

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. E DENGAN
STROKE INFARK DAN INTERVENSI LATIHAN
RANGE OF MOTION DI RUANG RUBI BAWAH
RSUD dr. SLAMET GARUT**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh
Gelar Ners Pada Program Studi Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Karsa Husada Garut

LIA INTAN LESTARI

KHGD22022



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
TAHUN 2023**

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL : Analisis Asuhan Keperawatan Pada Tn. E Dengan Stroke Infark Dan Intervensi Latihan *Range Of Motion* di Ruang Rubi Bawah RSUD dr. Slamet Garut

NAMA : Lia Intan Lestari

N I M : KHGD 22022

KARYA ILMIAH AKHIR - NERS

Diajukan untuk menempuh Ujian Akhir pada Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2023

Menyetujui,
Pembimbing Utama



Andri Nugraha, S.Kep., Ns., M.Kep

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Karya Ilmiah Akhir ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Ners baik dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut maupun di perguruan tinggi lain
2. Karya Ilmiah Akhir ini adalah murni gagasan, rumusan, dan penelitian saya, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing
3. Dalam Karya Ilmiah Akhir ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik dan lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.

Garut, Juli 20223

Pembuat Pernyataan,

Lia Intan Lestari

ABSTRAK

Analisis Asuhan Keperawatan Pada Tn. E Dengan Stroke Infark Dan Intervensi Latihan *Range Of Motion* Di Ruang Rubi Bawah RSUD dr. Slamet Garut

Lia Intan Lestari¹, Andri Nugraha²

- 1) Mahasiswa STIKes Karsa Husada Garut
- 2) Dosen STIKes Karsa Husada Garut

IV bab + 120 halaman + 12 tabel + 1 bagan + 1 lampiran

Stroke merupakan salah satu masalah kesehatan yang masih menjadi perhatian dunia. Penyakit stroke menjadi penyebab kematian nomor dua dan penyebab kecacatan nomor tiga di dunia (*World Health Organization* 2020). Stroke terjadi karena adanya pembuluh darah di otak yang pecah atau mengalami penyumbatan sehingga aliran darah terganggu dan mengakibatkan adanya bagian di otak tidak mendapat pasokan oksigen. Hal tersebut mengakibatkan sel atau jaringan di otak mengalami kematian. Studi kasus ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran mengenai penerapan terapi *Range Of Motion* sebagai intervensi pada pasien stroke infark terhadap gangguan mobilitas fisik. Adapun metode yang digunakan adalah studi kasus deskriptif dengan melakukan anamnesa, observasi, pemeriksaan fisik dan catatan medis. Partisipan dalam penelitian ini adalah pasien stroke infark yang diberikan terapi *Range Of Motion*. Hasil studi kasus pada pasien stroke infark dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik dapat diatasi dengan melakukan terapi *Range Of Motion*, hal ini ditandai dengan klien mengalami kekakuan pada sendi dan mengalami penurunan kekuatan otot. Maka dari itu, terapi *Range Of Motion* sudah terbukti secara empiris sebagai intervensi gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke infark di Ruang Rubi Bawah RSUD dr. Slamet Garut. Sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh terapi *Range Of Motion* terhadap gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke infark di Ruang Rubi Bawah RSUD dr. Slamet Garut.

Kata Kunci : Mobilitas fisik, *Range Of Motion*, Stroke Infark.
Daftar Pustaka : 15 Artikel, 10 buku (2017-2020)

ABSTRACT

Nursing Care Analysis on Mr. E With Stroke Infarction And Range Of Motion Exercise Intervention In The Rubi Bawah Room Of RSUD dr. Slamet Garut

Lia Intan Lestari¹, Andri Nugraha²

¹Student of STIKes Karsa Husada Garut

²Lectures of STIKes Karsa Husada Garut

IV chapters + 120 pages + 12 tables + 1 chart + 1 attachment

Stroke is a health problem that is still a global concern. Stroke is the number two cause of death and the number three cause of disability in the world (World Health Organization 2020). Stroke occurs because a blood vessel in the brain ruptures or becomes blocked so that blood flow is disrupted and results in a part of the brain not receiving oxygen. This causes cells or tissues in the brain to die. This case study aims to get an overview of the application of Range Of Motion therapy as an intervention in stroke infarction patients with impaired physical mobility. The method used is a descriptive case study by taking anamnesis, observation, physical examination and medical records. Participants in this study were stroke infarction patients who were given Range Of Motion therapy. The results of case studies in stroke infarction patients with nursing problems with impaired physical mobility can be overcome by doing Range Of Motion therapy, this is indicated by the client experiencing a decrease in muscle strength. Therefore, Range Of Motion therapy has been proven empirically as an intervention for impaired physical mobility in stroke infarction patients in the Rubi Bawah Room at RSUD dr. Slamet Garut. So that it can be concluded that the effect of Range Of Motion therapy on physical mobility disorders in stroke infarction patients in the Rubi Bawah Room at RSUD dr. Slamet Garut.

Keywords : *Physical Mobility, Range Of Motion, Stroke Infarction*

Bibliography : *15 Articles, 10 books (2017-2020)*

KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji serta syukur ke hadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya. Shalawat serta salam semoga selalu tecurahkan kepada baginda kita yakni Nabi Muhammad SAW, kepada keluarganya, sahabatnya serta sampai kepada kita selaku umatnya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan judul “Analisis Asuhan Keperawatan Pada Tn. E Dengan Stroke Infark Dan Intervensi Latihan *Range Of Motion* di Ruang Rubi Bawah RSUD dr. Slamet Garut”.

Karya Ilmiah Akhir-Ners ini diajukan sebagai tugas akhir untuk menempuh pendidikan Progam Studi Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut. Dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir- Ners ini penulis telah mendapat bantuan dan dukungan dari beberapa pihak yang terlibat, maka pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih sebesar – besarnya kepada:

1. Bapak DR.H. Hadiat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. H. Suryadi, M.Si selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H.Engkus Kusnadi, S.Kep.,M.Kes selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.
4. Ibu Sri Yekti Widadi,S.Kp.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.
5. Bapak Andri Nugraha, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing utama yang telah memberikan arahan dan bimbingannya dalam penyusunan KIA ini.

6. Bapak Zahara Farhan, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku penelaah I yang telah memberikan arahan dan masukan bagi penyusun.
7. Ibu Sulastini, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku penelaah II yang telah memberikan arahan dan masukan bagi penyusun.
8. Staf dan Dosen Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut yang telah memberikan arahan dalam menyelesaikan KIA ini.
9. Kedua Orang Tua yang saya cintai dan saya sayangi, Bapak Nana Junaha dan Ibu Ai Ida, yang selalu mendo'a-kan, memberi dukungan dengan sepenuh hati kepada putri-Nya baik secara moril maupun materi.
10. Seluruh sahabat penulis yang selalu memberikan semangat dan dukungan selama proses penyusunan karya ilmiah akhir ini.
11. Terakhir, diri saya sendiri Lia Intan Lestari atas segala kerja keras dan semangatnya sehingga tidak pernah menyerah dalam mengerjakan semua tugas. Semoga saya tetap rendah hati, karena ini baru awal dari semuanya.

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

Garut, Juli 2023
Penulis,

Lia Intan Lestari

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG.....	i
LEMBAR PERNYATAAN	ii
ABSTRAK	iii
ABSTRACT	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR BAGAN.....	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan Studi Kasus	4
1.3 Manfaat Studi Kasus	5
1.4 Sistematika Penulisan.....	6
BAB II TINJAUAN TEORI.....	8
2.1 Konsep Dasar Stroke	8
2.1.1 Definisi Stroke	8
2.1.2 Etiologi Stroke	9
2.1.3 Faktor Resiko Stroke.....	10
2.1.4 Klasifikasi Stroke	13
2.1.5 Manifestasi Klinis Stroke.....	15
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang	15
2.1.7 Patofisiologi	17
2.1.8 Pathway Stroke Infark.....	19
2.1.9 Penatalaksanaan Keperawatan	20
2.1.10 Komplikasi	23
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Non Hemoragik (SNH) ...	24
2.2.1 Pengkajian	24
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	33
2.2.3 Intervensi Keperawatan.....	36
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	49
2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	49
2.3 Konsep Range of Motion (ROM).....	50
2.3.1 Pengertian <i>Range of Motion</i> (ROM).....	50
2.3.2 Tujuan Range of Motion (ROM)	51
2.3.3 Manfaat Range of Motion (ROM)	51
2.3.4 Indikasi Umum.....	51

2.3.5	Kontraindikasi Umum.....	51
2.3.6	Prinsip Latihan <i>Range of Motion</i> (ROM)	52
2.3.7	Jenis-jenis <i>Range of Motion</i> (ROM)	52
2.3.8	Tahapan Gerakan ROM	53
2.4	Evidence Based Practice (EBP).....	56
2.4.1	Pengaruh <i>Range Of Motion</i> (ROM) Pada Penyakit Stroke	56
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....		60
3.1	Tinjauan Kasus	60
3.1.1	Pengkajian	60
3.1.2	Diagnosa Keperawatan.....	75
3.1.3	Intervensi Keperawatan.....	78
3.1.4	Implementasi Keperawatan.....	82
3.1.5	Evaluasi Keperawatan.....	89
3.1.6	Catatan Perkembangan.....	95
3.2	Pembahasan	99
3.2.1	Analisis Pembahasan Tahap Proses Keperawatan	99
3.2.2	Pembahasan Evidence Based Practice	113
BAB IV PENUTUP		116
4.1	Kesimpulan.....	116
4.2	Saran.....	118
DAFTAR PUSTAKA		119
LAMPIRAN		

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Nilai Kekuatan otot	31
Tabel 2.2 Pemeriksaan Saraf Kranial.....	32
Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan.....	37
Tabel 2.4 Gerakan <i>Range of Motion</i> (ROM)	53
Tabel 3.1 Aktivitas Sehari-hari.....	64
Tabel 3.2 Tingkat Kemandirian	65
Tabel 3.3 Pemeriksaan Laboratorium	71
Tabel 3.4 Terapi Farmakologi.....	72
Tabel 3.5 Analisa Data.....	73
Tabel 3.6 Intervensi Keperawatan.....	78
Tabel 3.7 Implementasi Keperawatan.....	82
Tabel 3.8 Evaluasi Keperawatan.....	89

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Bagan Pathway Stroke Infark	19
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Bimbingan

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke merupakan salah satu masalah kesehatan yang masih menjadi perhatian dunia. Penyakit stroke menjadi penyebab kematian nomor dua dan penyebab kecacatan nomor tiga di dunia (*World Health Organization, 2020*). Stroke menurut *World Health Organization* adalah suatu kondisi yang ditandai dengan adanya defisit neurologi baik fokal maupun global, dapat terjadi memberat dan berlangsung selama 24 jam atau lebih, dapat menyebabkan kematian dan tanpa diketahui penyebab lain yang jelas selain adanya masalah di vaskular. Stroke terjadi karena adanya pembuluh darah di otak yang pecah atau mengalami penyumbatan sehingga aliran darah terganggu dan mengakibatkan adanya bagian di otak tidak mendapat pasokan oksigen. Hal tersebut mengakibatkan sel atau jaringan di otak mengalami kematian (P2PTM Kemenkes RI, 2018).

Data *World Stroke 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. Dari tahun 1990-2019, terjadi peningkatan insiden stroke sebanyak 70%, angka mortalitas sebanyak 43%, dan angka

morbiditas sebanyak 143% di negara yang berpendapatan rendah dan menengah ke bawah (Feigin et al., 2022).

Indonesia menempati peringkat ke-97 dunia untuk jumlah penderita stroke terbanyak dengan jumlah angka kematian mencapai 138.268 orang atau 9,7% dari total kematian yang terjadi (Yuziani & Rahayu, 2018). Data *South East Asian Medical Information Centre* (SEAMIC), Indonesia merupakan negara di Asia Tenggara dengan angka kematian stroke terbesar, kemudian diikuti secara berurutan oleh Filipina, Singapura dan Brunei. Menurut data terbaru pada profil kesehatan Indonesia dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tahun 2020, stroke menempati posisi ketiga dengan jumlah kasus sebanyak 1.789.261 (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan 2021).

Stroke adalah gangguan fungsi otak, baik sebagian maupun menyeluruh yang berlangsung dengan cepat. Adapun akibat dari kejadian stroke dapat menyebabkan kelemahan atau kelumpuhan, gangguan menelan, bicara tidak jelas, sulit memikirkan kata-kata, kehilangan keseimbangan, gangguan kesadaran atau sampai menyebabkan kematian, tanpa penyebab lain selain gangguan vaskuler. Serangan stroke mengakibatkan kemampuan motorik pasien mengalami kelemahan atau hemiparesis yang menyebabkan kemampuan beraktivitas terganggu (Nasir, 2019). Kemampuan beraktivitas merupakan kebutuhan fisiologis dalam kebutuhan dasar manusia yang mutlak diharapkan oleh setiap manusia. Kemampuan tersebut meliputi berdiri, berjalan, bekerja, dan lain sebagainya. Dengan beraktivitas tubuh akan menjadi sehat, seluruh

sistem tubuh dapat berfungsi dengan baik dan metabolisme tubuh dapat optimal (Haswita & Reni, 2018). Akibat adanya gangguan motorik pada otak, maka otak akan diistirahatkan sehingga menyebabkan atrofi otot. Atrofi otot menyebabkan kekakuan otot, sehingga otot yang kaku tersebut dapat mengalami keterbatasan gerak pada pasien (Kusuma & Sara, 2020). Pasien stroke yang mengalami hemiparesis dapat mengakibatkan gangguan mobilitas fisik dan menurunnya aktifitas sehari-hari. Hemiparesis pada pasien stroke dapat mengakibatkan ketidakmampuan dan ketergantungan. Perubahan fisik yang dialami pasien stroke akan berdampak pada kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Permatasari, 2020).

Penerapan penatalaksanaan perawat dalam memberi asuhan keperawatan juga dapat dilakukan dengan kolaborasi pemberian terapi farmakologis dan non farmakologis, Penatalaksanaan farmakologis pada pasien stroke menurut Mutiarasari (2019), yaitu dengan pemberian obat Intravenous recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA), Terapi antikoagulan dan terapi antiplatelet. Selain dengan intervensi farmakologis, upaya meningkatkan mobilitas fisik dan aktivitas sehari-hari pasien stroke juga dapat dilakukan dengan cara non farmakologis seperti latihan fisik (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Penerapan penatalaksanaan perawat dalam memberi asuhan keperawatan juga dapat dilakukan dengan *evidence based nursing* seperti terapi ROM dengan menggenggam bola karet, mobilisasi dan rangsangan takstil, *mirror therapy*. Penanganan stroke non hemoragik dengan pemberiaan intervensi

keperawatan untuk meningkatkan kekuatan otot dengan metode ROM aktif maupun pasif. Latihan terutama pada tangan yang penting untuk aktifitas keseharian meliputi latihan seperti fleksi, ekstensi, abduksi, pronasi, supinasi dan rotasi (Sudrajat et al., 2019). Mobilisasi adalah suatu pergerakan yang dihasilkan dari perubahan posisi tubuh atau perpindahan lokasi. Mobilisasi yang digunakan dibantu dengan masase, stretching, gerakan pasif sendi, dan gerakan aktif dibantu. Untuk rangsangan taktil yang diberikan yaitu menggosok kulit daerah anggota gerak atas dengan sikat yang dilakukan berulang-ulang untuk meningkatkan pemulihan motoris anggota gerak atas yang mengalami kelemahan pada penderita stroke (Sudrajat et al., 2019).

Berdasarkan latar belakang tersebut penulis tertarik untuk melakukan studi kasus tentang “Analisis Asuhan Keperawatan Stroke Infark Pada Tn. E dengan Latihan ROM Pasif Sebagai Intervensi Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Rubi Bawah RSUD dr. Slamet Garut”.

1.2 Tujuan Studi Kasus

1.2.1 Tujuan Umum

Mengetahui bagaimana asuhan keperawatan dengan kasus Analisis Asuhan Keperawatan Stroke Infark Pada Tn. E dengan Latihan ROM Pasif Sebagai Intervensi Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Rubi Bawah RSUD dr. Slamet Garut

1.2.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Melakukan pengkajian pada pasien Tn. E dengan Stroke Infark di

Ruang Rubi Bawah RSUD dr. Slamet Garut

2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien Tn. E dengan Stroke Infark di Ruang Rubi Bawah RSUD dr. Slamet Garut
3. Menyusun intervensi keperawatan pada pasien Tn. E dengan Stroke Infark di Ruang Rubi Bawah RSUD dr. Slamet Garut
4. Melaksanakan implementasi keperawatan pada pasien Tn. E dengan Stroke Infark di Ruang Rubi Bawah RSUD dr. Slamet Garut
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien Tn. E dengan Stroke Infark di Ruang Rubi Bawah RSUD dr. Slamet Garut
6. Menganalisa *Evidence Based Practice* terkait Penerapan Latihan *Range Of Motion* pada pasien stroke

1.3 Manfaat Studi Kasus

1.3.1 Bagi Penulis

Karya Ilmiah Akhir Ners ini sebagai bahan masukan untuk meningkatkan ilmu pengetahuan, pengalaman dan menambah keterampilan atau kemampuan penulis dalam menerapkan asuhan keperawatan teknik latihan ROM pasif pada pasien stroke infark dengan gangguan mobilitas fisik.

1.3.2 Bagi Institusi Pendidikan

Dapat menambah referensi dalam meningkatkan mutu pendidikan dan sebagai bahan pertimbangan untuk lebih memperkaya pengetahuan dan bahan ajar mengenai pemenuhan mobilitas fisik pada pasien stroke infark.

1.3.3 Bagi Pelayan Kesehatan

Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat dijadikan sebagai bahan masukan dan sumber informasi bagi perawat dalam meningkatkan pelayanan keperawatan khususnya asuhan keperawatan pemenuhan pemenuhan mobilitas fisik pada pasien stroke infark.

1.4 Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan pada karya ilmiah akhir ini disusun menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus dimana penulis melakukan analisis asuhan keperawatan pada pasien cedera kepala sedang untuk menerapkan intervensi yang sesuai berdasarkan *Evidence Based Practice* (EBP). Pengumpulan data dalam studi kasus ini menggunakan data primer dan sekunder dimana data diperoleh berdasarkan anamnesa pada klien dan keluarga serta dari status/rekam medis klien selama sakit. Adapun susunan penulisan dalam karya ilmiah ini adalah sebagai berikut:

BAB I Pendahuluan, yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, manfaat, dan sistematika penulisan.

BAB II Tinjauan Teoritis, terdiri dari konsep dasar Stroke, konsep dasar Asuhan Keperawatan Stroke, konsep dasar *Range Of Motion*

BAB III Tinjauan Kasus dan Pembahasan meliputi proses asuhan keperawatan yang berisi: laporan askep pada kasus yang diambil, dan disajikan sesuai dengan sistematika dokumentasi proses keperawatan, terdiri dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi keperawatan, catatan perkembangan, dan *Evidence Based Practice* terkait intervensi.

BAB IV Kesimpulan dan Saran, bab ini berisikan kesimpulan dari pelaksanaan asuhan keperawatan dan saran atau rekomendasi yang operasional.

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Stroke

2.1.1 Definisi Stroke

Stroke atau cedera serebrovaskular (CVA) adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak. Sering ini adalah kulminasi penyakit serebrovaskular selama beberapa tahun. Stroke sering menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berpikir, daya ingat dan bentuk-bentuk kecacatan yang lain sebagai akibat gangguan fungsi otak (Esti & Johan, 2020).

Stroke adalah gangguan fungsi saraf yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah ke otak. Gangguan fungsi saraf ini timbul secara mendadak (dalam beberapa detik) atau secara cepat (dalam beberapa jam) dengan gejala dan tanda yang sesuai daerah fokal otak yang terganggu. Stroke non hemoragik atau stroke iskemik merupakan jenis stroke yang paling umum. Hampir 88% pasien menderita stroke iskemik atau stroke non hemoragik. Pada stroke non hemoragik terjadi iskemia pada jaringan otak akibat dari sumbatan atau penurunan aliran darah dan oksigen otak (Candra et al, 2016).

Kondisi yang mendasari stroke non hemoragik adalah terjadinya penumpukan lemak yang melapisi dinding pembuluh darah atau yang biasanya disebut aterosklerosis. Kolesterol, homosistein dan zat lainnya

dapat melekat pada dinding arteri, membentuk zat lengket yang disebut plak. Seiring berjalannya waktu, plak menumpuk dan menyebabkan darah sulit mengalir dengan baik dan sehingga mengakibatkan bekuan darah (trombus). Adapun tanda dan gejala stroke non hemoragik, yaitu: kelemahan pada bagian wajah, kelemahan pada tangan dan kaki secara tiba-tiba, kesemutan atau mati rasa pada wajah, tangan, dan kaki, kesulitan berbicara dan memahami pembicaraan, kehilangan keseimbangan tubuh, sakit kepala tiba-tiba, dan gangguan pengelihatian (Kanggeraldo et al., 2018).

2.1.2 Etiologi Stroke

Stroke dikenal sebagai Cerebrovascular Accident (CVA) atau serangan otak sehingga persediaan darah dapat menyebabkan sel otak mati yang mengakibatkan pasien kehilangan fungsi pada area yang berpengaruh. Menurut Esti & Johan (2020), penyebab stroke adalah sebagai berikut.

a. Trombosis Serebral

Terjadi pada saat pembuluh darah mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemia jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesi di sekitarnya. Trombosis dapat terjadi akibat aterosklerosis pada arteristis dan juga emboli.

b. Hemoragik (Perdarahan)

Perdarahan intrakranial atau intraserebral termasuk perdarahan dalam ruang subaraknoid atau kedalam jaringan otak sendiri sebagai

akibat dari pecahnya pembuluh darah otak. Pecahnya pembuluh darah tersebut diakibatkan oleh adanya aterosklerosis dan hipertensi. Pecahnya pembuluh darah otak yang terjadi mengakibatkan penekanan, pergeseran pada jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan membengkak yang menyebabkan infark otak.

c. Hipoksia Umum

Hipoksia umum disebabkan oleh hipertensi yang parah, henti jantung paru, dan curah jantung turun akibat aritmia yang mengakibatkan aliran darah ke otak terganggu.

d. Hipoksia Setempat

Hipoksia setempat diakibatkan oleh spasme arteri serebral yang disertai perdarahan subaraknoid dan vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala.

2.1.3 Faktor Resiko Stroke

Menurut Mutiarasari (2019), stroke non hemoragik merupakan proses yang multi kompleks dan didasari oleh berbagai macam faktor resiko yang diantaranya:

a. Faktor Resiko Gaya Hidup

1) Kelebihan berat badan atau obesitas

Pada orang yang mengalami obesitas terjadi gangguan pembuluh darah, keadaan ini berkontribusi pada stroke.

2) Alkohol

Pada peminum alkohol dapat menyebabkan hipertensi, penurunan aliran darah ke otak dan kardiak aritmia serta kelainan motilitas pembuluh darah sehingga terjadi emboli serebral.

3) Merokok

Pada perokok akan terjadi penimbunan lemak pada dinding arteri koroner. Pembuluh darah nikotin sehingga memungkinkan penumpukan aterosklerosis dan kemudian berakibat pada stroke.

4) Penggunaan obat-obatan terlarang seperti kokain dan metamfetamin.

b. Faktor Resiko Medis

1) Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor resiko yang utama. Hipertensi dapat disebabkan arterosklerosis pembuluh darah serebral, sehingga pembuluh darah mengalami penebalan dan degenerasi yang kemudian pecah sehingga menimbulkan pendarahan.

2) Diabetes Mellitus

Pada penyakit DM akan mengalami penyakit vaskuler, sehingga terjadi mikrovaskularisasi dan terjadi aterosklerosis, terjadinya aterosklerosis dapat menyebabkan emboli yang kemudian menyumbat dan terjadi iskemia, iskemia menyebabkan perfusi otak menurun dan pada akhirnya terjadi stroke.

3) Kolestrol Tinggi

Peningkatan kolestrol tubuh dapat menyebabkan aterosklerosis dan terbentuknya emboli lemak sehingga aliran darah lambat masuk ke otak, maka perfusi otak menurun.

4) Penyakit Kardiovaskuler

Misalnya embolisme serebral berasal dari hipertrofi jantung ventrikel kiri seperti penyakit arteri koronaria, gagal jantung kongestif. Pada fibrilasi atrium menyebabkan penurunan CO₂, sehingga perfusi darah ke otak menurun, maka otak akan kekurangan oksigen yang akhirnya dapat terjadi stroke. Pada arterosklerosis dapat menyebabkan emboli yang kemudian menyumbat dan terjadi iskemia, iskemia menyebabkan perfusi otak meurun dan pada akhirnya terjadi stroke.

5) Riwayat keluarga

Yang terkena stroke Adanya keturunan keluarga yang pernah menderita penyakit stroke.

c. Faktor lain yang terkait dengan resiko stroke, termasuk :

1) Usia

Orang yang berusia 55 tahun atau lebih memiliki resiko stroke yang lebih tinggi seiring bertambahnya usia dikarenakan mengalaminya degeneratif organ – organ dalam tubuh.

2) Ras

Orang Afrika – Amerika memiliki resiko stroke yang lebih tinggi daripada orang – orang ras lain.

3) Jenis kelamin

Pria memiliki resiko stroke yang lebih tinggi daripada wanita. Wanita biasanya lebih tua ketika mereka mengalami stroke.

2.1.4 Klasifikasi Stroke

Menurut Esti & Johan (2020), klasifikasi stroke dibedakan menjadi beberapa jenis yaitu sebagai berikut:

a. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik terjadi ketika pecahnya pembuluh darah di otak. Perdarahan otak dapat disebabkan oleh banyak kondisi biasanya saat melakukan aktivitas atau juga dapat terjadi saat istirahat. Biasanya tingkat kesadaran pasien menurun. Jenis stroke hemoragik dibagi menjadi dua :

1) Perdarahan Intraserebral

Dalam perdarahan intra serebral, pembuluh darah di otak pecah dan menyebar ke jaringan otak disekitarnya, sehingga menyebabkan kerusakan sel otak. Penyebab utamanya adalah hipertensi, trauma, malformasi vaskular, penggunaan obat pengencer darah dan kondisi lain dapat menyebabkan perdarahan intraserebral.

2) Perdarahan Subaraknoid

Perdarahan subaraknoid biasanya disebabkan oleh aneurisma serebral atau kelainan arteri pada dasar otak. Aneurisma serebral adalah area kecil bulat yang mengalami pembengkakan arteri. Pembengkakan yang parah membuat dinding pembuluh darah melemah dan rentan pecah.

b. Stroke Iskemik

Stroke iskemik atau infark terjadi ketika arteri ke otak menyempit atau terhambat, sehingga menyebabkan aliran darah ke otak berkurang. Biasanya terjadi saat istirahat, baru bangun tidur di pagi hari. Menurut perjalanan penyakitnya, dapat dibedakan menjadi:

1) TIA (*Transient Ischemic Attack*)

Gangguan neurologis lokal yang terjadi selama beberapa menit sampai beberapa jam saja. Gejala yang muncul akan hilang dengan spontan dan sempurna dalam waktu kurang dari 24 jam.

2) Stroke involusi

Stroke yang berkembang perlahan-lahan sampai alur munculnya gejala makin lama semakin buruk, proses progresif beberapa jam sampai beberapa hari.

3) Stroke komplit

Gangguan neurologis yang timbul sudah menetap atau permanen. Sesuai dengan namanya, stroke komplit dapat diawali oleh serangan TIA berulang.

2.1.5 Manifestasi Klinis Stroke

Gejala umum stroke iskemik antara lain mati rasa (paresthesia) dan kelumpuhan (hemiparesis) secara tiba-tiba. Ada kata istilah, yaitu FAST yang berarti cepat. FAST merupakan singkatan dari Face, Arm, Speech, dan Time. Jika ada tanda-tanda pada wajah (face), misalnya perot, pada lengan (arm) di mana ketika diangkat terdapat kelumpuhan sebelah, dan pada kemampuan bicara (speech) menjadi tidak jelas atau tidak memahami pembicaraan (Esti & Johan, 2020).

Tanda stroke yang dialami pasien diantaranya adalah :

- a. Disfungsi neurologic lebih dari satu (multiple), dan penurunan fungsi tersebut bersifat spesifik ditentukan oleh daerah di otak yang terkena.
- b. Hemi atau monoparesis (kelumpuhan separuh tubuh)
- c. Vertigo dan penglihatan yang kabur (double vision), yang dapat disebabkan oleh sirkulasi posterior yang terlibat di dalamnya,
- d. Aphasia (kesulitan berbicara atau memahami pembicaraan)
- e. Dysarthria (kesulitan melafalkan ucapan dengan jelas), penurunan lapang pandang visual, dan perubahan tingkat kesadaran.

2.1.6 Pemeriksaa Penunjang

Menurut Mutiarasari (2019), pemeriksaan penunjang pada stroke yaitu:

- a. Angiografi serebral

Menentukan penyebab stroke secara spesifik perdarahan atau obdtruksi arteri.

b. Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT)

Untuk mendeteksi luas dan daerah abnormal dari otak, yang juga mendeteksi, melokalisasi dan mengukur stroke (sebelum nampa oleh pemindai CT).

c. CT Scan

Pemindaian ini memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma adanya jaringan otak yang infark atau iskemia dan posisinya secara pasti.

d. MRI (*Magnetic Imaging Resonance*)

Menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan besar terjadinya perdarahan otak. Hasil yang didapatkan area yang mengalami lesi dan infark dan hemoragik.

e. EEG (*Electroencephalogram*)

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak.

f. Pemeriksaan Laporatorium

- 1) Lumbang fungsi : pemeriksaan likuor merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan pendarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (Xantokhrom), sewaktu hari-hari pertama.
- 2) Pemeriksaan darah rutin (Glukosa, elektrolit, ureum, kreatinin)

- 3) Pemeriksaan kimia darah : pada strok akut dapat terjadi hiperglikemia atau gula darah dapat mencapai 250 mg di dalam serum dan kemudian berangsur turun kembali.
- 4) Pemeriksaan darah lengkap: untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri.

2.1.7 Patofisiologi

Otak mempunyai kecepatan metabolisme yang tinggi, dengan berat hanya 2 % dari berat badan, menggunakan 20% oksigen total dari 20% darah yang beredar. Pada keadaan normal aliran darah otak yang membawa oksigen dipertahankan oleh suatu mekanisme autoregulasi ± 58 ml/100 gr/menit dengan *mean arterial blood pressure* (MABP) antara 50-160 mmHg. Jika terjadi perubahan tekanan >160 mmHg akan terjadi edema serebri, namun jika MABP <50 mmHg akan terjadi iskemia (Ikawati & Anurogo, 2018).

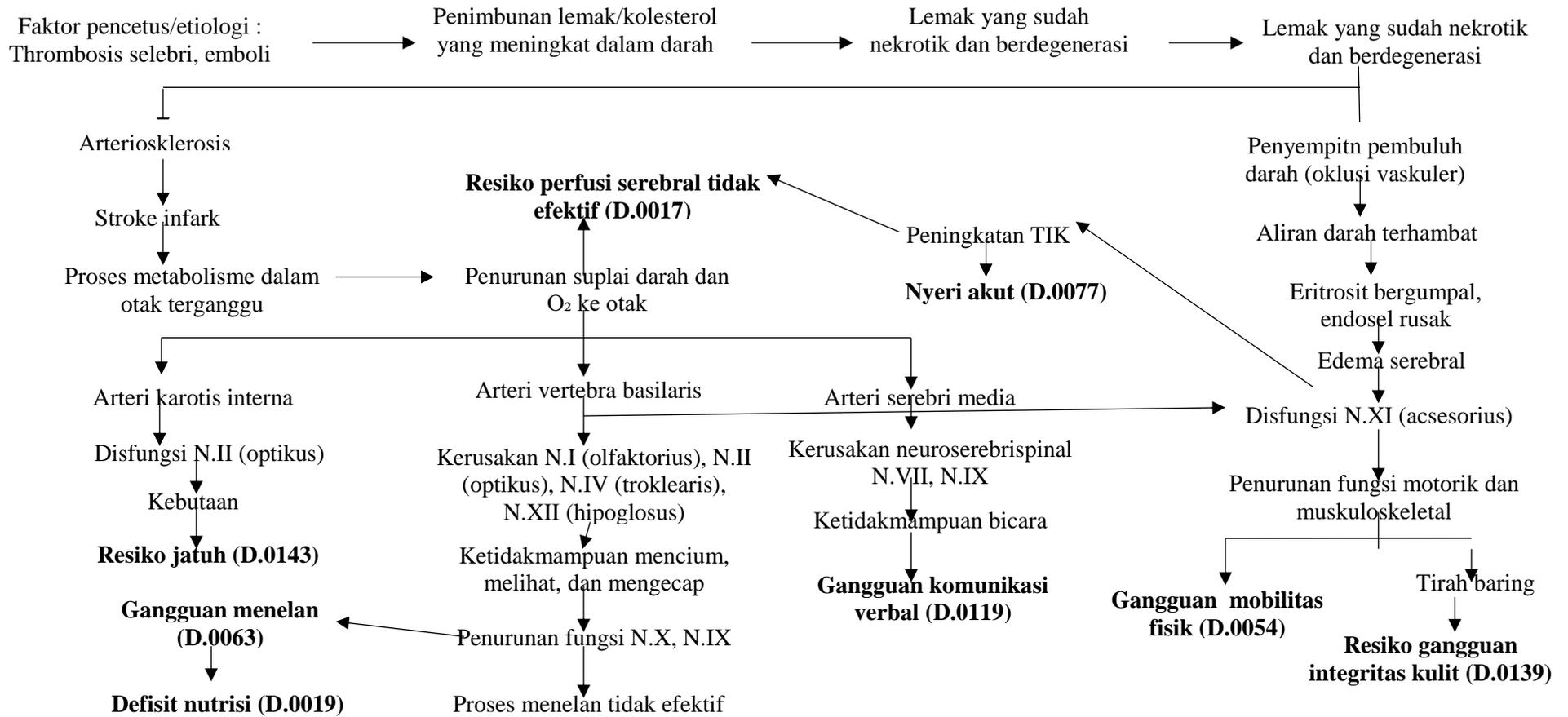
Iskemia akan cepat menghasilkan kerusakan jaringan otak yang permanen, sehingga aliran darah menurun atau terhenti karena adanya sumbatan yang menghalangi suplai darah ke otak. Faktor lain seperti hipertensi, diabetes mellitus, merokok dan stres akan meningkatkan tekanan darah ke otak dan menyebabkan pecahnya pembuluh darah karena arteri tersebut berdinding tipis karena lecet bekas plak. Perdarahan tersebut menyebabkan otak tercemar oleh kumpulan darah (hematom) atau darah masuk ke selaput otak (subarakhnoid). Pada pembuluh darah yang pecah

dapat terjadi vasokonstriksi yang dapat menghambat aliran darah ke otak dan menimbulkan gejala pada daerah yang terkena (Ikawati & Anurogo, 2018).

Darah menuju ke otak melalui dua arteri karotis yang membawa darah ke bagian depan dari sisi kiri dan kanan otak. Dua arteri lainnya adalah arteri vertebralis yang mengalirkan darah ke tungkai dan bagian belakang otak. Kedua arteri ini mengikuti saluran vertebral atau tulang belakang dan disekitar leher. Otak bagian kanan berhubungan dengan pengenalan terhadap ruang, tubuh, kemampuan menggambar, seni dan bangunan. Sedangkan otak kiri berfungsi pada kemampuan berpikir logis, berbicara, berhitung dan menulis (Ikawati & Anurogo, 2018).

2.1.8 Pathway Stroke Infark

Bagan 2.1 Bagan Pathway Stroke Infark



Sumber : Ariyanti (2019) dengan menguankan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam (PPNI, 2016)

2.1.9 Penatalaksanaan Keperawatan

a. Penatalaksanaan keperawatan

Menurut Smeltzer & Bare (2017), penatalaksanaan stroke dapat dibagi menjadi dua fase yaitu fase akut dan fase paska akut.

1) Penatalaksanaan pada fase akut:

- a) Fase akut biasanya berakhir 48-72 jam. Prioritas pada fase ini mempertahankan jalan napas dan ventilasi.
- b) Pasien ditempatkan pada posisi lateral atau semi telungkup dengan kepala tempat tidur agak ditinggikan sampai tekanan vena serebral berkurang.
- c) Intubasi endotrakeal dan ventilasi mekanik perlu untuk pasien dengan stroke masif, karena henti pernapasan biasanya faktor yang mengancam kehidupan pada situasi ini.
- d) Pasien dipantau untuk adanya komplikasi pulmonal (aspirasi, atelektasis, pneumonia) yang mungkin berkaitan dengan kehilangan refleks jalan napas, imobilitas dan hipoventilasi.
- e) Jantung diperiksa untuk abnormalitas dalam ukuran dan irama serta tanda dan gejala jantung kongestif.

2) Penatalaksanaan pada fase paska akut :

- a) Mengatur posisi kepala dan badan atas setinggi 20-30 derajat, posisi miring jika muntah dan boleh dilakukan mobilitas secara bertahap jika hemodinamik stabil.

- b) Memonitor tanda-tanda vital diusahakan dalam keadaan tetap stabil dan normal.
- c) Menganjurkan pasien untuk tetap bedrest.
- d) Menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit. Berikan cairan intravena berupa koloid dan hindari penggunaan cairan glukosa murni atau cairan hipotonik.
- e) Hindari kenaikan suhu tubuh, batuk, konstipasi dan suction secara berlebihan yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial.
- f) Nutrisi peroral hanya diberikan jika fungsi menelan baik dan jika kesadaran menurun atau tidak sadar segera pasang NGT.
- g) Bila penderita tidak mampu menggunakan anggota gerak, gerakkan tiap anggota gerak secara pasif seluas anggota gerakannya atau latih ROM pasif.
- h) Berikan pengaman di tempat tidur untuk mencegah pasien jatuh.
- i) Perbaiki mobilitas dan mencegah deformitas :
 - (1) Posisi tidur datar dengan matras yang cukup kuat untuk menyokong tubuh.
 - (2) Menggunakan papan kaki untuk mencegah *foot drop*.
 - (3) Meletakkan satu bantal di aksila untuk mencegah adduksi bahu.
 - (4) Menggunakan roll trochanter untuk mencegah rotasi bahu.

(5) Jari-jari diposisikan agak fleksi dengan telapak tangan agak supinasi.

(6) Mengubah posisi latihan gerak

b. Penatalaksanaan medis

Menurut Smeltzer & Bare (2017), penatalaksanaan medis untuk pasien stroke dapat dilakukan tindakantindakan berikut untuk mencegah terjadi stroke atau kematian otak yang luas.

- 1) Diuretik untuk menurunkan edema serebral, yang mencapai tingkatan maksimum 3 sampai 5 hari setelah infark serebral.
- 2) Antikoagulan untuk mencegah terjadinya atau memberatnya thrombosis dan embolisasi dari tempat lain dan sistem kardiovaskular.
- 3) Medikasi anti trombosit karena trombosit memainkan peran sangat penting dalam pembentukan trombus dan embolisasi.
- 4) Antibiotik untuk menghancurkan trombus.
- 5) Penangan supprotif imun
- 6) Memberikan pemeliharaan jalan napas dan ventilasi yang adekuat.
- 7) Memberikan volume darah dan tekanan darah yang adekuat.
- 8) Koreksi jantung gangguan antara lain gagal jantung atau artimia.
- 9) Meningkatkan aliran darah serebral (dilakukan pada stroke non hemeragik).
- 10) Evaluasi tekanan darah.
- 11) Melakukan intervensi bedah.

12) Ekspansi volume intravaskular.

13) Berikan obat anti koagulan.

14) Pengontrolan tekanan intrakranial dengan memberikan obatobatan.

2.1.10 Komplikasi

Menurut Esti & Johan (2020), stroke tidak berhenti pada akibat yang terjadi di otak saja tetapi berdampak juga pada bagian tubuh lainnya dan menimbulkan masalah emosional. Beberapa komplikasi stroke, diantaranya:

- a. Bekuan darah, bekuan darah mudah terjadi pada kaki yang lumpuh, penumpukan cairan, dan pembengkakan, embolisme paru.
- b. Pneumonia, terjadi karena pasien biasanya tidak dapat batuk atau menelan dengan baik sehingga menyebabkan cairan terkumpul di paruparu dan selanjutnya terinfeksi.
- c. Kekakuan otot dan sendi, terbaring lama akan menimbulkan kekakuan pada otot dan sendi (gangguan mobilitas fisik).
- d. Nyeri bahu dan dislokasi, keadaan pangkal bahu yang lepas dari sendinya. Ini terjadi karena otot disekitar bahu yang mengontrol sendi dapat rusak akibat gerakan saat ditopang orang lain.
- e. Pembengkakan otak
- f. Infeksi saluran kemih
- g. Gangguan proses berpikir dan ingatan : pikun (demensia)

- h. Depresi, perubahan gaya hidup akibat disabilitas fisik menimbulkan depresi yang dialami pasien selama masa penyesuaian pasca stroke.
- i. Gangguan pemenuhan aktifitas harian (defisit perawatan diri) Dekubitus, tidur yang terlalu lama karena lumpuh dapat mengakibatkan luka/lecet pada bagian tubuh yang menjadi tumpuan saat berbaring, seperti : pinggul, pantat, sendi kaki, dan tumit.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Non Hemoragik (SNH)

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan proses keperawatan untuk mengenal masalah klien, agar dapat memberi arah kepada tindakan keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas tiga kegiatan, yaitu pengumpulan data, pengelompokan data dan perumusan diagnosis keperawatan (Esti & Johan, 2020).

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, diagnosis medis.

b. Keluhan utama

Biasanya mengalami perubahan tingkat kesadaran, mual muntah, kelemahan reflek, afasia (gangguan komunikasi), difasia (memahami kata), kesemutan, nyeri kepala, kejang sampai tidak sadar dan biasanya didapatkan kelemahan anggota gerak sebelah badan, dan mengalami

gangguan mobilitas fisik serta penurunan kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

c. Riwayat penyakit

1) Riwayat kesehatan sekarang

Serangan stroke seringkali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separoh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

2) Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh pasien, biasanya ditemukan gejala awal sering kesemutan, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Pada serangan stroke hemoragik seringkali berlangsung sangat mendadak, pada saat pasien melakukan aktifitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separoh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

3) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, kegemukan.

4) Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi ataupun diabetes mellitus.

5) Riwayat psikososial

Stroke memang suatu penyakit yang sangat mahal. Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan dan perawatan dapat mengacaukan keuangan keluarga sehingga faktor biaya ini dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran pasien dan keluarga

d. Pemeriksaan fisik

1) Kesadaran

Biasanya pada pasien stroke mengalami tingkat kesadaran samnolen, apatis, sopor, soporos coma, hingga coma dengan GCS < 12 pada awal terserang stroke. Sedangkan pada saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan compos metis dengan GCS 13-15

2) Tanda-tanda Vital

a) Tekanan darah

Biasanya pasien dengan stroke hemoragik memiliki riwayat tekanan darah tinggi dengan tekanan systole > 140 dan diastole > 80

b) Nadi : Biasanya nadi normal

c) Pernafasan

Biasanya pasien stroke hemoragik mengalami gangguan pada bersihan jalan napas

d) Suhu

Biasanya tidak ada masalah suhu pada pasien dengan stroke hemoragik

3) Rambut

Biasanya tidak ditemukan masalah

4) Wajah

Biasanya simetris, wajah pucat. Pada pemeriksaan Nervus V (Trigeminal) : biasanya pasien bisa menyebutkan lokasi usapan dan pada pasien koma, ketika diusap kornea mata dengan kapas halus, klien akan menutup kelopak mata. Sedangkan pada Nervus VII (facialis) : biasanya alis mata simetris, dapat mengangkat alis, mengernyitkan dahi, mengernyitkan hidung, menggembungkan pipi, saat pasien menggembungkan pipi tidak simetris kiri dan kanan tergantung lokasi lemah dan saat diminta mengunyah pasien kesulitan untuk mengunyah.

5) Mata

Biasanya konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor, kelopak mata tidak oedema. Pada pemeriksaan nervus II (optikus) : biasanya luas pandang baik 90° , visus 6/6. Pada nervus III (okulomotoris) : biasanya diameter pupil 2mm/2mm, pupil

kadang isokor dan anisokor, palpebra dan reflek kedip dapat dinilai jika pasien bisa membuka mata . Nervus IV (troklearis) : biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan bawah. Nervus VI (abdusen) : biasanya hasilnya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke kiri dan kanan

6) Hidung

Biasanya simetris kiri dan kanan, terpasang oksigen, tidak ada pernapasan cuping hidung. Pada pemeriksaan nervus I (olfaktorius) : kadang ada yang bisa menyebutkan bau yang diberikan perawat namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda dan pada nervus VIII (akustikus) : biasanya pada pasien yang tidak lemah anggota gerak atas, dapat melakukan keseimbangan gerak tangan-hidung

7) Mulut dan gigi

Biasanya pada pasien apatis, sopor, soporos coma hingga coma akan mengalami masalah bau mulut, gigi kotor, mukosa bibir kering. Pada pemeriksaan nervus VII (facialis) : biasanya lidah dapat mendorong pipi kiri dan kanan, bibir simetris, dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin. Pada nervus IX (glossofaringeal) : biasanya uvula yang terangkat tidak simetris, mencong kearah bagian tubuh yang lemah dan pasien dapat merasakan rasa asam dan pahit. Pada nervus XII (hipoglossus) :

biasanya pasien dapat menjulurkan lidah dan dapat dipencongkan ke kiri dan kanan namun artikulasi kurang jelas saat bicara

8) Telinga

Biasanya sejajar daun telinga kiri dan kanan. Pada pemeriksaan nervus VIII (akustikus) : biasanya pasien kurang bisa mendengarkan gesekan jari dari perawat tergantung dimana lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengar jika suara keras dan dengan artikulasi yang jelas

9) Leher

Pada pemeriksaan nervus X (vagus) : biasanya pasien stroke hemragik mengalami gangguan menelan. Pada pemeriksaan kaku kuduk biasanya (+) dan bludzensky 1 (+)

10) Thorak

a) Paru-paru

Inspeksi : biasanya simetris kiri dan kanan

Palpasi : biasanya fremitus sam antara kiri dan kanan

Perkusi : biasanya bunyi normal (sonor)

Auskultasi : biasanya suara normal (vesikuler)

b) Jantung

Inspeksi : biasanya iktus cordis tidak terlihat

Palpasi : biasanya ictus cordis teraba

Perkusi : biasanya batas jantung normal

Auskultasi : biasanya suara vesikuler

11) Abdomen

Inspeksi : biasanya simetris, tidak ada asites

Palpasi : biasanya tidak ada pembesaran hepar

Perkusi : biasanya terdapat suara tympani

Auskultasi : biasanya biasanya bising usus pasien tidak terdengar.

12) Pemeriksaan inguinal, genetalia, anus Kadang terdapat incontinesia atau retensio urine dan konstipasi.

13) Ekstremitas

a) Atas

Biasanya terpasang infuse bagian dextra / sinistra. CRT biasanya normal yaitu < 2 detik. Pada pemeriksaan nervus XI (aksesorius) : biasanya pasien stroke hemoragik tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan perawat. Pada pemeriksaan reflek, biasanya saat siku diketuk tidak ada respon apa-apa dari siku, tidak fleksi maupun ekstensi (reflek bicep (-)) dan pada pemeriksaan tricep respon tidak ada fleksi dan supinasi (reflek bicep (-)). Sedangkan pada pemeriksaan reflek hoffman tromer biasanya jari tidak mengembang ketika diberi reflek (reflek Hoffman tromer (+)).

b) Bawah

Pada pemeriksaan reflek, biasanya saat pemeriksaan bluedzensky I kaki kiri pasien fleksi (bluedzensky (+)). Pada

saat telapak kaki digores biasanya jari tidak mengembang (reflek babinsky (+)). Pada saat dorsum pedis digores biasanya jari kaki juga tidak beresponn (reflek caddok (+)). Pada saat tulang kering digurut dari atas ke bawah biasanya tidak ada respon fleksi atau ekstensi (reflek openheim (+)) dan pada saat betis diremas dengan kuat biasanya pasien tidak merasakan apa-apa (reflek gordon (+)). Pada saat dilakukan reflek patella biasanya femur tidak bereaksi saat di ketukkan (reflek patella (+)). Pemeriksaan ektermitas Sering didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

Nilai kekuatan otot adalah sebagai berikut (Setiadi & Irawandi, 2020).

Tabel 2.1 Nilai Kekuatan otot

Nilai Kekuatan Otot	Keterangan
0 (0%)	Paralisis, tidak ada kontraksi otot sama sekali
1 (10%)	Terlihat atau teraba getaran kontraksi otot tetapi tidak ada gerak sama sekali
2 (25%)	Dapat menggerakkan anggota gerak tanpa gravitasi
3 (50%)	Dapat menggerakkan anggota gerak untuk menahan berat (gravitasi)
4 (75%)	Dapat menggerakkan sendi dengan aktif dan melawan tahanan
5 (100)	Kekuatan normal

14) Pemeriksaan neurologi

Pemeriksaan Saraf Pusat Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologis, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan aliran darah koleteral (sekunder atau aksesori).

Tabel 2.2 Pemeriksaan Saraf Kranial

Bagian yang Dikaji	Hasil Pemeriksaan
Saraf I Olfaktorius	Biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman
Saraf II Optikus	Disfungsi persepsi visual karena gangguan janas sensori primer di antara mata dan korteks visual. Gangguan hubungan Visual-spasial mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial) sering terlihat pada klien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh
Saraf III,IV dan VI Okulomotoris, Troklearis, Abdusen	Jika akibat stroke mengakibatkan paralisis, pada satu sisi otot-otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat atau gerakan mata, konstriksi pupil akomodasi
Saraf V Trigeminus	Pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigeminus, penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah satu sisi otot pteringoideus intermus dan eksternus
Saraf VII Fasialis	Persepsi pengecapan dalam batas normal wajah asimetris dan otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat. Pada pasien stroke saat mengembungkan pipi terlihat tidak simetris kanan dan kiri tergantung lokasi kelemahan
Saraf VIII Akustikus (auditoris)	Tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi dan biasanya pasien kurang bisa mendengarkan gesekan benda sekitar tetapi tergantung dengan lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengarkan jika suara jelas dan artikulasi jelas.

Saraf IX dan X Glosofaringeus, Vagus	Kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut
Saraf XI Aksesoris	Tidak ada troli otot stemokleidomastoideus dan trapezius Pada pasien stroke biasanya ovula terangkat simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang lemah
Saraf Hipoglosus XII	Lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi, serta indra pengecap normal Pada pasien stroke biasanya dapat menjulurkan lidah dan dapat diarahkan ke kiri dan kanan namun artikulasi kurang jelas saat berbicara

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yaitu penilaian klinis tentang respons klien mengenai masalah kesehatan atau proses kehidupan yang sedang dialaminya secara potensial maupun aktual. Diagnosa keperawatan digunakan untuk mengidentifikasi respon pasien, keluarga maupun komunitas mengenai situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosis keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon seseorang terhadap masalah kesehatan/proses kehidupan, atau rentang respon individu, keluarga, kelompok, maupun komunitas.

Langkah-langkah menentukan diagnosa keperawatan menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018) sebagai berikut:

a. Analisa Data

Merupakan pengembangan dalam kemampuan berpikir rasional sesuai dengan latar belakang ilmu pengetahuan. Analisis data keperawatan terdapat beberapa tahapan meliputi :

1) Bandingkan data dengan nilai normal

Data yang diperoleh melalui pengkajian dibandingkan dengan nilai normal, setelah itu diidentifikasi tanda dan gejala yang signifikan.

2) Pengelompokan data

Mengelompokkan data-data klien yang signifikan atau keadaan tertentu dimana klien mengalami permasalahan kesehatan atau keperawatan berdasarkan kriteria permasalahannya. Mengelompokkan data dilakukan secara deduktif atau induktif. Induktif yaitu memilah data menjadi pola, sedangkan deduktif menggunakan kategori pola selanjutnya mengelompokkan data sesuai dengan kategori.

3) Identifikasi Masalah

Perawat dan klien mengidentifikasi masalah yang aktual, resiko, dan promosi kesehatan. Hal ini akan merujuk pada diagnosis keperawatan.

4) Perumusan Diagnosis Keperawatan

Perumusan diagnosis disesuaikan dengan jenis diagnosa keperawatan. Ada dua cara merumuskan diagnosis, yaitu :

a) Penulisan Tiga Bagian (Three Part)

Terdiri dari masalah, penyebab, tanda/gejala, dan metode ini digunakan pada diagnosis aktual (**Masalah** berhubungan dengan **Penyebab** dibuktikan dengan **Tanda/Gejala**).

b) Penulisan Dua Bagian (Two Part)

Metode ini digunakan pada diagnosis resiko dan promosi kesehatan (**Masalah** dibuktikan dengan **Tanda/Gejala**).

Diagnosa keperawatan pada klien dengan stroke adalah:

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan embolisme (SDKI D.0017)
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (SDKI D.0054)
- c. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (SDKI D.0119)
- d. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (SDKI D.0077)
- e. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis (SDKI D.0063)
- f. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (SDKI D.0019)
- g. Resiko gangguan integritas kulit ditandai dengan tirah baring (SDKI D.0139)
- h. Resiko jatuh ditandai dengan penurunan kekuatan otot (SDKI D.0143)

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Setelah merumuskan diagnosa dilanjutkan dengan perencanaan dan aktivitas keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan serta mencegah masalah keperawatan pasien. Intervensi keperawatan yaitu segala perawatan yang dilakukan oleh perawat yang berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis bertujuan untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Rencana asuhan keperawatan merupakan mata rantai antara penetapan kebutuhan klien dan pelaksanaan keperawatan. Dengan demikian rencana asuhan keperawatan adalah petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat mengenai rencana tindakan yang dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan diagnosa keperawatannya dalam memenuhi kebutuhan klien (Basri, 2020).

Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan SLKI	Intervensi SIKI	Rasional
Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan embolisme (SDKI D.0017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan perfusi serebral meningkat, dengan kriteia hasil: (SLKI L.02014) 1. Tingkat Kesadaran Meningkat 2. Tekanan intrakranial menurun 3. Sakit Kepala Menurun 4. Gelisah 5. Nilai tekanan darah membaik	(Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial L.09325) Observasi: 1. Identifikasi peningkatan TIK (mis, lesi, gangguan metabolisme, edema serbral) 2. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK(mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola nafas ireguler, kesadran menurun) 3. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) 4. Monito CVP (Central Venous Pressure), jika perlu 5. Monitor PAWP, jika perlu 6. Monitor ICP (Intra Cranial Pressure), jika perlu 7. Monitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure) 8. Monitor status pernafasan 9. Monitor intake dan output cairan 10. Monitor cairan serbro-spinalis (mis, warna, konsistensi) Teurapeutik: 11. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 12. Berikan posisi semi fowler 13. Hindari manuver Valsava 14. Cegah terjadinya kejang	1. Untuk mengetahui peningkatan TIK 2. Untuk mengetahui potensi peningkatan TIK 3. Untuk pemantauan peningkatan TIK 4. Untuk menilai volume intravaskuler dan sebagai panduan manajemen cairan 5. Untuk mengetahui nilai tekanan pada arteri pulmunal 6. Untuk mengetahui dan menentukan adanya tekanan cairan serebrospinal tinggi atau rendah 7. Berguna untuk penatalaksanaan adanya gangguan perfusi pada serebral 8. Untuk pemantauan pola pernapasan klien dan kebutuhan O2 9. Untuk mengetahui adanya

-
- | | |
|---|---|
| 15. Hindari pemberian cairan IV hipotonik | tanda-tanda dehidrasi dan |
| 16. Pertahankan suhu tubuh normal | mencegah terjadinya shock |
| Kolaborasi | hipovolemik |
| 17. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti
konvulsan, jika perlu | 10. Untuk menentukan
penyebab atau diagnosa
untuk diberikan
penatalaksanaan |
| 18. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis,
jika perlu | 11. Untuk memberikan
ketenangan dan nyaman
untuk klien |
| 19. Kolaborasi pelunak tinja, jika perlu | 12. Posisi semi fowler untuk
membantu menurunkan
TIK, menjaga MAP tidak
meningkat dan
memperbaiki aliran balik
jantung |
| | 13. Untuk menghindari
terjadinya peningkatan
aliran darah ke otak secara
tiba-tiba dan menghindari
pecahnya pembuluh darah
di serebral |
| | 14. Untuk menghindari
terjadinya resiko cedera
pada klien |
| | 15. Untuk menghindari
terjadinya pembengkakan
sel karena cairan hipotonik
dapat bergeser ke dalam sel |
| | 16. Suhu tubuh yang normal
tidak membuat cara kerja |
-

			<p>otak menjadi berat dan tubuh akan menjadi rileks dengan suhu yang normal</p> <p>17. Sebagai terapi untuk menghambat reabsorpsi air dan natrium dan meningkatkan osmolaritas darah dan jantung</p>
<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (SDKI D.0054)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <p>(SLKI L.05042)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstermitas meningkat 2. Kekuatan otot Meningkat 3. Rentang gerak ROM meningkat 4. Kaku Sendi Menurun 5. Kelemahan Fisik Menurun 	<p>Dukungan Mobilisasi I.05173</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur) 6. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilitasi 9. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan, (mis, duduk ditempat tidur, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui adanya nyeri pada klien 2. Untuk mengetahui sejauh mana klien dapat melakukan pergerakan 3. Untuk mengetahui kondisi yang memungkinkan untuk dilakukan latihan mobilisasi 4. Untuk mengetahui kondisi umum klien 5. Untuk memudahkan klien melakukan pergerakan 6. Untuk meningkatkan dan mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot

		duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur kekursi)	<ol style="list-style-type: none"> 7. Untuk mengetahui dan dapat mengerti tujuan diberikan mobilisasi 8. Untuk memberikan informasi pentingnya mobilisasi bagi klien 9. Untuk memberikan pengetahuan keluarga agar bisa dilakukan secara mandiri
Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (SDKI D.0119)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 30 menit, diharapkan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil : (L.13118) <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesesuaian ekspresi 2. wajah/tubuh meningkat 3. Pelo menurun 4. Gagap menurun 	<p>Promosi Komunikasi : Defisif Bicara (I.13492)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara. 2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran, dan bahasa) 3. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer) 5. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. berdiri di depan pasien, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk melihat gangguan komunikasi pada klien 2. Untuk mengetahui mengetahui proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara 3. Untuk bisa memahami apa yang disampaikan klien 4. Untuk mempermudah klien ketika diajak berkomunikasi 5. Untuk mengkorfirmasi apa yang disampaikan klien benar

		<p>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)</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan 7. Ulangi apa yang disampaikan pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Anjurkan berbicara perlahan 9. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Agar ucapan klien lebih jelas dan melatih artikulasi klien 7. Untuk memperbaiki dan meningkatkan kemampuan komunikasi dari segi bahasa maupun bicara 8. Untuk mempercepat penyembuhan
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (SDKI D.0077)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 2x24 jam, diharapkan nyeri akut menurun dengan kriteria hasil: (SLKI L.08066)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Frekuensi nadi membaik 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi karakteristik nyeri dan faktor yang berhubungan merupakan suatu hal yang amat penting untuk memilih intervensi yang cocok dan untuk mengevaluasi keefektifan dari terapi yang diberikan 2. Mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan klien

7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup	3. Untuk mengetahui ekspresi wajah yang diperlihatkan pasien saat nyeri muncul
Terapeutik	4. Untuk mengetahui apa saja yang memperburuk dan memperingan nyerinya
8. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)	5. Untuk mnegurangi nyeri klien
9. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)	6. Untuk menilai apakahterpi komplementer yang diberikan berpengaruh untuk pasien atau tidak.
10. Fasilitasi istirahat dan tidur	7. Untuk memberikan kenyamanan pada pasien
11. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri	8. Untuk meningkatkan kenyamanan, mengurangi nyei dengan nonfarmakologis
Edukasi	9. Agar kebutuhan tidur klien terpenuhi
12. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri	10. Agar tindakan yang diberikan sesuai dengan jenisnyeri dan sumber nyeri itu sendiri serta dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh klien
13. Jelaskan strategi meredakan nyeri	11. Agar klien dapat menghindari penyebab dari nyeri
14. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri	
15. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat	
16. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri	
Kolaborasi	

<p>Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis (SDKI D.0063)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan status menelan membaik dengan kriteria hasil: (SLKI L.06052)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Refleks menelan membaik 2. Frekuensi tersedak menurun 3. Batuk menurun 	<p>17. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>	<p>Dukungan perawatan diri : makan/minum (SIKI I.11351)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi diet yang dianjurkan 2. Monitor kemampuan menelan 3. Monitor status hidrasi pasien, jika perlu <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan 5. Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum 6. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 7. Letakkan makanan di sisi mata yang sehat 8. Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan 9. Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan 10. Sediakan makanan dan minuman yang disukai 11. Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (mis: sayur di jam 12, rendang di jam 3) <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui diet apa yang harus dianjurkan pada klien 2. Untuk mengetahui kemampuan menelan klien dan melakukan penatalaksanaan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi klien 3. Untuk menilai adanya kekurangan cairan atau tidak 4. Untuk meningkatkan kenyamanan klien ketikan makan 5. Untuk menghindari terjadinya tersedak dan agar klien dapat makan dengan rapi 6. Untuk meningkatkan nafsu makan klien dan menjaga kebersihan mulut 7. Agar makanan dapat terlihat oleh klien 8. Untuk memudahkan klien ketika minum
--	---	---	---

		13. Kolaborasi pemberian obat (mis: analgesik, antiemetik), sesuai indikasi	9. Makanan dengan keadaan hangat dapat meningkatkan nafsu makan dan menghindari mual pada klien 10. Untuk meningkatkan nafsu makan klien agar klien bersedia untuk memakan makanannya 11. Bantuan diberikan pada klien yang mengalami imobilisasi agar nutrisi terpenuhi 12. Untuk meningkatkan pengetahuan klien dalam memenuhi kebutuhan nutrisi sesuai dengan kondisinya 13. Terapi diberikan untuk mengurangi jika ada mual atau keluhan lainnya
Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (SDKI D.0019)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan Status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : (SLKI, L.03030) 1. Porsi makan dihabiskan 2. Kekuatan otot pengunyah meningkat 3. Kekuatan otot meningkat	Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric 6. Monitor berat badan	1. Untuk mengetahui status nutrisi klien 2. Untuk menghindari makanan yang menyebabkan klien mengalami alergi 3. Untuk meningkatkan nafsu makan klien 4. Untuk mengetahui kebutuhan kalori yang dibutuhkan klien 5. Untuk tetepa bisa memenuhi kebutuhan nutrisi klien

<p>Teurapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Lakukan oral hygiene sebelum makan jika perlu 8. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis, piramida makanan) 9. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 10. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 11. Berikan makanan tinggi kalori tinggi protein 12. Berikan suplemen makanan jika perlu 13. Hentikan pemberian makanan melalui nasogastric jika asupan oral dapat ditoleransi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. Anjurkan posisi duduk, jika mampu <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 15. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis, pereda nyeri, anti emetik), jika perlu 16. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu. 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Untuk mengetahui IMT klien dan penatalaksanaan yang diberikan 7. Untuk meningkatkan kebersihan oral dan meningkatkan nafsu makan klien 8. Untuk memberikan nutrisi sesuai dengan kebutuhan klien 9. Agar nafsu makan klien meningkat 10. Untuk memperlancar proses pencernaan khususnya BAB klien 11. Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi agar seimbang 12. Untuk memebikan rangsangan dan meningkatkan nafsu makan klien 13. Untuk menghindari terjadinya kelebihan nutrisi yang diberikan 14. Untuk menghindari terjadinya aspirasi/ tersedak ketika makan 15. Untuk mengurangi jika ada keluhan mual atau nyeri sehingga kebutuhan nutrisi terpenuhi 16. Untuk menentukan kebutuhan nutrisi klien sesuai dengan keadaan klien
---	--

Resiko gangguan integritas kulit ditandai dengan tirah baring (SDKI D.0139)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil : (SLKI L.14125) 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Perdarahan menurun, elastisitas meningkat	Perawatan Integritas Kulit (I.11353)	
		Observasi	1. Untuk mengetahui penyebab terjadinya gangguan pada kulit untuk menghindari terjadinya kerusakan kulit
		1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas)	2. Untuk menghindari kulit lembab dan tidak terjadinya kerusakan kulit
		Terapeutik	3. Agar terhindar dari kerusakan kulit
		2. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring	4. Agar kebersihannya tetap terjaga dan menghindari terjadinya kerusakan kulit
		3. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu	5. Untuk menjaga kelembapan kulit dan tidak kering
		4. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare	6. Untuk menghindari terjadinya iritasi pada kulit
		5. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering	7. Untuk menjaga kelembapan kulit
		6. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive	8. Untuk menjaga hidrasi kulit
		Edukasi	9. Untuk menghindari terjadinya luka bakar
		7. Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum)	10. Untuk melindungi kulit dari paparan sinar UV
		8. Anjurkan minum air yang cukup	
		9. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim	
		10. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah	

		11. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya	11. Untuk mencegah kulit menjadi kering
Resiko jatuh ditandai dengan penurunan kekuatan otot (SDKI D.0143)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat jatuh menurun dengan, kriteria hasil : (SLKI L.14138) 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun 3. Jatuh saat berjalan menurun 4. Jatuh saat dikamar mandi menurun	<p>Pencegahan Jatuh (I.14540)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) 4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu 5. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 7. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 8. Pasang handrail tempat tidur 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui penyebab akan terjadinya resiko jatuh 2. Untuk menghindari terjadinya jatuh 3. Untuk menghilangkan faktor penyebab terjadinya resiko jatuh pada lingkungan agar lingkungan menjadi aman untuk klien 4. Untuk meminimalisir terjadinya resiko jatuh 5. Untuk memberikan perhatian lebih agar klien terhindar dari resiko jatuh 6. Agar klien mengetahui posisi yang aman untuk klien melakukan perpindahan atau melakukan aktivitas 7. Agar mencegah terjadinya resiko jatuh

-
- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">9. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah10. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station11. Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker)12. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien | <ul style="list-style-type: none">8. Alat bantu jalan diberikan agar klien mendapatkan bantuan dengan adanya tahanan dari alat tersebut untuk melakukan aktivitas/ berjalan9. Bel digunakan klien untuk meminta bantuan agar klien tidak kesulitan ketika meminta bantuan |
|---|--|

Edukasi

- 13. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
 - 14. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin
 - 15. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh
 - 16. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri
-

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan tindakan yang telah ditentukan dengan maksud agar kebutuhan pasien terpenuhi secara optimal. Implementasi keperawatan terhadap pasien diberikan secara urut sesuai prioritas masalah yang sudah dibuat dalam rencana tindakan asuhan keperawatan, termasuk didalamnya nomor urut dan waktu ditegakkannya suatu pelaksanaan keperawatan (Basri, 2020). Implementasi keperawatan merupakan sebuah fase dimana perawat melaksanakan rencana atau intervensi yang sudah dilaksanakan sebelumnya. Berdasarkan terminologi SIKI, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan yang merupakan tindakan khusus yang digunakan untuk melaksanakan intervensi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara bersambungan dengan melibatkan pasien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. Tujuan dari evaluasi ini adalah untuk melihat kemampuan pasien dalam mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada perencanaan (Basri, 2020).

Jenis evaluasi yang digunakan adalah evaluasi berjalan/formatif dengan memakai format SOAP yaitu :

- a. *Subjective*, yaitu informasi berupa ungkapan yang didapat dari pasien setelah tindakan yang diberikan. Pada pasien cedera kepala sedang dengan risiko perfusi serebral tidak efektif diharapkan pasien mengalami peningkatan kesadaran.
- b. *Objective*, yaitu informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.
- c. *Assesment*, yaitu interpretasi dari data subjektif dan objektif.
- d. *Planning*, yaitu perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambah dari rencana keperawatan yang sudah dibuat sebelumnya.

2.3 Konsep Range of Motion (ROM)

2.3.1 Pengertian *Range of Motion* (ROM)

Range of motion (ROM) yaitu derajat untuk mengukur kemampuan suatu tulang, otot dan sendi dalam melakukan pergerakan. ROM adalah jumlah maksimum gerakan yang mungkin dilakukan sendi pada salah satu dari tiga potongan tubuh, yaitu sagittal, transversal, dan frontal. Potongan sagittal adalah garis yang melewati tubuh dari depan ke belakang, membagi tubuh menjadi bagian kiri dan kanan. Potongan frontal melewati tubuh dari sisi ke sisi dan membagi tubuh menjadi bagian depan ke belakang. Potongan transversal adalah garis horizontal yang membagi tubuh menjadi bagian atas dan bawah (Istichomah, 2020).

2.3.2 Tujuan Range of Motion (ROM)

Tujuan dari ROM yaitu meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot, mempertahankan fungsi jantung dan pernapasan, mencegah kekakuan pada sendi, merangsang sirkulasi darah dan mencegah kelainan bentuk, kekakuan dan kontraktur (Istichomah, 2020).

2.3.3 Manfaat Range of Motion (ROM)

Manfaat dari ROM, yaitu menentukan nilai kemampuan sendi tulang dan otot dalam melakukan pergerakan, mengkaji tulang, sendi dan otot, mencegah terjadinya kekakuan sendi, memperlancar sirkulasi darah, memperbaiki tonus otot, meningkatkan mobilisasi sendi dan memperbaiki toleransi otot untuk latihan.

2.3.4 Indikasi Umum

- a. Stroke atau penurunan tingkat kesadaran
- b. Kelemahan otot
- c. Fase rehabilitasi fisik
- d. Klien dengan tirah baring lama

2.3.5 Kontraindikasi Umum

- a. Thrombus/embolu pada pembuluh darah
- b. Kelainan sendi atau tulang
- c. Klien fase imobilisasi karena kasus penyakit jantung

- d. *Attention* monitor keadaan umum klien dan tanda-tanda vital sebelum dan sesudah latihan.

2.3.6 Prinsip Latihan *Range of Motion* (ROM)

Adapun prinsip latihan ROM, diantaranya :

- a. ROM harus diulang sekitar 8 kali dan dikerjakan minimal 2 kali sehari
- b. ROM di lakukan bertahan dan hati-hati sehingga tidak melelahkan pasien
- c. Bagian-bagian tubuh yang dapat di lakukan latihan ROM adalah leher, jari, lengan, siku, bahu, tumit, kaki, dan pergelangan kaki.
- d. ROM dapat di lakukan pada semua persendian atau hanya pada bagian-bagian yang dicurigai mengalami proses penyakit.
- e. Melakukan ROM harus sesuai waktunya. Misalnya setelah mania tau perawatan rutin telah dilakukan.

2.3.7 Jenis-jenis *Range of Motion* (ROM)

ROM dibedakan menjadi dua jenis, yaitu :

1. ROM aktif

ROM aktif yaitu gerakan yang dilakukan oleh seseorang (pasien) dengan menggunakan energi sendiri. Perawat memberikan motivasi, dan membimbing klien dalam melaksanakan pergerakan sendiri secara mandiri sesuai dengan rentang gerak sendi normal (klien aktif). Kekuatan otot 75%.

2. ROM pasif

ROM pasif yaitu energi yang dikeluarkan untuk latihan berasal dari orang lain (perawat) atau alat mekanik. Perawat melakukan gerakan persendian klien sesuai dengan rentang gerak yang normal (klien pasif). Kekuatan otot 50%.

2.3.8 Tahapan Gerakan ROM

Tahapan gerakan ROM ada beberapa macam menurut Setiadi & Dedi (2020), yaitu:

Tabel 2.4 Gerakan Range of Motion (ROM)

Gerakan	Penjelasan	Rentang
Leher		
Fleksi	Menggerakkan dagu menempel ke dada.	Rentang 45°
Ekstensi	Mengembalikan kepala keposisi tegak.	Rentang 45°
Hyperekstensi	Menekuk kepala kebelakang sejauh mungkin.	Rentang 40-45°
Fleksi lateral	Memiringkan kepala sejauh mungkin kearah setiap bahu.	Rentang 40-45°
Rotasi	Memutar kepala sejauh mungkin dalam gerakan sirkuler.	Rentang 45°
Bahu		
Ekstensi	Mengembalikan lengan keposisi di samping tubuh.	Rentang 180°
Hiperekstensi	Menggerakkan lengan kebelakang tubuh, siku tetap lurus.	Rentang 45-60°
Abduksi	Menaikkan lengan posisi samping di atas kepala dengan telapak tangan jauh dari kepala.	Rentang 180°
Adduksi	Menurunkan lengan kesamping dan menyilang tubuh sejauh mungkin	Rentang 320°

Rotasi dalam	Dengan siku fleksi, memutar bahu dengan menggerakkan lengan sampai ibu jari menghadap ke dalam dan ke belakang.	Rentang 90°
Fleksi	Menaikkan lengan dari posisi di samping tubuh ke depan ke posisi di atas kepala.	Rentang 180°
Rotasi luar	Dengan siku fleksi, menggerakkan lengan sampai ibu jari ke atas dan samping kepala.	Rentang 90°
Sirkumduksi	Menggerakkan lengan dengan lingkaran penuh.	Rentang 360°
Siku		
Fleksi	Menggerakkan siku sehingga lengan bahu bergerak kedepan sendi bahu dan tangan sejajar bahu.	Rentang 150°
Ekstensi	Meluruskan siku menurunkan tangan.	Rentang 150°
Lengan Bawah		
Supinasi	Memutar lengan bawah dan tangan sehingga telapak tangan menghadap keatas.	Rentang 70-90°
Pronasi	Memutar lengan bawah sehingga telapak tangan menghadap ke bawah.	Rentang 70-90°
Pergelangan Tangan		
Fleksi	Menggerakkan telapak tangan kesisi bagian dalam lengan bawah.	Rentang 80-90°
Ekstensi	Menggerakkan jari – jari tangan sehingga jari – jari, tangan, lengan bawah berada dalam arah yang sama.	Rentang 80-90°
Hiperkesktensi	Membawa permukaan tangan dorsal kebelakang sejauh mungkin.	Rentang 89-90°
Abduksi	Menekuk pergelangan tangan miring ke ibu jari.	Rentang 30°
Jari – Jari Tangan		
Fleksi	Membuat genggamannya.	Rentang 90°
Ekstensi	Meluruskan jari – jari tangan kebelakang sejauh mungkin.	Rentang 90°

Hiperekstensi	Meregangkan jari – jari tangan kebelakang sejauh mungkin.	Rentang 30-60°
Abduksi	Meregangkan jari – jari tangan yang satu dengan yang lain.	Rentang 30°
Adduksi	Merapatkan kembali jari – jari tangan	Rentang 30°
Ibu Jari		
Fleksi	Menggerakkan ibu jari menyilang permukaan telapak tangan.	Rentang 90°
Ekstensi	Menggerakkan ibu jari lurus menjauh dari tangan.	Rentang 90°
Abduksi	Menjauhkan ibu jari kedepan tangan.	Rentang 30°
Adduksi	Menggerakkan ibu jari ke depan tangan.	Rentang 30°
Oposisi	Menyentuh ibu jari ke setiap jari –jari tangan pada tangan yang sama.	
Panggul		
Ekstensi	Menggerakkan kembali kesamping tungkai yang lain.	Rentang 90-120°
Hiperekstensi	Menggerakkan tungkai kebelakang tubuh.	Rentang 30-50°
Abduksi	Menggerakkan tungkai kesamping tubuh.	Rentang 30-50°
Adduksi	Menggerakkan tungkai kembali keposisi media dan melebihi jika mungkin.	Rentang 30-50°
Rotasi dalam	Memutar kaki dan tungkai kearah tungkai lain.	Rentang 90°
Rotasi luar	Memutar kaki dan tungkai menjauhi tungkai lain.	Rentang 90°
Sirkumduksi	Menggerakkan tungkai melingkar.	-
Lutut		
Fleksi	Merakkan tumit kearah belakang paha.	Rentang 120-130°

Ekstensi	Mengembalikan tungkai kelantai.	Rentang 120-130°
Mata Kaki		
Dorsi fleksi	Menggerakkan kaki sehingga jari – jari kaki menekuk keatas.	Rentang 20-30°
Plantar fleksi	Menggerakkan kaki sehingga jari –jari kaki menekuk ke bawah.	Rentang 45-50°
Inversi	Memutar telapak kaki kesamping dalam.	Rentang 10°
Eversi	Memutar telapak kaki kesamping Luar	Rentang 10°
Jari – Jari Kaki		
Fleksi	Menekukkan jari- jari ke bawah.	Rentang 30-60°
Ekstensi	Meluruskan jari – jari kaki.	Rentang 30-60°

2.4 Evidence Based Practice (EBP)

2.4.1 Pengaruh *Range Of Motion* (ROM) Pada Penyakit Stroke

Faridah et al. (2022), mengatakan bahwa mekanisme kontraksi dapat meningkatkan otot polos pada ekstremitas. Latihan ROM pasif dapat menimbulkan rangsangan, sehingga meningkatkan aktivasi neuromuskular dan kimia otot. Rangsangan neuromuskular akan meningkatkan rangsangan serabut saraf otot tungkai terutama saraf parasimpatis merangsang produksi asetilkolin yang menyebabkan terjadinya kontraksi. Melalui mekanisme otot terutama otot polos tungkai akan meningkatkan metabolisme kartilago posterior dan menghasilkan ATP yang digunakan oleh otot polos tungkai sebagai energi kontraksi untuk meningkatkan tegangan otot polos tungkai dan anggota badan. Pengaruh latihan ROM terhadap kekuatan otot pasien

stroke ditentukan dengan melihat hasil penelitian dan hasil uji T, serta diperoleh pengaruh nilai rata-rata sebelum dan sesudah perlakuan. Hasil penelitian ini memperkuat upaya pemberian asuhan pada pasien stroke yang terdiagnosis asuhan terkait gangguan aktivitas fisik. Menderita hemiplegia/hemiplegia (Padila, 2016). Salah satu intervensi keperawatan yang dapat dilakukan adalah perawat menggunakan latihan rentang gerak pasif yang melibatkan pasien dan keluarganya sehingga mendapatkan hasil yang terbaik.

Berdasarkan Daulay et al. (2021), yang melakukan penelitian tentang “Pengaruh Latihan *Range of motion* (ROM) Pasif Terhadap Kekuatan Otot dan Rentang Gerak Sendi Ekstremitas Pada Pasien Pasca Stroke” hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh latihan ROM pasif terhadap kekuatan otot dengan p-value sebesar 0,001 pada ekstremitas atas dan pvalue sebesar 0,001 pada ekstremitas bawah. Hasil penelitian juga menunjukkan adanya pengaruh latihan ROM pasif terhadap rentang gerak sendi dengan p-value sebesar 0,001 pada ekstremitas atas dan p-value sebesar 0,001 pada ekstremitas bawah.

Berdasarkan hasil penelitian Park (2021), tentang “*Effects of Walking With Talus-Stabilizing Taping on Passive Range of Motion, Timed Up and Go, Temporal Parameters of Gait, and Fall Risk in Individuals With Chronic Stroke:*” dengan desain penelitian *A Cross-sectional Study* dengan rancangan uji coba terkontrol secara acak. Sampel penelitian berjumlah 24 pasien pasca stroke berpartisipasi

dalam penelitian ini. Para peserta diacak menjadi grup kontrol (n = 12) dan grup self-MWM (n = 12). Evaluasi terakhir setelah 8 minggu pelatihan, kelompok self-MWM menunjukkan peningkatan yang lebih besar dalam rentang gerak pasif dorsofleksi pergelangan kaki dibandingkan kelompok kontrol ($p < 0,05$).

Sejalan dengan penelitian Hosseini et al.(2019), tentang “*The Effect of Early Passive Range of motion Exercise on Motor Function of People with Stroke: a Randomized Controlled Trial*” dengan studi uji coba terkontrol secara acak. Pasien dengan stroke iskemik pertama stroke dialokasikan secara acak ke kelompok eksperimen (n=33) atau kontrol (n=19). Latihan rentang gerak pasif dilakukan pada kelompok eksperimen selama 48 jam pertama masuk dengan 6 – 8 kali latihan selama 30 menit. Sebelum intervensi, dan setelah 1 dan 3 bulan dilakukan intervensi, fungsi motorik diukur dengan skala penilaian kekuatan otot (skala Oxford) dan dibandingkan. Hasil penelitian ini juga menunjukkan setelah intervensi pada kelompok eksperimen dibelikan terdapat perbaikan yang signifikan fungsi motorik antara bulan pertama dan ketiga pada ekstremitas atas dan bawah.

Diperkuat dengan hasil penelitian Deva & Widowati (2022), tentang “Pengaruh Latihan *Range of motion* Terhadap Kekuatan Otot Pada Lansia Stroke Non Hemoragik Di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1 & 3”. Hasil penelitian menunjukkan latihan *range of motion* (ROM) aktif yang terprogram dan dilakukans secara

berkesinambungan dan teratur dapat memberikan hasil yang optimal, karena semakin seringnya sendi digerakkan secara teratur dengan teknik yang tepat dan perlahan, maka dapat meningkatkan kekuatan otot dan respon syaraf pada penderita stroke non hemoragik pada ekstremitas bawah yang awalnya kurang menjadi baik kekuatan ototnya terdapat pengaruh antara latihan *range of motion* terhadap kekuatan otot pada lansia stroke non hemoragik. Sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh antara latihan *range of motion* terhadap kekuatan otot pada pasien stroke non hemoragik.

Dari beberapa hasil penelitian diatas bahwa pemberian latihan *range of motion* efektif dalam perbaikan masalah gangguan mobilitas fisik terhadap kekuatan otot pada pasien stroke infark atau non hemoragik.

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 TINJAUAN KASUS

3.1.1 PENGKAJIAN

3.1.1.1 Identitas Klien

Nama	: Tn. E
Umur	: 71 Tahun
Jenis Kelamin	: Laki-Laki
Alamat	: Rajajali, Pameungpeuk
Status Perkawinan	: Menikah
Agama	: Islam
Suku	: Sunda
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Petani
No. RM	: 013553985
Diagnosa medis	: Stroke Infark
Tanggal Masuk RS	: 19 Maret 2023
Tanggal Pengkajian	: 22 Maret 2023

3.1.1.2 Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Ny. B
Umur	: 34 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan

Alamat : Sintok, Darajat
Pendidikan : SMP
Pekerjaan : IRT
Hubungan dg Klien : Anak

3.1.1.3 Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama

Klien mengeluh lemas pada ekstremitas kanan

2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 22 Maret 2023 klien mengeluh lemas pada ekstremitas kanan atas dan bawah. Keluhan dirasakan sejak 5 hari lalu pada saat klien sedang bertani. Lemas dirasakan pada bagian lengan dan kaki kanan, klien mengatakan lengan dan kaki sebelah kanannya terasa berat saat ingin digerakan. Klien juga berbicara sedikit pelo dan terkadang merasa pusing.

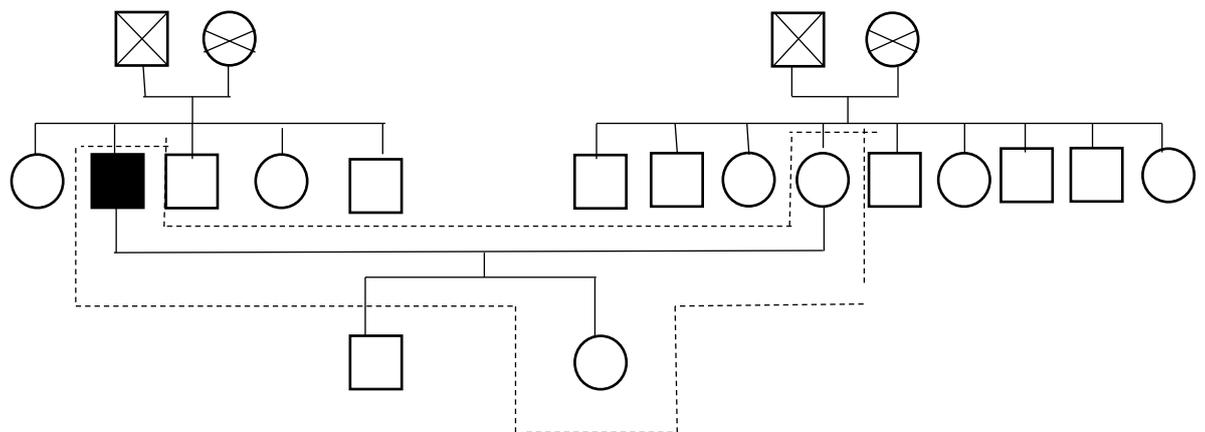
3. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan tidak pernah mengalami sakit seperti ini sebelumnya, klien tidak mengetahui mempunyai riwayat hipertensi/kolesterol karena jarang melakukan pemeriksaan. Tetapi klien mengatakan sering merasa pusing dan selalu minum obat dari warung saja.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan dalam keluarganya ada yang mempunyai riwayat hipertensi yaitu orang tua klien dan ada yang mempunyai riwayat DM yaitu istri klien.

Genogram



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

----- : tinggal serumah

|—| : Menikah

|—| : Anak Kandung

5. Riwayat Alergi

Klien mengatakan tidak mempunyai alergi terhadap apapun.

6. Kebiasaan

Klien mengatakan sehari-hari klien bertani di ladang (kebun dan sawah), klien juga merupakan perokok aktif yang setiap harinya sering merokok tembakau atau rokok.

3.1.1.4 Pola Kesehatan Fungsional Gordon

a. Pemeliharaan kesehatan

Klien sebelumnya tidak pernah mengalami sakit yang parah dan sampai dirawat di pelayanan kesehatan seperti saat ini, klien hanya sering mengeluh pusing dan hanya meminum obat dari warung. Klien jarang memeriksakan kesehatannya ke pelayanan kesehatan.

b. Nutrisi Metabolik dan Kebutuhan Cairan

BB : 68 kg

TB : 167 cm

$$- \text{IMT} : \frac{kg}{TB^2} = \frac{68}{(1,67)^2} = 24,38$$

- Kebutuhan Kalori

1) Saat Sehat

$$\text{Keb.EMB} = 1 \text{ Kal} \times \text{BB} \times 24 = 1.632 \text{ kalori}$$

$$\text{AMB} + \text{Aktivitas fisik} = 1.632 + 2,10 = 1634,1 \text{ kalori}$$

2) Saat Sakit

$$\text{Keb.EMB} = 1 \text{ Kal} \times \text{BB} \times 24 = 1.632 \text{ kalori}$$

$$\text{AMB} + \text{Aktivitas fisik} = 1.632 + 1,30 = 1633,3 \text{ kalori}$$

- Kebutuhan Cairan

$$10 \text{ kg pertama} = 1 \text{ liter} = 1000 \text{ ml}$$

10 kg kedua = 0,5 liter = 500 ml

48 kg = 20 x 48 kg = 960 ml

Jadi, kebutuhan cairan klien 1000 ml + 500 ml + 960 ml = 2.460 ml

3.1.1.5 Aktivitas sehari-hari (activity daily living)

Tabel 3.1 Aktivitas Sehari-hari

No	ADL	Sehat	Sakit
1	Pola Makan		
	<ul style="list-style-type: none"> • Kebutuhan kalori • Jenis • Frekuensi • Porsi • Diet khusus • Makanan disukai • Kesulitan menelan • Nafsu makan • Usaha mengatasi masalah 	<ul style="list-style-type: none"> Nasi lembek, lauk, sayur 2-3x/hari 1-2 porsi Tidak ada Sate Tidak ada Baik Tidak ada 	<ul style="list-style-type: none"> Bubur, lauk, sayur 3x/hari 1 porsi habis Tidak ada Sate Tidak ada Sedikit berkurang Makan selagi hangat dan perlahan
2	Pola Minum		
	<ul style="list-style-type: none"> • Jenis minum • Frekuensi • Jumlah • Kebutuhan cairan • Pantangan • Minuman yang disukai • Usaha mengatasi masalah 	<ul style="list-style-type: none"> Air putih, kopi, teh ± 8 x/hari 250 ml/ 1 x minum 2460 mm Tidak ada Kopi Tidak ada 	<ul style="list-style-type: none"> Air putih ± 5 x/hari ± 100 ml/ 1 x minum 2460 ml Minuman berkafein Tidak ada Tidak ada
3	ELIMINASI		
	BAK		
	<ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi • Warna • Jumlah output • Keluhan 	<ul style="list-style-type: none"> 5x/hari Kuning khas urin Tidak terkaji Tidak ada 	<ul style="list-style-type: none"> Menggunakan selang kateter Kuning khas urin 600 ml Tidak ada
	BAB		
	<ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi • Konsistensi • Warna • Kesulitan 	<ul style="list-style-type: none"> 1-2x/hari Padat Kuning kecoklatan Tidak ada 	<ul style="list-style-type: none"> 1 x sejak masuk RS Padat Kuning kecoklatan Tidak ada

Ket.: 0 = Mandiri

1 = Alat bantu

2 = Dibantu orang lain

3 = Dibantu orang lain – alat

4 = Tergantung/tidak mampu

3.1.1.7 Pola Persepsi Kognitif

Bicara : Sedikit pelo

Bahasa : Sunda

Kemampuan membaca : Bisa dan baik

Kemampuan berinteraksi : Baik tetapi sedikit kesulitan bicara

3.1.1.8 Pola Konsep Diri

a. Gambaran Diri

Klien mengatakan dirinya bertubuh tinggi dan berkulit gelap, klien juga mengatakan bahwa sekarang tubuhnya tidak bugar lagi seperti sebelumnya.

b. Ideal Diri

Klien mengatakan ingin segera sembuh dan dapat beraktifitas seperti bisaanya

c. Harga Diri

Klien tidak merasa minder dengan keadaan yang sekarang dan tampak selalu kooperatif terhadap perawatan yang diberikan.

d. Identitas Diri

Selama ini klien mengenali dirinya sebagai seorang laki-laki dan berpenampilan dengan sesuai

e. Peran Diri

Selama ini klien berperan sebagai kepala keluarga, seorang suami, ayah dan kakek.

3.1.1.9 Pola Peran dan Hubungan

Keluarga klien mengatakan klien mampu berinteraksi dan mengenal lingkungan dengan baik, klien ramah dengan keluarga dan lingkungan sekitarnya.

3.1.1.10 Pola Reproduksi dan seksual

Tidak terkaji

3.1.1.11 Pola Pertahanan Diri atau Koping

Keluarga klien mengatakan klien bila ada masalah selalu membicarakan dengan keluarga

3.1.1.12 Pola Keyakinan dan Nilai

Keluarga klien mengatakan semasa sehat klien rajin beribadah ke masjid dan selalu sholat 5 waktu dengan tepat waktu dan tampak selalu berdo'a atas kesembuhannya.

3.1.1.13 Pemeriksaan Fisik

a. Penampilan Umum

- Kondisi umum : lemah
- Tingkat Kesadaran : Composmentis GCS 15 (E:4 V:5 M:6)

- Tekanan Darah : 179/80 mmHg
- Nadi : 60x/mnt
- Respirasi : 23x/mnt
- Saturasi : 98%
- Suhu : 36,9°C

b. Pemeriksaan Fisik Per Sistem

1) Sistem Pernapasan

Hidung tampak simetris, tidak ada sumbatan, septum ada, lesi tidak ada, tidak ada pernafasan cuping hidung, pengembangan paru-paru simetris, lesi tidak ada, RR = 23x/menit, SPO2 = 98%. Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran sinus, tidak ada krepitasi, taktil fremitus teraba kanan dan kiri sama, terdengar hasil perkusi dengan suara sonor, bunyi nafas vesikuler dan tidak ada bunyi nafas tambahan.

2) Sistem Kardiovaskuler

Bentuk dada klien tampak simetris, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, tidak ada krepitasi, nadi kuat, N = 98x/menit, CRT < 2 detik, hasil perkusi redup dan bunyi jantung regular dengan TD: 179/80 mmHg.

3) Sistem Pencernaan

Mukosa bibir kering, gigi tampak ada karies dan sudah tidak komplis, leher simetris, tidak ada lesi, abdomen datar dan simetris, tidak ada lesi, bising usus 10x/menit, tidak ada nyeri tekan di bagian

perut, tidak ada pembesaran tiroid, tidak ada pembesaran organ dan timpani.

4) Sistem persyarafan

I. Nervus Olfaktorius (Penciuman)

Kemampuan penciuman baik

II. Nervus Optikus (Ketajaman penglihatan dan lapang pandang)

Klien dapat melihat dengan baik namun buram melihat dengan jarak >6 meter

III. Nervus Okulomotorius (Mengkaji ukuran pupil)

Pupil isokor, bulat dan pupil mengecil saat terkena cahaya

IV. Nervus Trochlearis (Gerakan mata)

Klien dapat menggerakkan mata sesuai perintah

V. Nervus Trigeminus (Saraf sensori dan motorik : membuka mulut)

Klien dapat membuka mulut dengan baik

VI. Nervus Abducent (Mengontrol pergerakan mata)

Klien dapat menggerakkan mata dengan baik dan terkontrol

VII. Nervus Fasialis : sensori dan motorik (mengerutkan dahi, menutup mata, meringis, memperlihatkan gigi, bersiul)

Bagian wajah kanan klien tampak tidak simetris dengan bagian wajah sebelah kiri. Bagian wajah sebelah kanan tampak sedikit turun dari bagian kiri.

VIII. Nervus Vestibulokoklearis : Pendengaran

Klien dapat mendengar dengan baik, terbukti ketika berkomunikasi dapat merespon dengan baik.

IX. Nervus Glosafaringeal : daya mengecap dan reflek muntah

Daya mengecap baik dan tidak ada reflek muntah

X. Nervus Vagus : bersuara dan menelan

Klien bersuara sedikit pelo tidak jelas, fungsi menelan baik tidak ada kesulitan menelan.

XI. Nervus Aksesorius : kekuatan otot

Klien mengalami kelemahan otot pada ekstremitas bagian kanan

0	5
1	5

XII. Nervus Hipoglasus (mengeluarkan lidah)

Klien dapat menjulurkan lidahnya, namun tampak tidak simetris dan tidak bisa maksimal

5) Sistem Perkemihan

Terpasang kateter urine, warna urin kuning jernih, jumlah output 600 ml sejak pukul 21.00 – 08.00 WIB serta kandung kemih teraba lembek (kosong)

6) Sistem integument

Warna kulit kecoklatan, tidak ada sianosis atau ikterik, tidak ada pembengkakan atau lesi sarkoma teraba hangat, kulit sedikit kasar dan turgor < 3 detik.

7) Sistem muskuloskeletal

Kekuatan otot $\frac{0}{1} \mid \frac{5}{5}$ dan sendi klien tampak kaku

8) Sistem Endokrin

Tidak ada benjolan dan edema, tidak ada pembesaran kelenjar,
tidak ada distensi vena jugularis dan tidak ada pembesaran tiroid

9) Sistem reproduksi dan genetalia

Klien mengatakan tidak ada masalah pada system reproduksinya

3.1.1.14 Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium : 20 Maret 2023

Tabel 3.3 Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Flag/satuan	Nilai Normal
HEMATOLOGI			
Hemoglobin	10,1	g/dL	13-18
Hematokrit	45	%	35-47
Jumlah Leukosit	12.900	/mm ³	3.800-10.600
Jumlah Trombosit	271.000	/mm ³	150,000-440,000
Jumlah Eritrosit	5,40	Juta/mm ³	4,5 – 6,5
MCV	84	Fi	80 – 100
MCH	30	Pg/cel	26 - 34
MCHC	36	g/dl	31 – 37
Hitung Jenis			
Basophil	0	%	0 – 1
Eosinophil	1	%	1 – 6
Batang	0	%	3 – 5
Neutrophil	81	%	50 – 70
Limfosit	8	%	30 45
Monosit	10	%	2 – 10
KIMIA KLINIK			
GDS	167	Mg/dl	< 140
Ureum	17	Mg/dl	20-40
Kreatinin	0,84	Mg/dl	0,7-1.3
SGOT	22	U/L	0-37
SGPT	21	U/L	<50
Paket Elektrolit			
Natrium	141	mEq/L	135-145
Kalium	3.2	mEq/L	3.6-5.5

Clorida	105	mEq/L	98-108
Calsium	4.37	mEq/L	4.7-5.2

b. Pemeriksaan CT-Scan Kepala tanpa kontras :20 Maret 2023

Hasil pemeriksaan :

Tampak lesi hipodens batas kurang tegas di ganglia basalis kiri dan kapsula eksterna kiri.

Kesan : Infark selebri a.r ganglia basalih kiri dan capsula eksterna kiri

c. Pemeriksaan Radiologi Thorax AP : 20 Maret 2023

Hasil pemeriksaan :

Cor dan pulma tampak normal

3.1.1.15 Terapi Farmakologi

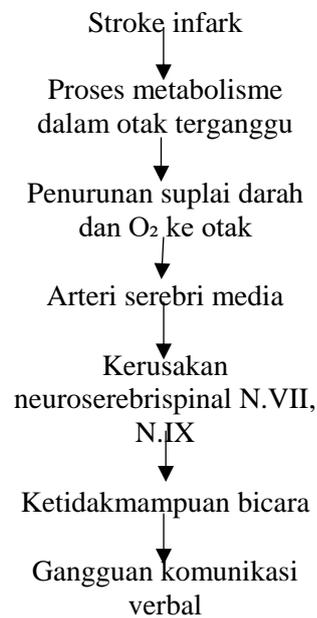
Tabel 3.4 Terapi Farmakologi

Nama Obat	Rute	Pemberian	Riwayat/Keterangan Obat
Infus Asering	IV	20 tpm	Untuk terapi pengganti cairan dan menjaga keseimbangan elektrilit
Citicoline	IV	2 x 1 g	Untuk mengatasi gangguan memori atau perilaku yang disebabkan oleh penuaan, stroke atau cedera kepala
Omeprazole	IV	2 x 40 g	Untuk mengatasi asam lambung berlebih dan keluhan yang mengikutinya
Mecobalamin	IV	2 x 500 µg	Untuk mengatasi kekurangan B12 yang baik untuk menjaga kesehatan sistem saraf
Candesartan	Oral	1 x 8 mg	Untuk menurunkan tekanan darah pada hipertensi dan mencegah gagal jantung
Amlodipine	Oral	1 x 10 mg	Untuk menurunkan tekanan darah tinggi, membantu mencegah stroke dan serangan jantung
Atorvastatin	Oral	1 x 20 mg	Untuk meningkatkan kolesterol baik (HDL) dalam tubuh

3.1.1.16 Analisa Data

Tabel 3.5 Analisa Data

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM				
1	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh ekstremitas kanan lemas dan tidak bisa digerakkan - Keluarga klien mengatakan seluruh kebutuhan klien harus dibantu <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lemah - Tampak hambatan dalam melakukan ADL sehingga perlu dibantu - Ekstremitas kanan tidak bisa digerakkan - Sendi tampak kaku - Kekuatan otot <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table>	0	5	1	5	<p>Faktor pencetus/etiologi :</p> <p>Thrombosis selebri, emboli</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Penimbunan lemak/kolesterol yang meningkat dalam darah</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Lemak yang sudah nekrotik dan berdegenerasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Penyempitn pembuluh darah (oklusi vaskuler)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Aliran darah terhambat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Eritrosit bergumpal, endotel rusak</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Edema serebral</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Disfungsi N.XI (acesorius)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Penurunan fungsi motorik dan muskuloskeletal</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Gangguan mobilitas fisik</p>	<p>Gangguan Mobilitas Fisik (SDKI D.0119)</p>
0	5						
1	5						
2	<p>DS : klien mengatakan terasa berat saat berbicara</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bicara klien sedikit pelo - Klien tampak sulit menyusun kalimat/mengungkapkan kata-kata - Klien dapat menjulurkan lidah namun tidak maksimal - Wajah bagian kanan klien tampak tidak simetris dengan wajah bagian kiri 	<p>Faktor pencetus/etiologi :</p> <p>Thrombosis selebri, emboli</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Penimbunan lemak/kolesterol yang meningkat dalam darah</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Lemak yang sudah nekrotik dan berdegenerasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Arteriosklerosis</p>	<p>Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)</p>				

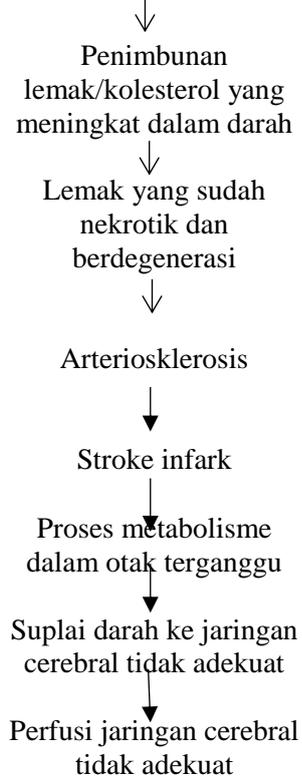


3 DS : Klien mengeluh lemas ekstremitas kiri dan bicara sedikit rero klien juga terkadang mengeluh pusing

DO :

- GCS : 15 Compos Mentis
- TD : 179/80 mmHg
- MAP : 113 mmHg
- CPP : 98 mmHg
- Suhu : 36,9°C
- Nadi : 60 xmenit
- RR : 23 x/menit
- SpO₂ : 98%
- Bagian wajah kanan tampak tidak simetris dengan wajah bagian kiri
- Klien dapat menjulurkan lidah namun tidak simetris dan tidak maksimal
- Hasil CT-Scan kepala menunjukkan terdapat infark serebri a.r ganglia basalis kiri dan capsula eksterna kiri

Faktor pencetus/etiologi :
Thrombosis selebri,
emboli



Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (SDKI D.0017)

3.1.2 DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, ditandai dengan :

DS :

- Klien mengeluh ekstremitas kanan lemas dan tidak bisa digerakkan
- Keluarga klien mengatakan seluruh kebutuhan klien harus dibantu

DO :

- Klien tampak lemah
- Tampak hambatan dalam melakukan ADL sehingga perlu dibantu
- Ekstremitas kanan tidak bisa digerakkan
- Kekuatan otot

0	5
1	5

- Sendi tampak kaku

2. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, ditandai dengan :

DS : klien mengatakan terasa berat saat berbicara

DO :

- Bicara klien sedikit pelo
- Klien tampak sulit menyusun kalimat/ mengungkapkan kata-kata
- Klien dapat menjulurkan lidah namun tidak maksimal

- Wajah bagian kanan klien tampak tidak simetris dengan wajah bagian kiri

3. Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan :

DS : Klien mengeluh lemas ekstremitas kiri dan bicara sedikit rero klien juga terkadang mengeluh pusing

DO :

- GCS : 15 Compos Mentis
- TD : 179/80 mmHg
- MAP : 113 mmHg
- CPP : 98 mmHg
- Suhu : 36,9°C
- Nadi : 60 xmenit
- RR : 23 x/menit
- SpO2 : 98%
- Bagian wajah kanan tampak tidak simetris dengan wajah bagian kiri
- Klien dapat menjulurkan lidah namun tidak simetris dan tidak maksimal
- Hasil CT-Scan kepala menunjukkan terdapat infark serebri a.r ganglia basalis kiri dan capsula eksterna kiri

3.1.3 INTERVENSI KEPERAWATAN

Tabel 3.6 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
1	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (SDKI D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 7 jam, diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan kriteia hasil: (SLKI L.05042) 1. Pergerakan ektermitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak ROM meningkat 4. Kaku sendi menurun 5. Kelemahan fisik menurun	(Dukungan Mobilisasi I.05173) Observasi: 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Montor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur) 6. Latih terapi <i>Range Of Motion</i> (ROM) pasif 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilitasi 9. Ajarkan latihan <i>Range Of Motion</i> (ROM) pasif pada keluarga	1. Untuk mengetahui adanya nyeri pada klien 2. Untuk mengetahui sejauh mana klien dapat melakukan pergerakan 3. Untuk mengetahui kondisi yang memungkinkan untuk dilakukan latihan mobilisasi 4. Untuk mengetahui kondisi umum klien 5. Untuk memudahkan klien melakukan pergerakan 6. Untuk meningkatkan dan mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot 7. Untuk mengetahui dan dapat mengerti tujuan diberikan mobilisasi

				8. Untuk memberikan informasi pentingnya mobilisasi bagi klien 9. Untuk memberikan pengetahuan keluarga agar bisa dilakukan secara mandiri
2	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (SDKI D.0119)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 7 jam, diharapkan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil : (L.13118) 1. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat 2. Pelo menurun 3. Gagap menurun	Promosi Komunikasi : Defisif Bicara (I.13492) Observasi 1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara. 2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran, dan bahasa) Terapeutik 3. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer) 4. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan	1. Untuk melihat gangguan komunikasi pada klien 4. Untuk mengetahui proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara 5. Untuk bisa memahami apa yang disampaikan klien 6. Untuk mempermudah klien ketika diajak berkomunikasi 7. Untuk mengkonfirmasi apa yang disampaikan klien benar 8. Agar ucapan klien lebih jelas dan melatih artikulasi klien

			komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)	9. Untuk memperbaiki dan meningkatkan kemampuan komunikasi dari segi bahasa maupun bicara
			5. Ulangi apa yang disampaikan pasien	10. Untuk mempercepat penyembuhan
			Edukasi	
			6. Anjurkan berbicara perlahan	
			7. Ajarkan terapi vokal	
			8. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara	
3	Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan penurunan sirkulasi darah ke otak (SDKI D.0017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 7 jam, diharapkan perfusi serebral meningkat, dengan kriteia hasil: (SLKI L.02014)	(Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial L.09325) Observasi:	
		1. Tingkat kesadaran meningkat	1. Identifikasi peningkatan TIK (mis, lesi, gangguan metabolisme, edema serbral)	1. Untuk mengetahui peningkatan TIK
		2. Tekanan intrakranial menurun	2. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK(mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola nafas ireguler, kesadran menurun)	2. Untuk mengetahui potensi peningkatan TIK
		3. Sakit kepala menurun	3. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure)	3. Untuk pemantauan peningkatan TIK
		4. Gelisah	4. Monitor CPP	4. Berguna untuk penatalaksanaan adanya gangguan perfusi pada serebral
		5. Nilai tekanan darah membaik	5. Monitor status pernafasan	5. Untuk pemantauan pola pernapasan klien dan kebutuhan O2
			6. Monitor intake dan output cairan	
			Teurapeutik:	
			7. Minimalkan stimulus dengan	6. Untuk mengetahui

menyediakan lingkungan yang tenang	adanya tanda-tanda dehidrasi dan
8. Berikan posisi semi fowler	mencegah terjadinya syok hipovolemik
9. Pertahankan suhu tubuh normal	7. Untuk memberikan ketenangan dan nyaman untuk klien
10. Berikan terapi obat sesuai advice dokter	8. Posisi semi fowler untuk membantu menurunkan TIK, menjaga MAP tidak meningkat dan memperbaiki aliran balik jantung
- Citicoline 1 x 1g/ IV	9. Suhu tubuh yang normal tidak membuat cara kerja otak menjadi berat dan tubuh akan menjadi rileks dengan suhu yang normal
- Omeprazole 1 x 40 g/ IV	10. Sebagai terapi untuk menghambat reabsorpsi air dan natrium dan meningkatkan osmolaritas darah dan jantung
- Mecobalamin 1x 500 µg/ IV	
- Atorvastatin 1 x 20 mg/ Oral	
- Candesartan 1 x 8 mg/ Oral	
- Amlodipine 1 x 10 mg/ Oral	

3.1.4 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari/ Tanggal : Rabu, 22 Maret 2023

Tabel 3.7 Implementasi Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	WAKTU	IMPLEMENTASI	PARAF
1	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (SDKI D.0054)	10.00	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya R : klien tidak mengeluh ada nyeri pada ekstremitasnya - Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan mobilisasi R : ekstremitas kanan klien tidak bisa digerakkan, tangan kanan klien tidak bisadigerakkan sama sekali sedangkan kaki kanan hanya bisa digerakan jari-jarinya saja - Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi R : 80 x/menit - Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu R : pagar tempat tidur digunakan klien untuk menggeserkan tubuh atau untuk merubah posisi miring 	Lia
		10.05	<ul style="list-style-type: none"> - Melatih ROM pasif R : klien mampu dilatih ROM pasif - Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi R : kondisi klien dalam keadaan stabil dan baik 	
		10.10	<ul style="list-style-type: none"> - Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi R : klien selalu memperhatikan dan membantu klien - Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi R : klien dan keluarga mengerti dengan tujuan dilakukan latihan ROM 	

2	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (SDKI D.0119)	10.20	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara. R : bicara klien lambat dan kurang jelas - Menggunakan metode komunikasi alternatif. R : dilakukan jika bicara klien sulit dipahami - Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan R : bicara dengan klien secara perlahan - Mengulangi apa yang disampaikan pasien R : klien mengerti dan membenarkan pengulangan 	Lia
		10.25	<ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan berbicara perlahan dengan terapi vokal "AIUEO" R : klien dapat mengikuti terapi vokal dengan baik 	
3	Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan penurunan sirkulasi darah ke otak (SDKI D.0017)	08.00	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi peningkatan TIK (mis, lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) R : ditemukan infark serebral - Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK(mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola nafas ireguler, kesadaran menurun) R : <ul style="list-style-type: none"> - GCS : 15 Compos Mentis - TD : 179/80 mmHg - Suhu : 36,9°C - Nadi : 60 xmenit - SpO2 : 98% 	Lia
		08.15	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor MAP (Mean Arterial Pressure) R : nilai MAP 113 mmHg - Memonitor CPP R : 98 mmHg - Memonitor status pernafasan 	

	08.30	<p>R : pernapasan vesikuler, tidak ada suara napas tambahan dengan RR : 23 x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang <p>R : membatasi jumlah pengunjung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan posisi semi fowler <p>R : posisi semi fowler 30° telah diberikan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan terapi obat <p>R : Citicoline 1 x 1g Omeprazole 1 x 40 g Mecobalamin 1x 500 µg Atorvastatin 1 x 20 mg Candesartan 1 x 8 mg</p>
--	-------	---

Hari/ Tanggal : Kamis, 23 Maret 2023

No	DIAGNOSA KEPERAWATAN	WAKTU	IMPLEMENTASI	PARAF
1	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (SDKI D.0054)	14.40 16.00	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya <p>R : klien tidak mengeluh ada nyeri pada ekstremitasnya</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan mobilisasi <p>R : ekstremitas kanan klien masih tidak bisa digerakkan, tangan kanan klien tidak bisadigerakkan sama sekali sedangkan kaki kanan hanya bisa digerakan jari-jarinya saja</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi <p>R : 85 x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu <p>R : pagar tempat tidur digunakan klien untuk menggeserkan tubuh atau untuk merubah posisi miring</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melatih ROM pasif 	

		16.00	R : klien mampu dilatih ROM pasif - Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi R : kondisi klien dalam keadaan stabil dan baik	Lia
		16.10	- Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi R : klien selalu memperhatikan dan membantu klien	
2	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (SDKI D.0119)	16.00	- Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara. R : bicara klien masih lambat namun sudah bertambah jelas - Menggunakan metode komunikasi alternatif. R : dilakukan jika bicara klien sulit dipahami - Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan R : bicara dengan klien secara perlahan	Lia
		16.20	- Mengulangi apa yang disampaikan pasien R : klien mengerti dan membenarkan pengulangan - Mengajukan berbicara perlahan dengan terapi vokal "AIUEO" R : klien dapat mengikuti terapi vokal dengan baik	
3	Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan penurunan sirkulasi darah ke otak (SDKI D.0017)	14.30	- Mengidentifikasi peningkatan TIK (mis, lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) R : ditemukan infark serebral - Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK(mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola nafas ireguler, kesadaran menurun) R : - GCS : 15 Compos Mentis - TD : 165/79 mmHg - Suhu : 36,1°C - Nadi : 90 xmenit	Lia

-
- SpO2 : 98%
-
- 14.35
 - Memonitor MAP (Mean Arterial Pressure)
R : nilai MAP 107 mmHg
 - Memonitor CPP
R : 92 mmHg
 - Memonitor status pernafasan
R : pernapasan vesikuler, tidak ada suara napas tambahan dengan RR : 24 x/menit
 - 14.37
 - Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
R : membatasi jumlah pengunjung
 - 19.00
 - Memberikan posisi semi fowler
R : posisi semi fowler 30° dipertahankan
 - Memberikan terapi obat
R : - Citicoline 1 x 1g
 - Amlodipine 1 x 10 mg
 - Omeprazole 1 x 40 g
 - Mecobalamin 1x 500 µg
-

Hari/ Tanggal : Jumat, 24 Maret 2023

No	DIAGNOSA KEPERAWATAN	WAKTU	IMPLEMENTASI	PARAF
1	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (SDKI D.0054)	21.10	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya R : klien tidak mengeluh ada nyeri pada ekstremitasnya - Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan mobilisasi R : ekstremitas kanan klien masih sulit digerakan, tangan kanan klien sudah bisa digeres sedangkan kaki kanan hanya masih bisa menggerakkan jari-jarinya saja - Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi R : 90 x/menit 	Lia
		06.00	<ul style="list-style-type: none"> - Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu R : pagar tempat tidur digunakan klien untuk menggeserkan tubuh atau untuk merubah posisi miring - Melatih ROM pasif R : klien mampu dilatih ROM pasif - Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi R : kondisi klien dalam keadaan stabil dan baik 	
		06.00	<ul style="list-style-type: none"> - Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi R : klien selalu memperhatikan dan membantu klien 	

2	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (SDKI D.0119)	21.00	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara. R : bicara klien masih lambat namun sudah bertambah jelas 	
		21.10	<ul style="list-style-type: none"> - Menggunakan metode komunikasi alternatif. R : dilakukan jika bicara klien sulit dipahami - Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan R : bicara dengan klien secara perlahan 	
		06.15	<ul style="list-style-type: none"> - Mengulangi apa yang disampaikan pasien R : klien ngerti dan membenarkan pengulangan - Menganjurkan berbicara perlahan dengan terapi vokal “AIUEO” R : klien dapat mengikuti terapi vokal dengan baik 	Lia
3	Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan penurunan sirkulasi darah ke otak (SDKI D.0017)	21.00	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi peningkatan TIK (mis, lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) R : ditemukan infark serebral - Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK(mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola nafas ireguler, kesadaran menurun) R : <ul style="list-style-type: none"> - GCS : 15 Compos Mentis - TD : 150/83 mmHg - Suhu : 37,0°C - Nadi : 87 xmenit - SpO2 : 98% 	Lia
		21.05	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor MAP (Mean Arterial Pressure) R : nilai MAP 105 mmHg - Memonitor CPP 	

21.10	R : CPP 90 mmHg - Memonitor status pernafasan R : pernafasan vesikuler, tidak ada suara napas tambahan dengan RR : 22 x/menit - Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang R : membatasi jumlah pengunjung - Memberikan posisi semi fowler R : posisi semi fowler 30° tetap dipertahankan
-------	--

3.1.5 EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/ Tanggal : Rabu, 22 Maret 2023

Tabel 3.8 Evaluasi Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	WAKTU	EVALUASI	PARAF
1	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (SDKI D.0054)	14.00 WIB	DS : - Klien masih mengeluh ekstremitas kanannya lemas dan belum bisa digerakan DO : - Klien tampak lemah - Ekstremitas kanan tampak belum bisa digerakan - Kekuatan otot 0 5 <hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> 1 5	

			<ul style="list-style-type: none"> - Tampak hambatan dalam melakukan ADL sehingga perlu dibantu <p>A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latih ROM pasif - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai latihan ROM - Monitor kondisi umum selama melakukan latihan ROM - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi 	Lia
2	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (SDKI D.0119)	14.00 WIB	<p>S : klien mengatakan bicara masih berat O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien masih sedikit pelo - Klien tampak sulit menyusun kalimat <p>A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara. - Gunakan metode komunikasi alternatif. - Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan - Ulangi apa yang disampaikan pasien - Anjurkan berbicara perlahan dengan terapi vokal "AIUEO" 	Lia
3	Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan penurunan sirkulasi darah ke otak (SDKI D.0017)	14.00 WIB	<p>S : Klien mengatakan pusingnya masih hilang timbul O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 160/93 mmHg - Suhu : 36,4°C - Nadi : 80 xmenit 	

-
- RR : 22 x/menit
 - SpO2 : 97%
 - MAP : 115 mmHg
 - CPP : 100 mmHg

Lia

A : Masalah teratasi sebagian

P : Lanjutkan intervensi

- Monitor tanda/gejala peningkatan TIK
 - Monitor MAP (Mean Arterial Pressure)
 - Monitor CPP
 - Berikan posisi semi Fowler
 - Monitor status pernafasan
 - Berikan terapi obat
-

Hari/ Tanggal : Kamis, 23 Maret 2023

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	WAKTU	EVALUASI	PARAF
1	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (SDKI D.0054)	21.00 WIB	DS : - Klien masih mengeluh ekstremitas kanannya lemas dan belum bisa digerakan DO : - Klien tampak lemah - Ekstremitas kanan tampak belum bisa digerakan - Kekuatan otot 0 5 <hr style="width: 50px; margin: 0 auto;"/> 1 5	Lia

			<ul style="list-style-type: none"> - Tampak hambatan dalam melakukan ADL sehingga perlu dibantu <p>A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latih ROM pasif - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai latihan ROM - Monitor kondisi umum selama melakukan latihan ROM - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi 	
2	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (SDKI D.0119)	21.00 WIB	<p>S : klien mengatakan bicaranya masih terasa berat dan sedikit sulit</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien masih sedikit pelo, namun sudah bertambah jelas - Klien masih tampak sulit menyusun kalimat <p>A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara. - Gunakan metode komunikasi alternatif. - Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan - Ulangi apa yang disampaikan pasien - Anjurkan berbicara perlahan dengan terapi vokal "AIUEO" 	Lia
3	Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan penurunan sirkulasi darah ke otak (SDKI D.0017)	21.00 WIB	<p>S : Klien mengatakan pusingnya sudah hilang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 160/85 mmHg - Suhu : 36,0°C - Nadi : 75 xmenit 	

-
- RR : 21 x/menit
 - SpO2 : 98%
 - MAP : 110 mmHg
 - CPP : 95 mmHg

Lia

A : Masalah teratasi sebagian

P : Lanjutkan intervensi

- Monitor tanda/gejala peningkatan TIK
 - Monitor MAP (Mean Arterial Pressure)
 - Monitor CPP
 - Berikan posisi semi Fowler
 - Memonitor status pernafasan
 - Berikan terapi obat
-

Hari/ Tanggal : Sabtu, 25 Maret 2023

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	WAKTU	EVALUASI	PARAF
1	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (SDKI D.0054)	07.00 WIB	DS : - Klien masih mengeluh ekstremitas kanannya lemas dan belum bisa digerakan DO : - Tangan kanan klien sudah bisa digerakan dan digeres - Kaki kanan sudah mulai bisa diangkat namun tidak bisa menahan tahanan ringan - Kekakuan pada sendi ekstremitas kanan berkurang - Kekuatan otot $\frac{1}{1} \mid \frac{5}{5}$	Lia

			<ul style="list-style-type: none"> - Tampak hambatan dalam melakukan ADL sehingga perlu dibantu <p>A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latih ROM pasif - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai latihan ROM - Monitor kondisi umum selama melakukan latihan ROM - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi 	
2	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (SDKI D.0119)	07.00 WIB	<p>S : klien mengatakan bicaranya masih terasa berat dan sedikit sulit</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien masih sedikit pelo, namun sudah bertambah jelas - Klien masih tampak sulit menyusun kalimat <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara. - Gunakan metode komunikasi alternatif. - Ulangi apa yang disampaikan pasien - Anjurkan berbicara perlahan dengan terapi vokal "AIUEO" 	Lia
3	Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan penurunan sirkulasi darah ke otak (SDKI D.0017)	07.00 WIB	<p>S : Klien mengatakan sudah merasa lebih nyaman dan pusingnya tidak timbul lagi</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 153/75 mmHg - Suhu : 36,2°C 	

-
- Nadi : 69 xmenit
 - RR : 19 x/menit
 - SpO2 : 99%
 - MAP : 101 mmHg
 - CPP : 86 mmHg

A : Masalah teratasi sebagian

Lia

P : lanjutkan intervensi

- Monitor tanda/gejala peningkatan TIK
 - Monitor MAP (Mean Arterial Pressure)
 - Monitor CPP
 - Berikan posisi semi Fowler
 - Monitor status pernafasan
 - Berikan terapi obat
-

3.1.6 CATATAN PERKEMBANGAN

Hari/Tanggal : Senin, 27 Maret 2023

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	WAKTU	EVALUASI	PARAF
1	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (SDKI D.0054)	08.00 WIB	<p>DS :</p> <p>Klien masih mengeluh ekstremitas kanannya lemas dan belum bisa digerakan</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tangan kanan klien sudah bisa digerakan dan digeres - Kaki kanan sudah mulai bisa diangkat namun tidak bisa menahan tahanan ringan - Kekakuan pada sendi ektremitas kanan berkurang - Kekuatan otot 	Lia

		1	5
		1	5
		- Tampak hambatan dalam melakukan ADL sehingga perlu dibantu	
		A : Gangguan mobilitas fisik	
		P :	
		- Latih ROM pasif	
		- Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai latihan ROM	
		- Monitor kondisi umum selama melakukan latihan ROM	
		- Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi	
		I :	
		- Melatih ROM pasif	
		- Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai latihan ROM	
		- Memonitor kondisi umum selama melakukan latihan ROM	
		- Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi	
		E : Masalah teratasi sebagian	
		R : Lanjutkan intervensi	
2	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (SDKI D.0119)	08.00 WIB	S : klien mengatakan bicaranya masih terasa berat dan sedikit sulit O : - Klien masih sedikit pelo, namun sudah bertambah jelas - Klien masih tampak sulit menyusun kalimat A : Gangguan komunikasi verbal

	<p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara. - Gunakan metode komunikasi alternatif. - Ulangi apa yang disampaikan pasien - Anjurkan berbicara perlahan dengan terapi vokal "AIUEO" <p>I :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara. - Menggunakan metode komunikasi alternatif. - Mengulangi apa yang disampaikan pasien - Mengajukan berbicara perlahan dengan terapi vokal "AIUEO" <p>E : Masalah teratasi sebagian</p> <p>R : Lanjutkan intervensi</p>	Lia
<p>3 Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan penurunan sirkulasi darah ke otak (SDKI D.0017) 07.30 WIB</p>	<p>S : Klien mengatakan pusingnya sudah hilang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 140/90 mmHg - Suhu : 36,3°C - Nadi : 80 xmenit - RR : 20 x/menit - SpO2 : 98% - MAP : 106 mmHg - CPP : 91 mmHg <p>A : Perfusi serebral tidak efektif</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK - Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) - Memonitor CPP 	Lia

-
- Berikan posisi semi Fowler
 - Monitor status pernafasan
 - Lanjutkan terapi obat
- I :
- Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK
 - Memonitor MAP (Mean Arterial Pressure)
 - Monitor CPP
 - Memberikan posisi semi Fowler
 - Memonitor status pernafasan
 - Melanjutkan terapi obat
- E : Masalah teratasi sebagian
- R : Lanjutkan intervensi
-

3.2 PEMBAHASAN

3.2.1 Analisis Pembahasan Tahap Proses Keperawatan

Berdasarkan pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antar tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada Tn. E dengan diagnose medis Stroke Infark di Ruang Rubi Bawah RSUD dr. Slamet Garut serta menyertakan literatur untuk memperkuat alasan tersebut. Adapun pembahasan berupa pustaka data yang diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan dan opini yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, penatalaksanaan, dan evaluasi.

3.2.1.1 Tahap Pengkajian

Pengkajian merupakan proses pengumpulan data. Pengumpulan data adalah pengumpulan informasi tentang klien yang dilakukan secara sistematis untuk menentukan masalah-masalah, serta kebutuhan-kebutuhan keperawatan dan kesehatan klien. Pengumpulan informasi merupakan tahap awal dalam proses keperawatan. Dari informasi yang terkumpul, didapatkan data dasar tentang masalah-masalah yang dihadapi oleh klien (Basri, 2020).

Pengkajian pada kasus didapatkan klien seorang laki-laki berusia 71 tahun, sedangkan menurut teori yang dikemukakan oleh Mutiarasari (2019), bahwa penyakit stroke sendiri dapat muncul dipengaruhi oleh faktor resiko yaitu usia, jenis kelamin, ras, gaya hidup seperti merokok, alkohol dan obat-obatan terlarang dan dari faktor resiko medis. Hal ini

berarti sesuai antara teori dan kenyataan di lapangan didapatkan hasil pengkajian adanya faktor resiko yang bisa menyebabkan terjadinya stroke yaitu klien berusia 71 tahun, mempunyai kebiasaan merokok dan mempunyai riwayat kesehatan dahulu yang menunjukkan tanda gejala hipertensi.

Keluhan utama yang klien rasakan yaitu ekstremitas kanan atas dan bawah yang tidak bisa digerakan. Keluhan dirasakan sejak 2 hari lalu pada saat klien sedang bertani. Lemas dirasakan pada bagian lengan dan kaki kanan dengan kekuatan otot 0 pada lengan kanan dan 1 pada kaki kanan, klien mengatakan lengan dan kaki sebelah kanannya terasa berat saat ingin digerakan. Klien juga berbicara sedikit pelo dan terkadang merasa pusing. Keadaan umum klien tampak lemah, kesadaran klien composmentis dengan nilai GCS 15, dan nadi : 60 x/menit, tekanan darah : 179/80 mmHg, suhu : 36,9°C, frekuensi napas 23 x/menit, serta spO₂ : 98%. Dari hasil pengkajian jika dikaitkan dengan teori menurut Esti & Johan (2020), bahwa pada klien dengan penyakit stroke mempunyai tanda dan gejala penyakit yaitu diantaranya, tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan separuh badan, tiba-tiba hilang rasa peka, bicara pelo, gangguan bicara dan bahasa, mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai, sakit kepala hebat, kesadaran menurun dan gangguan fungsi otak.

Penulis menyimpulkan bahwa hasil pengkajian sejalan dengan teori dimana gangguan mobilitas fisik menjadi hal utama yang

dirasakan klien stroke infark karena berkurangnya aliran darah ke otak sehingga sel otak akan mengalami kekurangan nutrisi dan juga oksigen, sel otak yang mengalami kekurangan oksigen terjadi kerusakan membran sel lalu mengkerut dan tubuh mengalami defisit neurologis lalu mati. Jika hal ini berlanjut terus-menerus maka jaringan tersebut akan mengalami infark. Dan kemudian akan mengganggu sistem persyarafan yang ada ditubuh seperti : penurunan kontrol volunter yang akan menyebabkan hemiplegia atau hemiparise sehingga tubuh akan mengalami hambatan mobilitas.

3.2.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman respon individu terhadap permasalahan kesehatan dalam proses penghidupan. Diagnosa keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Berdasarkan konsep teori diagnosa yang mungkin muncul pada klien dengan stroke infark terdapat 8 diagnosa keperawatan, sedangkan pada klien kelolaan penulis, diagnosa keperawatan yang muncul berdasarkan hasil analisis pengkajian didapatkan 3 diagnosa, yaitu:

- a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler

Berdasarkan teori yang terdapat dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), gangguan mobilitas fisik yaitu keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Diagnosa keperawatan tersebut dijadikan sebagai diagnosa keperawatan utama karena keadaan klien tersebut mengganggu dalam memenuhi kebutuhan aktivitas klien, yang mana jika tidak diberikan intervensi akan menyebabkan kelumpuhan permanen pada klien dan dapat menimbulkan masalah lainnya. Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan data klien tampak lemah, mengalami penurunan kekuatan otot dan hemiparesis bagian tubuh sebelah kanan. Dan penulis menemukan beberapa tanda mayor salah satunya yaitu kekuatan otot menurun dengan kekuatan otot 0 pada lengan kanan dan 1 pada kaki kanan . Dan data tanda minornya yaitu fisik klien lemah, gerakan terbatas, dan sendi kaku.

Menurut Permana (2018), gangguan mobilitas fisik terjadi karena adanya aliran darah ke otak yang menurun akibat adanya aterosklerosis sehingga menyebabkan terjadinya metabolisme anaerob yang menghasilkan produksi asam laktat. Asam laktat tersebut bersifat neurotoksik yang mana bisa menyebabkan kerusakan pada saraf meluas dan menyebabkan terjadinya disfungsi neurologis dan penurunan kontrol volunter yang akan menyebabkan

hemiplagia sehingga tubuh akan mengalami hambatan mobilitas. Menurut penulis berpendapat bahwa kondisi yang dialami pasien telah sesuai dengan tanda dan gejala, sehingga berdasarkan data tersebut penulis menegakkan masalah gangguan mobilitas fisik.

b. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler

Berdasarkan teori yang terdapat dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), gangguan komunikasi verbal adalah penurunan, perlambatan, atau ketidakmampuan untuk menerima, memproses, mengirim dan menggunakan sistem simbol. Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan data klien berbicara pelo dan kurang jelas. Dan penulis menemukan beberapa tanda mayor salah satunya yaitu menunjukkan respon tidak sesuai. Dan data tanda minornya yaitu berbicara pelo dan sulit menyusun kalimat.

Menurut Lauralee Sherwood (2016), iskemik bisa menimbulkan lesi atau kerusakan sel saraf pada daerah primer spesialisasi kortikal, khususnya pada daerah Broca dan Wernicke yang menyebabkan gangguan dalam berbahasa. Daerah Broca yang bertanggung jawab untuk kemampuan berbicara, terletak di lobus frontalis kiri dan berkaitan erat dengan daerah motorik korteks yang mengontrol otot-otot yang penting untuk artikulasi. Daerah Wernicke, yang terletak di korteks kiri pada pertemuan lobus-lobus parietalis, temporalis, dan oksipitalis berhubungan dengan

pemahaman bahasa, baik tertulis maupun lisan. Sehingga, pada pasien stroke non hemoragik/infark dapat terjadi gangguan komunikasi verbal yang disebabkan oleh gangguan neuromuskuler.

Berdasarkan data tersebut, sesuai dengan teori maka penulis menegaskan diagnosa gangguan komunikasi verbal.

- c. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah ke otak

Data objektif yang menunjang penegakan diagnosa keperawatan tersebut yaitu tekanan darah klien 179/80 mmHg dengan nilai MAP 113 mmHg, nilai CPP 98 mmHg, bagian wajah kanan tampak tidak simetris dengan wajah bagian kiri dan hasil CT-Scan kepala menunjukkan terdapat infark serebri a.r ganglia basalis kiri dan capsula eksterna kiri.

Menurut Widagdo (2018), resiko perfusi serebral tidak efektif disebabkan oleh thrombosis akibat aterosklerosis yang memberi vakularisasi pada otak atau oleh emboli dari pembuluh darah diluar otak yang tersangkut diarteri otak yang secara perlahan akan memperbesar ukuran plak sehingga terbentuk thrombus. Thrombus dan emboli didalam 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 nutrisi dan juga oksigen. Penurunan sirkulasi darah ke otak dimana jika tidak

ditangani akan mengakibatkan penurunan kesadaran hingga kematian (Wijaya & Putri, 2018). Sehingga berdasarkan data tersebut penulis menegakkan resiko perfusi serebral tidak efektif.

3.2.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakana oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Tahap ketiga dari proses keperawatan adalah perencanaan. Dimana tindakan keperawatan setelah semua data yang terkumpul semua selesai dilakukan prioritas masalah. Rencana tindakan yang akan dilakukan adalah:

- a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler

Berdasarkan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler. Maka intervensi ataupun rencana tindakan yang akan dilakukan yaitu menggunakan intervensi utama dukungan mobilisasi berupa 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 mobilisasi, memberikan terapi *Range Of Motion* (ROM) untuk meningkatkan kekuatan otot dan libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi (SIKI, 2018). Dengan kriteria hasil dari intervensi

keperawatan yang telah ditentukan dan dipertimbangkan berdasarkan yaitu mobilitas fisik tidak terganggu dengan kriteria hasil pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat dan kelemahan fisik menurun (SIKI, 2018).

Pemberian terapi *Range Of Motion* (ROM) pasif pada pasien stroke mempunyai manfaat yang besar yaitu dapat memperbaiki kondisi kekuatan otot polos pada ekstremitas meningkat. Latihan ROM pasif dapat menimbulkan rangsangan, sehingga meningkatkan aktivasi neuromuskular dan kimia otot. Rangsangan neuromuskular akan meningkatkan rangsangan serabut saraf otot tungkai terutama saraf parasimpatis merangsang produksi asetilkolin yang menyebabkan terjadinya kontraksi. Melalui mekanisme otot terutama otot polos tungkai akan meningkatkan metabolisme kartilago posterior dan menghasilkan ATP yang digunakan oleh otot polos tungkai sebagai energi kontraksi untuk meningkatkan tegangan otot polos tungkai dan anggota badan (Faridah et al., 2022).

- b. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler

Berdasarkan diagnosa gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral. Maka intervensi ataupun rencana tindakan yang akan dilakukan yaitu menggunakan intervensi utama promosi komunikasi efektif. Berupa monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara, gunakan

metode komunikasi alternatif (mis: menulis, mata berkedip, isyarat tangan, sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan, ulangi apa yang disampaikan pasien dan anjurkan berbicara perlahan dengan terapi vokal (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Dengan kriteria hasil dari intervensi keperawatan yang telah ditentukan dan dipertimbangkan yaitu komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil, kemampuan berbicara meningkat, kemampuan mendengar meningkat, kesesuaian ekspresi wajah atau tubuh meningkat, pelo menurun, pemahaman komunikasi membaik (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

- c. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah ke otak

Berdasarkan diagnosa perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah ke otak. Maka intervensi ataupun rencana tindakan yang akan dilakukan yaitu menggunakan intervensi utama manajemen peningkatan tekanan intakarainial berupa dilakukannya identifikasi penyebab peningkatan TIK, monitor tanda dan gejala peningkatan TIK, monitor MAP, monitor CPP, monitor status pernafasan, monitor intake dan output cairan, berikan posisi semi fowler, pertahankan suhu tubuh normal, dan berikan terapi obat sesuai *advice* dokter (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

3.2.1.4 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan yaitu implementasi/pelaksanaan dari rencana tindakan untuk mencapai kriteria hasil ataupun tujuan yang telah ditentukan. Dan penulis mampu mengimplementasikan tindakan keperawatan yang telah dibuat sesuai dengan kriteria hasil, kemudian implementasi yang diberikan berupa tindakan keperawatan sesuai intervensi yaitu diantaranya:

- a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler

Pada diagnosa kedua yaitu diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler yang telah dirumuskan dalam perumusan diagnosa keperawatan, maka implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi utama yang telah ditentukan dalam dukungan mobilisasi maka yang dilakukan yaitu mengkaji kemampuan klien dalam mobilisasi (meminta klien untuk menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan) hasilnya klien tidak mampu menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan, mengajarkan klien dan keluarga proses berpindah (mika-miki) hasilnya klien melakukan mika miki dengan bantuan keluarga dan perawat namun klien tampak belum mampu menahan tubuhnya, dan monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi klien masih mengalami hemiparesis dan mengajarkan terapi *Range Of Motion* (ROM) pasif. Terapi latihan *Range Of Motion* (ROM) pasif kepada

pasien dengan stroke non hemoragik/ infark diberikan selama 15 menit dalam 2 x sehari dapat memperbaiki atau kekuatan otot pada pasien. Penulis memfokuskan dalam pemberian terapi ROM pasif pada klien yang bertujuan untuk meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot, mempertahankan, mencegah kekakuan pada sendi, merangsang sirkulasi darah dan mencegah kelainan bentuk dan kontraktur. Dimana dengan diberikannya latihan ROM pasif dapat meningkatkan rangsangan neuromuskular akan meningkatkan rangsangan serabut saraf otot tungkai terutama saraf parasimpatis dan merangsang produksi asetilkolin yang menyebabkan terjadinya kontraksi. Dari reaksi tersebut akan meningkatkan metabolisme kartilago posterior dan menghasilkan ATP yang digunakan oleh otot polos tungkai sebagai energi kontraksi untuk meningkatkan tegangan otot polos tungkai dan anggota badan. Sehingga tidak lagi terjadi kekakuan pada sendi dan kekuatan otot dapat meningkat.

- b. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler

Pada diagnosa ketiga yaitu gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral yang telah dirumuskan dalam perumusan diagnosa keperawatan, maka implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi utama yang telah ditentukan dalam promosi komunikasi : defisit bicara maka

yang dilakukan yaitu memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara, memonitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran, dan bahasa), menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan, mengulangi apa yang disampaikan pasien dan menganjurkan berbicara perlahan dengan terapi vokal "AIUEO". Penulis memberikan terapi latihan vokal bertujuan untuk memperbaiki dan meningkatkan kemampuan komunikasi klien. Dimana dengan diberikannya terapi vokal dapat memberikan rangsangan melalui saraf kranial yaitu saraf kranial V, VII, IX, X dan XII. Sehingga terapi vokal tersebut dapat memberikan perbaikan pada gangguan komunikasi verbal klien.

- c. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah ke otak

Pada diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah ke otak yang telah dirumuskan dalam perumusan diagnosa keperawatan, maka implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi utama yang telah ditentukan dalam manajemen peningkatan tekanan intrakranial maka yang dilakukan yaitu berupa mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK pada Tn. E dengan hasil penyebab peningkatan TIK, memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK dengan hasil tekanan darah meningkat 179/80, memonitor MAP, memonitor status pernafasan

dengan hasil frekuensi nafas 23x/mnt saturasi oksigen 98%, memonitor intake dan output cairan dengan hasil intake cairan terpasang infus Asering, memposisikan posisi semi fowler dengan hasil klien dalam posisi semi fowler, mempertahankan suhu tubuh normal dengan hasil suhu tubuh 36,9°C, memberikan terapi obat sesuai dengan *advice* dokter yaitu Citicoline 1 x 1g, Omeprazole 1 x 40 g, Mecobalamin 1x 500 µg, Atorvastatin 1 x 20 mg, Candesartan 1 x 8 mg dan Amlodipine 1 x 10 mg. Menurut penulis perfusi serebral sangat perlu untuk dilakukan pemantauan, karena jika terjadi peningkatan TIK atau peningkatan pada nilai CPP bisa memperberat kondisi klien. Sehingga dengan diberikan implementasi mengenai resiko perfusi serebral tidak efektif dapat meminimalisir kejadian terjadinya perfusi serebral tidak efektif.

3.2.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah catatan mengenai perkembangan klien yang dibandingkan dengan kriteria hasil yang telah ditentukan sebelumnya, dengan menggunakan metode SOAP (Basri, 2020).

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler. Dari hasil studi kasus ini berdasarkan pengelolaan asuhan keperawatan dan dilakukan implementasi selama 3 x 7 jam, didapatkan bahwa gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian. Yang

ditandai dengan ekstremitas kanan atas sudah mulai bisa digerakan walaupun hanya bisa bergeser saja dan ekstremitas kanan bawah bisa diangkat namun belum bisa menahan tahanan ringan dan dan kekakuan pada sendi pada ekstremitas kanan klien berkurang. Dengan kekuatan

otot 1 | 5
 ————
 1 | 5

Dengan intervensi yang dipertahankan yaitu diantaranya latih ROM pasif, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai latihan ROM, monitor kondisi umum selama melakukan latihan ROM dan libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi dan untuk bisa dilakukan secara mandiri ketika klien sudah diperbolehkan pulang.

2. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler

Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral. Dari hasil studi kasus ini berdasarkan pengelolaan asuhan keperawatan dan dilakukan implementasi selama 3 x 7 jam, didapatkan bahwa masalah gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian. Yang ditandai dengan bicara klien sudah tidak terlalu pelo dan sudah mampu menyusun kalimat. Dengan intervensi yang dipertahankan yaitu anjurkan berbicara perlahan dengan terapi vokal “AIUEO”.

3. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah ke otak

Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah ke otak. Dari hasil studi kasus ini berdasarkan pengelolaan asuhan keperawatan yang dilakukan maka implementasi selama 3 x 7 jam, didapatkan bahwa masalah resiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian. Yang ditandai dengan tingkat kesadaran stabil yaitu CM, tekanan darah menurun, saturasi oksigen baik, dan keluhan pusing hilang . Dengan intervensi yang dipertahankan yaitu diantaranya monitor tingkat kesadaran, monitor tanda-tanda vital, berikan teknik semi fowler dan memberikan terapi obat sesuai dengan *advice* dokter.

3.2.2 Pembahasan Evidence Based Practice

Berdasarkan telaah 5 jurnal yang penulis dapatkan hasil yang rata-rata menyatakan bahwa terdapat pengaruh antara latihan *range of motion* terhadap kekuatan otot pada pasien stroke non hemoragik/ infark. Dengan demikian berdasarkan hasil telaah jurnal dan hasil analisis langsung pada klien ternyata terapi latihan *Range Of Motion* (ROM) bisa meningkatkan kekuatan otot dan meningkatkan kemampuan mobilisasi pada klien stroke.

Penulis melakukan pengkajian pada Tn. E dengan diagnosa medis Stroke Infark dengan salah satu masalah keperawatan yang muncul yaitu gangguan mobilitas fisik. Untuk masalah keperawatan tersebut penulis melakukan intervensi latihan *Range Of Motion* (ROM) yang bertujuan

untuk meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot, mempertahankan fungsi jantung dan pernapasan, mencegah kekakuan pada sendi, merangsang sirkulasi darah dan mencegah kelainan bentuk, kekakuan dan kontraktur (Istichomah, 2020). Manfaat terapi *Range Of Motion* (ROM) yaitu untuk menentukan nilai kemampuan sendi tulang dan otot dalam melakukan pergerakan, mengkaji tulang, sendi dan otot, mencegah terjadinya kekakuan sendi, memperlancar sirkulasi darah, memperbaiki tonus otot, meningkatkan mobilisasi sendi dan memperbaiki toleransi otot untuk latihan.

Penulis melakukan implementasi terapi latihan *Range Of Motion* (ROM) pasif pada klien selama 3 hari dengan frekuensi 2 x sehari selama ± 15 menit, dilakukan dengan cara fleksi (berkurangnya sudut persendian), ekstensi (bertambahnya sudut persendian), hiperekstensi (ekstensi lebih lanjut), adduksi (gerakan mendekati garis tengah tubuh), rotasi (gerakan memutar pusat dari tulang), eversi (perputaran bagian telapak kaki ke bagian luar, bergerak membentuk sudut persendian), pronasi (pergerakan telapak tangan dimana permukaan tangan bergerak ke bawah), supinasi (pergerakan telapak tangan dimana permukaan tangan bergerak ke atas) dan oposisi (gerakan menyentuhkan ibu jari ke setiap jari-jari tangan pada tangan yang sama) yang dilakukan pada setiap ekstermitas kanan atas dan bawah klien.

Teknik dari terapi *Range Of Motion* (ROM) memberikan mekanisme kontraksi dapat meningkatkan otot polos pada ekstremitas. Latihan ROM

pasif dapat menimbulkan rangsangan, sehingga meningkatkan aktivasi neuromuskular dan kimia otot. Rangsangan neuromuskular akan meningkatkan rangsangan serabut saraf otot tungkai terutama saraf parasimpatis merangsang produksi asetilkolin yang menyebabkan terjadinya kontraksi. Melalui mekanisme otot terutama otot polos tungkai akan meningkatkan metabolisme kartilago posterior dan menghasilkan ATP yang digunakan oleh otot polos tungkai sebagai energi kontraksi untuk meningkatkan tegangan otot polos tungkai dan anggota badan (Faridah et al., 2022).

BAB IV

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan terhadap Tn. E dengan Stroke Infark dari tanggal 22 – 25 Maret 2023, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Tn. E dengan Stroke Infark di ruang Rubi Bawah RSUD dr. Slamet Garut, secara komprehensif dengan menggunakan komunikasi terapeutik dan terkumpul data-data sehingga masalah dapat ditemukan pada Tn. E yaitu klien mengeluh ekstremitas kanan yang tidak bisa digerakan dan bicara klien pelo dan nyeri kepala yang hilang timbul.
2. Penulis mampu menemukan permasalahan pada Tn. E dengan Stroke Infark di ruang Rubi Bawah RSUD dr. Slamet Garut, adapun diagnosa yang muncul pada Tn. E yaitu sebanyak 3 diagnosa keperawatan :
 - a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler
 - b. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler
 - c. Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan penurunan sirkulasi darah ke otak

3. Penulis mampu merencanakan tindakan keperawatan pada Tn. E dengan Stroke Infark di ruang Rubi Bawah RSUD dr. Slamet Garut, berdasarkan prioritas masalah yang telah disusun dengan melibatkan pembimbing klinik dan pembimbing akademik dan peran serta klien dalam menyusun rencana tindakan keperawatan memudahkan penulis dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.
4. Penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. E dengan Stroke Infark di ruang Rubi Bawah RSUD dr. Slamet Garut, dengan rencana yang telah dibuat melalui metode asuhan keperawatan secara langsung ataupun melalui pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarga klien.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi pada Tn. E dengan Stroke Infark di ruang Rubi Bawah RSUD dr. Slamet Garut, dengan melihat perkembangan klien dengan respon klien terhadap intervensi yang telah diberikan sehingga tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria dan tujuan yang dapat diukur dari rencana keperawatan.
6. Penulis mampu menganalisa *Evidence Based Practice* tentang terapi latihan *Range Of Motion* (ROM) pasif pada salah satu diagnosa keperawatan yaitu gangguan mobilitas fisik yang efektif untuk klien dengan stroke infark.

4.2 Saran

4.2.1 Rumah Sakit

Penulis berharap hasil penelitian ini dapat memberikan tambahan informasi, pengetahuan dan bahan referensi untuk perkembangan ilmu pengetahuan tentang Stroke Infark di pelayanan kesehatan, dan dapat menerapkan terapi latihan *Range Of Motion* (ROM) pasif.

4.2.2 Instansi Perguruan Tinggi

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi sebagai salah satu bagian dari pembelajaran asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Infark.

4.2.3 Mahasiswa Peneliti

Diharapkan bagi mahasiswa khususnya peneliti selanjutnya agar dapat mengaplikasikan terapi latihan *Range Of Motion* (ROM) pasif pada pasien Stroke Infark yang mengalami gangguan mobilitas fisik.

DAFTAR PUSTAKA

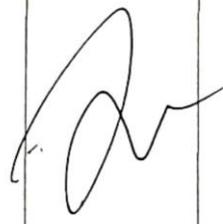
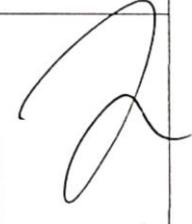
- Basri, B. (2020). *Konsep Dasar Dokumentasi Keperawatan*. Media Sains Indonesia.
- Daulay, N. M., Hidayah, A., & Santoso, H. (2021). *Pengaruh Latihan Range Of Motion (ROM) Pasif Terhadap Kekuatan Otot dan Rentang Gerak Sendi Ekstremitas Pada Pasien Pasca Stroke . Nanda Masraini Daulay , Arinil Hidayah , Hari Santoso Fakultas Kesehatan Universitas Aufo Royhan Padangsidempuan. 6.*
- Deva, A. R., & Widowati, R. (2022). *No Title*. 4(April), 950–959.
- Esti, A., & Johan, T. R. (2020). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Askep Stroke*. Pustaka Galeri Mandiri.
- Faridah, A. A., Noor Istiqomah, I., Kurnianto, S., & Khovifah, N. (2022). The Effectiveness of Range of Motion (ROM) on Increasing Muscle Strength in Stroke Patients: Literature Review. *Nursing and Health Sciences Journal (NHSJ)*, 2(2), 137–142. <https://doi.org/10.53713/nhs.v2i2.118>
- Feigin, BA, S., Johnson, C., Roth, G., Bisignano, & Abady, G. (2022). *Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990- 2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019.*
- Haswita, & Reni. (2018). *Kebutuhan Dasar Manusia*. CV Trans Info Media.
- Hosseini, Z., Peyrovi, H., & Gohari, M. (2019). *The Effect of Early Passive Range of Motion Exercise on Motor Function of People with Stroke : a Randomized Controlled Trial*. 8(1), 39–44. <https://doi.org/10.15171/jcs.2019.006>
- Ikawati, Z., & Anurogo, D. (2018). *Tata Laksana Terapi Penyakit Sistem Syaraf Pusat*. Bursa Ilm.
- Istichomah. (2020). *Modul Praktikum Keperawatan Dasar 1*. CV Media Sains Indonesia.
https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=yOYSEAAAQBAJ&oi=fnd&pg%0A=PA1&dq=Istichomah,+2020&ots=DkXiopG4fW&sig=j0_9xEGc_451Blek8DBdi%0AD41184&redir_esc=y#v=onepage&q=Istichomah%2C2020&f=false
- Kanggeraldo, J., Sari, R. P., & Zu, M. I. (2018). Sistem Pakar Untuk Mendiagnosis Penyakit Stroke Hemoragik dan Iskemik Menggunakan Metode Dempster Shafer. *Jurnal RESTI (Rekayasa Sistem Dan Teknologi Informasi)*, 2(2), 498–505.
- Kusuma, A. S., & Sara, O. (2020). *Penerapan Prosedur Latihan Range of Motion (Rom) Pasif Sediti Mungkin Pada Pasien Stroke Non Hemoragik (Snh)*.*Syntax Literate*. 5(10), 1015–1021.

- Mutiarasari, D. (2019). Ischemic Stroke: Symptoms, Risk Factors and Prevention. *Jurnal Ilmiah Kedokteran*, 1(2), 36–44.
- Organization, W. H. (2020). *World Stroke Day*. <https://www.who.int/southeastasia/news/detail/29-10-2020-world-stroke-day-ms>
- P2PTM Kemenkes RI. (2018). *Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular*. <https://p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/stroke>
- Padila. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Nusha Medika.
- Park, D. (2021). *Effects of Ankle Self-Mobilization with Movement Intervention on Ankle Dorsiflexion Passive Range of Motion , Timed Up and Go Test , and Dynamic Gait Index in Patients with Chronic Stroke*. 257–262.
- Permatasari, N. (2020). Perbandingan Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan Motorik Pasien Memiliki Faktor Resiko Diabetes Melitus Dan Hipertensi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 11(1), 298–304.
- Setiadi, & Dedi, I. (2020). *Buku Keperawatan Dasar Teori Dan Aplikasi Praktik Bagi Mahasiswa Dan Perawat Klinis*. Indomedia Pustaka.
- Setiadi, & Irawandi, D. (2020). *Keperawatan Dasar*. Indomedia Pustaka.
- Smeltzer, S. ., & Bare, B. . (2017). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth* (Edisi 8). EGC.
- Sudrajat, A., Wartonah, E., & Riyanti, S. (2019). “Self Efficacy Meningkatkan Perilaku Pasien Dalam Latihan Mobilisasi Post Operasi Orif Pada Ekstremitas Bawah.” *Jurnal Ilmu Dan Teknologi Kesehatan*, 6(2), 175–183.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (Edisi 1). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (Edisi 1). Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Yuziani, M. M., & Rahayu, M. S. (2018). *Korelasi Rasio Kolesterol Total Terhadap HDL dengan Prediksi Outcome Stroke Iskemik Aku. II*.

LAMPIRAN

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Lia Intan Lestari
NIM : KH6D 22022
Pembimbing : Andri Nugraha, S.Kep., Ns., M.Kep
Judul : Analisis Asuhan Keperawatan pada Tn. E dengan Stroke Isipark
Dan Intervensi Latihan Range Of Motion di Ruang Perawatan Rubi
Bawah RSUD dr. Slamet Garut

No	Tanggal Bimbingan	Materi yang dikonsulkan	Saran pembimbing	Paraf Pembimbing
	21/6/2023	Bab 1	<ul style="list-style-type: none">- Prevalensi dipersingkat- kaitkan ROM dengan KDM- Lanjut bab 2	
	24/6/2023	Bab 2	<ul style="list-style-type: none">- Tambah materi tentang ROM- Tambah SOP ROM pasif	
	28/6/2023	Bab 2 EBP	<ul style="list-style-type: none">- Tambahkan judul pada awal penjelasan EBP- Perbaiki kerapitan penulisan bab 1 dan bab 2- Lanjut bab 3	

4/7/2023	Bab 3	<ul style="list-style-type: none">- Data pengkajian harus disesuaikan- Intervensi keperawatan cantumkan yang akan dilakukan saja	
7/7/2023	Bab 3	<ul style="list-style-type: none">- Pembahasan diperjelas- Pembahasan analisis EBP ditambah data rujukan kasus klien- Lanjut bab 4 Draft	
14/7/2023	Bab 4	<ul style="list-style-type: none">- Kesimpulan diperbaiki kalimat pada point terakhir	
17/7/2023	Draf	Acu. Sydney.	

