jatuh dengan cara mengidentifikasi alas kaki yang digunakan klien, menyediakan tongkat, menganjurkan kepada klien menyimpan barang pribadi ditempat yang mudah dijangkau, menjelaskan alasan pencegahan jatuh pada pasien dan keluarga.

5. Evaluasi

Berdasarkan evaluasi pada hari ketiga yaitu : Pasien mengatakan kaku berkurang pada tangan dan kaki kiri, pasien mengatakan lemah berkurang pada tangan dan kaki kiri, pasien mengatakan gerigi bola terasa, kekuatan otot ekstremitas atas 5/4 dan ekstremitas bawah 5/4.

3.3 Pembahasan *Evidence Based Practice* (EBP)

Pada saat melakukan studi kasus dilapangan ada beberapa masalah keperawatan yang muncul dengan beberapa tanda dan gejala yang mendukung terhadap masalah keperawatan yang dialami klien diantaranya yaitu gangguan mobilitas fisik, nyeri akut dan resiko jatuh. Pada saat dilakukan pengkajian diketahui bahwa klien menderita stroke sejak 3 tahun yang lalu dan diagnosa utama yang muncul yaitu gangguan mobilitas fisik ditandai dengan pasien mengatakan kaku, lemah saat menggerakkan tangan kiri dan kaki kiri, aktivitas terbatas, intervensi utama yang menjadi fokus kelolaan yaitu gangguan mobilitas fisik yang merupakan diagnosa utama. Oleh karena itu, penulis memberikan intervensi untuk mengatasi masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik tersebut dengan teknik genggam bola karet dan intervensi tersebut sudah berbasis bukti atau sesuai dengan *evidence based practice*. Implementasi yang diberikan kepada Tn.A yaitu genggam bola karet. Instrumen yang digunakan berupa bola karet yang dilakukan selama 3 hari secara berturut-turut sebanyak 7 kali/ hari selama 5 detik.

Menggenggam bola karet akan merangsang otot-otot ekstremitas atas termasuk jari, tangan dan pergelangan. Ini juga merangsang otak untuk mengkoordinasikan gerakan. Selain itu, menggenggam bola karet dapat membantu otot-otot rileks, mengurangi ketegangan dan stress. Berdasarkan hasil telaah 5 jurnal yang penulis temukan, bahwa genggam bola karet mampu meningkatkan kekuatan dan kelemahan otot pada pasien stroke.

Hal ini sesuai dengan penelitian Azizah,dkk (2020) menyatakan bahwa hasil yang didapatkan setelah melakukan genggam bola karet yaitu nilai kekuatan otot pasien yang sebelumnya keuatan otot 1 menjadi 6 dan 2 menjadi 4 yang berarti ada pengaruh sebelum dan sesudah diberikan genggam bola karet. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Hentu dkk (2018), sesudah dilakukan latihan genggam bola karet pada penelititan ini terbukti efektif dalam meningkatkan kekuatan otot pada pasien penderita stroke yang mengalami kelemahan gerak (hemiparesis) dari hasil penelititan di dapatkan hasil bahwa terjadi peningkatan nilai kekuatan otot setelah dilakukan terapi genggam bola karet, dimana hasil tersebut didapatkan nilai mean: 14,93 pada kelompok intervensi dan 13.00 pada kelompok kontrol. Dimana hasil sebelumnya nilai mean: kelompok intervensi yaitu 2.57 dan untuk kelompok kontrol di dapatkan mean:2.33. peningkatan nilai kekeuatan otot ini terjadi karena adanya latihan yang rutin dilakukan oleh responden yang mendapatkan therapi menggeggam bola karet dengan posisi wrist joint 45° menggenggam selama 5 detik sebanyak 7 kali dapat membantu dalam meningkatkan kekuatan otot.

Penelitian diatas juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Budi dkk (2019), sesudah di lakukan latihan rom dan genggam bola karet pada penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat perbedaan kekuatan otot ekstremitas pada bagian bahu (nilai $p=0.004$), pada bagian siku (nilai $p=0.000$), pada bagian tangan (nilai $p=0.000$), dan pada bagian jari (nilai $p=0.004$) pasien. Dari hasil tersebut maka dapat di simpulkan bahwa terapi latihan rom menggenggam bola dengan menggunakan bola karet selama selama 3 hari dapat meningkatkan kekuatan otot ekstremitas atas pasien stroke iskemik yang mengalami kelemahan otot ekstremitas atas. Kemudian menurut Rahmawati dkk (2021), menyatakan adanya perbedaan yang signifikan kekuatan genggam tangan sebelum dan sesudah diberikan intervensi dengan p-value 0,000 ($\alpha < 0,05$) yang berarti bahwa latihan tangan menggunakan bola karet memang meningkatkan kekuatan otot ekstremitas atas

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Faridah dkk (2019). Menyatakan bahwa sesudah di lakukan latihan rom dan genggam bola karet pada penelitian ini menunjukkan bahwa hasil pired t-test kelompok intervensi di dapatkan p value adalah 0.000 ($p < 0,05$) maka H_0 di tolak dan H_a diterima yang artinya ada pengaruh rom exercise bola karet terhadap kekuatan otot genggam pasien stroke.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1 Kesimpulan

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Tn.A dengan Post Strok dengan penerapan terapi menggenggam bola karet Wilayah Kerja Puskesmas Tarogong
2. Penulis mampu menegakan diagnosa keperawatan pada Tn.A dengan Post Stroke dengan penerapan terapi menggenggam bola karet Wilayah Kerja Puskesmas Tarogong di Wilayah Kerja Puskesmas Tarogong
3. Penulis mampu menyusun intervensi dari tiap-tiap diagnosa keperawatan pada Tn.A dengan Post Stroke dengan penerapan terapi menggenggam bola karet Wilayah Kerja Puskesmas Tarogong di Wilayah Kerja Puskesmas Tarogong
4. Penulis mampu melaksanakan implementasi terhadap intervensi yang telah direncanakan pada Tn.A dengan Post Stroke dengan penerapan terapi menggenggam bola karet Wilayah Kerja Puskesmas Tarogong di Wilayah Kerja Puskesmas Tarogong
5. Penulis mampu melaksanakan evaluasi dari implementasi yang telah dilakukan pada Tn.A dengan Post Stroke dengan penerapan terapi menggenggam bola karet Wilayah Kerja Puskesmas Tarogong di Wilayah Kerja Puskesmas Tarogong
6. Penulis mampu menganalisa latihan genggam bola karet pada Tn.A dengan Post Stroke dengan penerapan terapi menggenggam bola karet

Wilayah Kerja Puskesmas Tarogong di Wilayah Kerja Puskesmas Tarogong

7. Penulis mampu melakukan dokumentasi keperawatan pada Tn.A dengan Post Stroke dengan penerapan terapi menggenggam bola karet Wilayah Kerja Puskesmas Tarogong di Wilayah Kerja Puskesmas Tarogong

4.2 Saran

4.2.1 Bagi Akademik

Hasil Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini dapat dijadikan sebagai bahan referensi,tambahan ilmu pengetahuan bagi mahasiswa dan bahan bacaan di perpustakaan STIKes Karsa Husada Garut yang berakitan dengan perawatan stroke untuk meningkatkan kekuatan dan kekakuan otot pada penderita stroke dengan masalah gangguan mobilitas fisik sesuai dengan *evidence based practice*,

4.2.2 Bagi Perawat

Perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan diharapkan Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat dijadikan sebagai salah satu penatalaksanaan asuhan keperawatan yang telah dilakukan sesuai dengan *evidence based practice* dan telah dibuktikan dalam beberapa penelitian yang telah dilakukan sebelumnya sebagai gangguan mobilitas fisik pada penderita stroke.

4.2.3 Bagi Masyarakat

Disarankan bagi masyarakat terutama dengan keluhan kaku pada penderita stroke dapat mengaplikasikan latihan genggam bola karet untuk meningkatkan kekuatan dan kekakuan otot.

DAPSTAR PUSTAKA

- Cantika Sari, A., Ayubbana, S., Atika Sari, S. H., & Keperawatan Dharma Wacana Metro, A. (2021). Efektifitas Terapi Genggam Bola Karet Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Effectiveness of Rubber Ball Grip Therapy Against Muscle Strength on Stroke Patients. *Jurnal Cendikia Muda*, 1(3), 283-288.
- Christaputri, S. T. W., & Anam, A. (2023). Perbandingan Implementasi Terapi Genggam Bola Karet Bergerigi dan Tidak Bergerigi Pada Pasien Stroke Nonhemoragik Terhadap Peningkatan Kekuatan Motorik Ekstremitas Atas. *Ners Muda*, 4(3), 351. <https://doi.org/10.26714/nm.v4i3.13518>.
- Neuendorf, T., Zschäbitz, D., Nitzsche, N., & Schulz, H. (2017). Movement Therapy of the Upper Extremities with a Robotic Ball in Stroke Patients: Results of a Randomized Controlled Crossover Study. *Neurology International Open*, 01(04), E326-E335. <https://doi.org/10.1055/s-0043-122200>.
- Syarli, S. (2023). Pengaruh Terapi Range of Motion (Rom) Bola Karet Dalam Menurunkan Kekakuan Otot Genggam. *Jurnal Ilmu Kesehatan Mandira Cendikia*, 2, 162-167.
- Tongpangmeren, Saikia Baruah, T., Dihidar, N., Paul, M., & Dutta, A. (2023). Evaluation of Proprioceptive Neuromuscular Facilitation (PNF) and Therapy Hand Ball to Improve Motor Dexterity in Post-Stroke Patients. *International Journal of Life Science and Pharma Research*, 13(6), 468-481. <https://doi.org/10.22376/ijlpr.2023.13.6.1468-1481>.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Defenisi dan Indikator Diagnostik. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Defenisi dan Tindakan Keperawatan. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2019. Standar Luaran Keperawatan Indonesia Defenisi dan Kriteria Hasil Keperawatan. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan